

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU HÓA TRỊ VINORELBINE KẾT HỢP TRASTUZUMAB TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ DI CĂN CÓ HER2 DƯƠNG TÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Vũ Thị Trang*, Phạm Thị Mai*, Phạm Ngọc Diệp*,
 Nghiêm Thị Minh Châu*, Nguyễn Văn Ba*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và tác dụng không mong muốn của phác đồ hóa trị vinorelbine kết hợp với trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn. **Đối tượng và phương pháp:** 38 bệnh nhân UTV TPDC hoặc giai đoạn IV ngay tại thời điểm chẩn đoán có HER2 dương tính được hóa trị vinorelbine kết hợp với trastuzumab tại Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2011 đến năm 2019. **Kết quả và kết luận:** Có 258 đợt truyền vinorelbine kết hợp với trastuzumab, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 21,1%; đáp ứng một phần là 42,1%, lợi ích lâm sàng đạt được là 68,4%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình của phác đồ là 8,4 ± 5 tháng. Các độc tính hay gặp là hạ bạch cầu, chủ yếu là ở độ I, II, III 54,7%. Các độc tính ngoài hệ tạo huyết thường nhẹ ít ảnh hưởng đến tiến trình điều trị.

Từ khóa: HER2, vinorelbine kết hợp với trastuzumab, ung thư vú di căn.

SUMMARY

EVALUATION OF INITIAL RESULTS OF CHEMOTHERAPY VINORELBINE PLUS TRASTUZUMAB COMBINATION IN HER2-POSITIVE METASTATIC BREAST CANCER PATIENTS AT MILITARY MEDICAL HOSPITAL 103

Objectives: Evaluation of response, duration of non-progressive disease and undesirable effects of vinorelbine chemotherapy regimen in combination with trastuzumab in patients with recurrent metastatic breast cancer. **Subjects and methods:** 38 patients with PDT or stage IV at the time of diagnosis of HER2-positive chemotherapy vinorelbine in combination with trastuzumab at Military Hospital 103 from 2011 to 2019. **Results and conclusion:** There were 258 vinorelbine infusions combined with trastuzumab, the complete response rate was 21.1%; partial response is 42.1%, clinical benefit is 68.4%. The median duration of non-progression of the regimen was 8.4 5 months. The common toxicity is leukopenia, mainly in grade I, II, III 54.7%. Toxicity to the hematopoietic system is usually mild with little effect on the course of treatment.

Key word: HER2, vinorelbine combination trastuzumab, metastatic breast cancer.

*Bệnh viện 103, Học viện Quân y
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ba
 Email: bsnguyenvanba@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 9/2/2020
 Ngày phản biện khoa học: 1/3/2020
 Ngày duyệt bài: 15/3/2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2018, trên toàn thế giới có khoảng 2.088.849 ca mới mắc, và 626.679 ca tử vong vì UTV (chiếm 11,6% tổng số bệnh nhân bị ung thư (UT) xếp thứ 2 ở cả hai giới sau ung thư phổi và đứng thứ 5 trong số các nguyên nhân tử vong do UT sau phổi, đại trực tràng, dạ dày và gan)[1]. Tại Việt Nam, theo số liệu thống kê năm 2018 có 15.229 phụ nữ mới mắc ung thư vú (UTV). Trong đó có 6.103 người tử vong do UTV [1].

Với sự phát triển của khoa học hiện nay thì các phương pháp sàng lọc phát hiện sớm để điều trị ung thư vú ngày càng được hoàn thiện, tuy nhiên có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Đối với ung thư vú di căn, được coi là bệnh không thể chữa khỏi. Điều trị nhằm mục đích giảm triệu chứng liên quan đến khối u, nâng cao chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống. Vì vậy, các phương pháp vừa có hiệu quả vừa có độc tính thấp nên được áp dụng. Những bệnh nhân có khối u bộc lộ quá mức HER2 có thể điều trị bằng trastuzumab (phối hợp với hóa chất hoặc nội tiết). Trastuzumab phối hợp với taxan được coi là phác đồ chuẩn trong việc sử dụng đa hóa chất có thuốc đích với đối tượng ung thư vú tái phát di căn có HER2 dương tính (UTV TPDC). Nghiên cứu HERNATA so sánh giữa 2 phác đồ phối hợp trastuzumab với docetaxel và trastuzumab với vinorelbine cho thấy thời gian đến khi bệnh tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ không có sự khác biệt ở 2 nhóm. Trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân bị gián đoạn do độc tính ở 2 nhóm lần lượt là 20,1% và 6,5% với $p < 0,001$. Các độc tính: hạ bạch cầu độ 3, 4; sốt hạ bạch cầu; nhiễm trùng; bệnh thần kinh; rối loạn móng và phù nề gặp nhiều hơn ở nhóm phối hợp với docetaxel. Như vậy có thể xem xét phối hợp vinorelbine với trastuzumab như một điều trị chuẩn cho UTV TPDC [5].

Phác đồ phối hợp vinorelbine với trastuzumab đã được đưa vào trong điều trị UTV TPDC nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về kết quả cũng như độc tính của phác đồ này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả kết quả bước đầu hóa trị vinorelbine kết

hợp trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú di căn có HER2 dương tính tại Bệnh viện Quân y 103ⁿ với các mục tiêu sau:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư vú tái phát di căn.
2. Đánh giá đáp ứng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và tác dụng không mong muốn của phác đồ hóa trị vinorelbine kết hợp với trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 38 bệnh nhân UTV TPDC hoặc giai đoạn IV ngay tại thời điểm chẩn đoán có HER2 dương tính được hóa trị vinorelbine kết hợp với trastuzumab tại Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2011 đến năm 2019.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu.
- Các bước tiến hành

Bước 1: chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Bước 2: đánh giá bilan trước điều trị

Bước 3: tiến hành điều trị

Bước 4: nhận xét đặc điểm đối tượng nghiên cứu, đánh giá kết quả điều trị.

- Tiến hành điều trị

+ Chu kỳ 3 tuần: trong chu kỳ đầu tiên trastuzumab liều tải 8mg/kg truyền trong 90 phút ngày 1, sau đó vinorelbine liều 30mg/ m² da ngày 2, ngày 8 truyền nhanh trong 10 phút. Các chu kỳ tiếp sau trastuzumab liều duy trì 6mg/kg truyền trong 90 phút, sau đó vinorelbine 30mg/ m² da ngày 1, ngày 8. Tiếp tục điều trị đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính không thể dung nạp được.

+ Vinorelbine - trastuzumab hàng tuần, chu kỳ 28 ngày (cứ 4 tuần được tính là 1 chu kỳ): Trastuzumab được điều trị trước hóa chất với liều 4mg/kg liều tải truyền trong vòng 90 phút sau đó duy trì liều nạp 2mg/kg truyền trong thời 30 phút (nếu liều tải bệnh nhân dung nạp tốt), truyền tĩnh mạch hàng tuần. Vinorelbine liều 30 mg/m² da, truyền tĩnh mạch nhanh trong 10 phút hàng tuần.

Đánh giá kết quả điều trị

- Thời điểm đánh giá: sau mỗi 3 đợt điều trị.
- Phương pháp đánh giá: qua thu thập các thông tin lâm sàng (để đánh giá khả năng dung nạp thuốc), các xét nghiệm cận lâm sàng trước mỗi đợt điều trị, so sánh các tổn thương có thể đo được ở các đợt trước và sau, từ đó đánh giá đáp ứng theo RECIST.

Đạo đức nghiên cứu

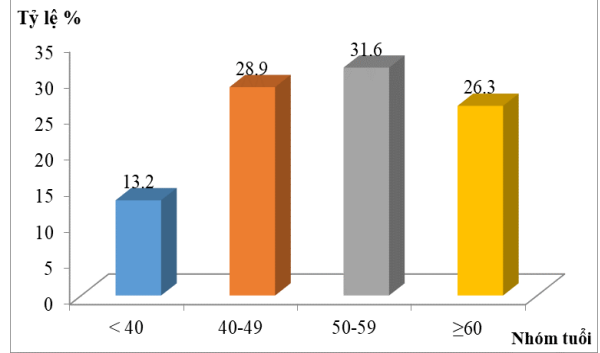
- Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích nâng cao

chất lượng điều trị, chất lượng cuộc sống cho BN, không nhằm mục đích nào khác.

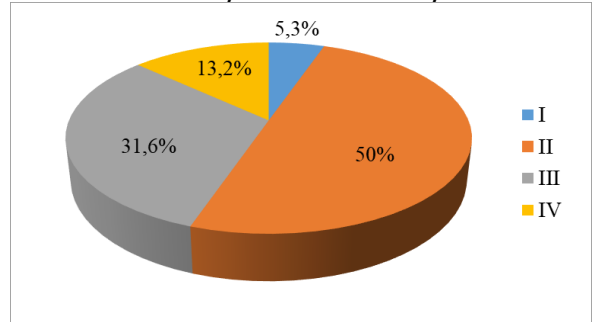
- Các thông tin về bệnh nhân được giữ kín.
- Được thông qua hội đồng đạo đức của Học viện Quân y.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

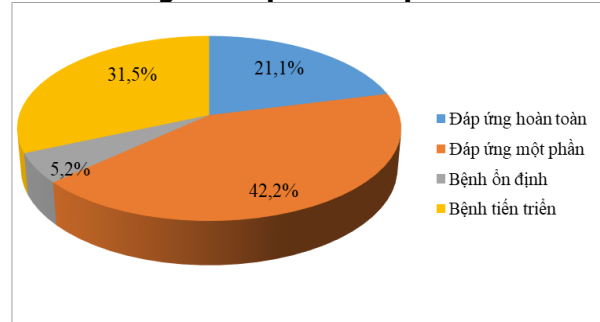
1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 1. Đặc điểm về tuổi bệnh nhân



Biểu đồ 2. Xếp loại giai đoạn bệnh ban đầu



Biểu đồ 3: Kết quả điều trị chung

Bảng 1: Liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng điều trị với thụ thể nội tiết (TTNT) và HER2

TTNT và HER2	Đáp ứng	Không đáp ứng	Tổng
	n(%)	n(%)	
TTNT			
ER(+) và/hoặc PR(+)	10 (63,7%)	6 (36,3%)	16 (100%)
ER(-) và PR(-)	14(62,7%)	8(37,5%)	22(100%)
Tổng	24(63,2%)	14(36,8%)	38(100%)

p=0,941			
Tình trạng HER2			
HER2 (++)/ FISH (+)	5(71,5%)	2(28,5%)	7(100%)
HER2 (+++)	19(61,3%)	12(38,7%)	31(100%)
Tổng	24(63,2%)	14(36,8%)	38(100%)
p=0,871			

Bảng 2. Liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng với số lượng vị trí di căn

Số vị trí di căn	Đáp ứng	Không đáp ứng	Tổng
	n(%)	n(%)	
1 vị trí	9(75%)	3(25%)	12(100%)
≥2 vị trí	15(57,7%)	11(42,3%)	26(100%)
Tổng	24(63,2%)	14(36,8%)	38(100%)
p=0,049			

Bảng 3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<12 tháng	31	81,6
≥ 12 tháng	7	18,4

Bảng 4. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển liên quan với giai đoạn bệnh ban đầu

Giai đoạn	X ±SD (tháng)	P
I	10 ±5,7	0,045

Bảng 8. Độc tính ngoài hệ tạo huyết

Độc tính ngoài hệ tạo huyết (n,%)	Tim	Gan	Thận	Tiêu chảy	Nôn/ buồn nôn	Rụng tóc
Độ 1	33 (12,8)	44 (17,1)	0 (0)	69 (26,7)	57 (22,1)	45 (17,4)
Độ 2	0 (0)	54 (20,9)	0 (0)	15 (5,8)	24 (9,3)	9 (3,5)
Độ 3	4 (1,6)	6 (2,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Độ 4	1 (0,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

IV. BÀN LUẬN

Đối với ung thư vú, tuổi bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán ban đầu là một yếu tố liên quan chặt chẽ đến tiên lượng bệnh và tỷ lệ mắc bệnh. Theo Hernate và cộng sự, phụ nữ từ 40-49 tuổi khả năng sống sót là tốt nhất [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi mắc ung thư vú tại thời điểm chẩn đoán hay gặp nhất là từ 40-60 tuổi, chiếm tỷ lệ 60,5% trong đó từ 40-49 tuổi (28,9%), từ 50-59 tuổi (31,6%), tuổi trung bình là 52,3±8,8 tuổi, tuổi thấp nhất là 33, tuổi cao nhất là 74.

Lê Thị Yến và cộng sự (2017) nghiên cứu 33 bệnh nhân ung thư vú TPDC cho thấy nhóm tuổi hay gặp nhất là 50-59 tuổi, chiếm 41,1%, tuổi thấp nhất là 32 và cao nhất là 73, độ tuổi trung là 54,1±9,5 tuổi [6].

Trong các vị trí di căn thì xương, phổi, não chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 39,5%; 50%; 55,3%. Trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi loại bỏ những bệnh nhân chỉ di căn xương

II	9,8 ± 5,6	
III	7,5 ± 4,6	
IV	5,5 ± 2,1	

Bảng 5. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển liên quan với tình trạng hạch nách

Tình trạng hạch nách	X ±SD (tháng)	P
Chưa di căn (N0)	9,4 ±5,8	0,039
Di căn 1-3 hạch (N1)	9,0 ± 5,0	
Di căn 4-9 hạch (N2)	7,0 ± 4,3	
Di căn ≥ 10 hạch (N3)	6,6 ± 3,2	

Bảng 6. Liên quan giữa thời gian sống thêm bệnh không tiến triển với số cơ quan tái phát di căn

Số cơ quan tái phát di căn	X ±SD (tháng)	P
1 cơ quan	10,0 ±5,6	0,028
≥ 2 cơ quan	7,7 ±4,6	

Bảng 7. Độc tính trên hệ tạo huyết

Độc tính trên hệ tạo huyết (n,%)	Hạ bạch cầu	Thiếu máu	Giảm tiểu cầu
Độ 1	93 (36,3)	155 (60,1)	23 (8,9)
Độ 2	24 (9,3)	29 (11,2)	6 (2,3)
Độ 3	21 (8,1)	0 (0)	3 (1,2)
Độ 4	3 (1,2)	0 (0)	0 (0)

đơn thuần vì khó đánh giá đáp ứng và những bệnh nhân di căn não đơn thuần có triệu chứng.

Tình trạng TTNT và mức độ bộc lộ HER2 là những yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng, đồng thời cũng là yếu tố dự báo đáp ứng với các phương pháp điều trị. Một tác giả năm 2011 cho biết việc đánh giá tình trạng TTNT trước điều trị giúp cho việc phân nhóm bệnh nhân và đưa ra quyết định điều trị phù hợp trên mỗi bệnh nhân cụ thể. Tỷ lệ ER (+) và/ hoặc PR (+) hướng dẫn điều trị nội tiết. Tình trạng bộc lộ quá mức HER2 cũng được phát hiện khoảng 20-25% các trường hợp UTV, sự bộc lộ quá mức này phản ánh tiên lượng xấu và giúp quyết định hướng điều trị nhằm trúng đích.

Đánh giá kết quả điều trị: Khi tiến hành nghiên cứu 38 bệnh nhân UTV TPDC có sử dụng phác đồ vinorelbine kết hợp với trastuzumab, chúng tôi nhận thấy có tổng cộng 258 đợt truyền trastuzumab kết hợp vinorelbine (dao động từ 3-9 chu kỳ) số đợt truyền trung bình là 6,8 cho mỗi

bệnh nhân. Số đợt truyền trastuzumab là 332 (dao động từ 3-18 chu kỳ), số đợt truyền trung bình là 8,7 cho mỗi bệnh nhân.

Biểu đồ 3 cho thấy trong số 38 bệnh nhân nghiên cứu có đáp ứng hoàn toàn chiếm 21,1%, đáp ứng 1 phần chiếm 42,1%; có 2 bệnh nhân bệnh ổn định (5,2%). Như vậy tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 63,2% và lợi ích lâm sàng đạt được là 68,4%.

Tỷ lệ đáp có liên quan đến rất nhiều yếu tố. Theo bảng 1 cho thấy: tỷ lệ đáp ứng của nhóm có ER(+) và/ hoặc PR (+) cao hơn so với nhóm ER (-) và PR (-), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,941>0,05$. Bảng 2 cho thấy mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng với số cơ quan TPDC, nhận thấy tỷ lệ đáp ứng với các tổn thương di căn đích đơn độc (1 vị trí) cao hơn các tổn thương phối hợp ở nhiều vị trí, với tỷ lệ tương ứng là 75% và 57,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Một số nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự như: Lê Thanh Đức (2013) cho kết quả di căn 1 vị trí có thời gian sống bệnh không tiến triển dài hơn di căn ở nhiều vị trí [7]. De Maio và cộng sự cũng cho thấy di căn ở mô mềm cho tỷ lệ đáp ứng cao hơn di căn ở nội tạng [2].

Theo bảng 3 thấy thời gian sống thêm bệnh không tiến triển <12 tháng chiếm tỷ lệ cao hơn (81,6%) so với ≥ 12 tháng (18,4%). Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là $8,4 \pm 5$ tháng. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu như của De Maio trên 50 bệnh nhân UTV TPDC có HER2 dương tính điều trị phác đồ vinorelbine phối hợp trastuzumab mỗi 3 tuần, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 9,6 tháng [2]. A Chan và cộng sự 2006 nghiên cứu trên 69 bệnh nhân thì PFS là 9,9 tháng cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [4]. Điều này có thể được lý giải là do trong nghiên cứu này vinorelbine kết hợp với trastuzumab trong điều trị bước 1 UTV TPDC ở tất cả 69 bệnh nhân. Như vậy một lần nữa khẳng định sự kết hợp 2 thuốc nghiên cứu mang lại hiệu quả điều trị cho UTV TPDC ở tất cả các bước điều trị.

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) liên quan đến rất nhiều yếu tố. Trong nghiên cứu của chúng tôi đã tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê (với $p<0,05$) giữa PFS với giai đoạn bệnh, tình trạng hạch nách và số cơ quan di căn. Bảng 4, 5, 6 đã cho thấy rằng: giai đoạn bệnh tại thời điểm chẩn đoán càng cao, càng nhiều hạch nách di căn và càng di căn ở nhiều cơ quan thì thời gian sống thêm bệnh không tiến triển càng ngắn.

Ở giai đoạn TPDC thì mục đích điều trị không phải là triệt căn, khỏi bệnh mà là kéo dài thời

gian sống và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân bằng cách giảm nhẹ các triệu chứng do bệnh gây ra. Xác định được mục tiêu đó nên phương pháp điều trị đưa ra ở giai đoạn này thường là điều trị toàn thân, điều trị đích với mục đích giảm nhẹ, phẫu thuật hay tia xạ ít được dùng (tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân). Tuy nhiên hóa chất hay điều trị đích là phương pháp điều trị toàn thân nên ngoài tác dụng làm chết, gây độc cho tế bào ung thư nó còn gây ra độc tính với tế bào lành. Đó là cơ sở của việc giải thích tại sao khi dùng chúng gây ra những tác dụng không mong muốn. Như vậy bệnh nhân không chỉ chịu sự mệt mỏi do căn bệnh ở giai đoạn muộn gây ra mà còn chịu cả những tác dụng phụ do thuốc điều trị. Do vậy trong quá trình điều trị cần phải theo dõi sát để có thái độ xử trí kịp thời, chính xác.

Bảng 7 cho thấy tỷ lệ hạ bạch cầu chủ yếu gặp ở độ I, độ II chiếm tỷ lệ 45,4% số đợt truyền hóa chất, hạ độ III, độ IV là 9,3% số đợt truyền, trong đó có 3 lần truyền bị hạ bạch cầu độ IV chiếm tỷ lệ 1,2%. Như vậy bạch cầu có xu hướng nhạy cảm hơn với hóa chất. Theo Lê Thị Yến và cộng sự (2017) với hơn 300 lần truyền cho thấy tỷ lệ hạ bạch cầu chủ yếu gặp ở độ II và độ III chiếm tỷ lệ 50% [6]. Nghiên cứu của Chan và cộng sự năm 2006 trên 69 bệnh nhân cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hạ bạch cầu trung tính độ III, IV là 84%; tỷ lệ số lần truyền bị giảm bạch cầu trung tính độ III, IV là 18% [4].

Tỷ lệ giảm huyết sắc tố chỉ gặp ở độ I, độ II (với tỷ lệ 60,1% số lần truyền ở độ I và 11,2% số lần truyền ở độ II), (theo bảng 7). Trong khi đó tỷ lệ giảm tiểu cầu có 3 lần truyền có giảm ở độ III, chiếm 1,2% và gặp ở độ I, II chiếm tỷ lệ không cao 11,2% số lần truyền hóa chất.

Các độc tính ngoài hệ tạo huyết nếu ở mức độ nặng nề cũng gây ảnh hưởng khá lớn đến kết quả của điều trị, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi các độc tính ngoài hệ tạo huyết thường không nặng nề và chủ yếu gặp ở độ I, độ II.

Theo bảng 8 tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện độc tính trên tim độ I là 12,8% số lần truyền, độ III là 1,6% số lần truyền, độ IV có 1 bệnh nhân chiếm 2,6% số bệnh nhân và 0,4% số lần truyền. Bệnh nhân này đã phải ngưng điều trị vĩnh viễn. Lê Thị Yến đã ghi nhận độc tính trên tim gặp ở 3 lần truyền chiếm tỷ lệ 1% [6]. Chan và cộng sự năm 2006 nghiên cứu 69 bệnh nhân ghi nhận độc tính trên tim LVEF % trung bình trong các lần truyền là 63,8%, giá trị thấp nhất có 1 bệnh nhân <38%, với suy tim có triệu chứng 4 tháng sau khi bắt đầu nghiên cứu [4].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 38 bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có yếu tố phát triển biểu mô dương tính được điều trị tại bệnh viện Quân y 103 bằng hóa trị vinorelbine phối hợp với trastuzumab từ năm 2011 đến năm 2019, chúng tôi nhận thấy đa phần các bệnh nhân ở độ tuổi 50-59, hay gặp ở giai đoạn II tại thời điểm chẩn đoán. Đây là phác đồ mang lại hiệu quả đáp ứng tốt (ORR đạt 63,2%, lợi ích lâm sàng 68,4%), thời gian sống thêm bệnh không tiến triển cũng khá dài ($8,4 \pm 5$ tháng) trong khi độc tính ở mức có thể chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN Cancer Fact Sheets:** Breast cancer. <<http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>>, accessed: 30/05/2018.
2. **De Maio E., Pacilio C., Gravina A. et al. (2007).** Vinorelbine plus 3-weekly trastuzumab in metastatic breast cancer: a single-centre phase 2 trial. *BMC Cancer*, 7, 50.
3. **Hernate A.,** trastuzumab and vinorelbine as first-

line therapy for HER2-overexpressing metastatic breast cancer: multicenter phase II trial with clinical out comes, analysis of serum tumor markers as predictive factors and cardiac surveillance algorithm. *Br J. cancer* 2006; 95, 788-793.

4. **Chan A, et al.** Vinorelbine plus trastuzumab combination as first-line therapy for HER2-positive metastatic breast cancer patients: an international phase II trial. *Br J. cancer* 2006.
5. **Michael Andersson, et al.** Phase III randomized study comparing docetaxel plus trastuzumab with vinorelbine plus trastuzumab as first-line therapy of metastatic or locally advanced Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-positive breast cancer: the HERNATA study. *Journal of clinical oncology* 2011.
6. **Lê Thị Yên và cộng sự, 2017.** Đánh giá kết quả điều trị bước đầu của phác đồ trastuzumab-vinorelbine trên bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có HER2 dương tính tại bệnh viện K. *Tạp chí ung thư học Việt Nam*, số 1-2017, trang 279-284.
7. **Lê Thanh Đức và cộng sự (2013).** Đánh giá hiệu quả của phác đồ đơn hóa chất vinorelbine trong điều trị ung thư vú tái phát di căn. *Tạp chí ung thư học Việt Nam*, số 3-2013.
8. **Bùi Diệu và cộng sự (2011).** Tình hình mắc ung thư ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2005-2008. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 3-2011, trang 39-46.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH RĂNG MẠN TÍNH KHÔNG PHẪU THUẬT VỚI LASER DIODE TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2017-2018

Trần Thị Nga Liên*, Nguyễn Thị Hồng Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của laser Diode trong điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** 60 túi quanh răng được lựa chọn từ các bệnh nhân được chẩn đoán viêm quanh răng mạn tính. Nhóm chứng gồm 30 túi được điều trị theo phương pháp thông thường (SRP) kết hợp với nạo túi quanh răng, 30 túi ở nhóm thử nghiệm cũng được điều trị theo phương pháp thông thường và chiếu laser diode (SRP+Laser) với bước sóng 810nm. Các chỉ số lâm sàng được đánh giá trước điều trị, sau điều trị 4 tuần và sau điều trị 8 tuần: chỉ số GI, chỉ số SBI, độ sâu túi quanh răng, mức mất bám dính và được so sánh giữa 2 nhóm. **Kết quả và kết luận:** Có sự khác nhau khi so sánh nhóm chứng với nhóm thử nghiệm. Ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện về các chỉ số nhưng ở nhóm có sử dụng laser cho hiệu quả tốt hơn.

Từ khóa: Viêm quanh răng mạn tính, laser diode.

**BV Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Minh

Email: minhnguyenrhm1812@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/2/2020

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2020

Ngày duyệt bài: 23/3/2020

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF DIODE LASER IN TREATING NON-SURGICAL CHRONIC PERIODONTITIS INFLAMMATION

Aims: To evaluate the effectiveness of Diode laser in treating non-surgical perioperative inflammation. **Subjects and metoid:** Sixty periodontal pockets were selected in patients diagnosed with chronic perioritis. Thirty pocketsof control group were treated with conventional therapy (SRP) combined with debridement while thirty pockets of the test group was also treated with conventional therapy and diode laser (SRP + Laser) by a wavelength of 810 nm. Clinical indicators were evaluated before treatment, 4 weeks after treatment and 8 weeks after treatment included: GI index, SBI, periodontal pocket depth, attachment loss and were compared between 2 groups. **Results and conclusion:** There was a difference between two groups. There was an improvement of all indicators in both groups, but the better effects were recorded in group with laser treatment.

Key words: Chronic perioritis, diode laser.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm quanh răng là quá trình viêm tổ

chức chống đỡ quanh răng gây ra bởi các vi khuẩn gây bệnh trên mảng bám răng trên lợi và dưới lợi. Mục đích của điều trị viêm quanh răng là ngăn chặn quá trình viêm bằng việc loại bỏ vi khuẩn và các tổ chức hoại tử dưới lợi tạo điều kiện phục hồi hoặc tái tạo lại phần mô quanh răng bị tổn thương [1]. Gần đây ngày càng có nhiều nghiên cứu chứng minh rằng laser diode là loại laser đã được chứng minh có tác dụng kích thích sinh học với cơ thể sống và tác dụng hơn nữa là loại bỏ các tổ chức hoại tử, vi khuẩn vì vậy giúp cho quá trình lành thương nhanh hơn [2]. Do laser diode có hoạt động gần giống với vùng hồng ngoại, các bước sóng này hấp thụ tốt những sắc tố ở mô mềm vì thế laser diode có tác dụng tốt trong điều trị các bệnh quanh răng. Khi chiếu laser có sự ngăn chặn đáng kể vi khuẩn *Actinobacillus actinomycetemcomitans* - một loại vi khuẩn không chỉ có trên bề mặt chân răng mà nó còn xâm nhập vào mô mềm khiến nó khó có thể loại bỏ bằng phương pháp cơ học thông thường. Năng lượng laser có thể xuyên qua mô mềm để loại bỏ nhân tố gây bệnh vì vậy laser diode cung cấp giải pháp không kháng sinh [3]. Ngay từ những năm cuối của thập niên 90 - năm 1998, tác giả Moritz [4] nghiên cứu về điều trị túi quanh răng với laser diode cho thấy có sự giảm vi khuẩn ở nhóm laser nhiều hơn nhóm điều trị theo phương pháp thông thường. Gần đây, tác giả Zilmaz và cộng sự (2013) đã chỉ ra rằng những túi quanh răng được điều trị bằng Galium - arsenide diode laser phối hợp với phương pháp thông thường nhận thấy có sự khác biệt về giảm độ sâu túi quanh răng và tăng tái bám dính so với chỉ điều trị theo phương pháp thông thường [5]. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích đánh giá hiệu quả của Laser Diode trong phối hợp điều trị Viêm quanh răng không phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

- Là túi quanh răng bệnh lý của những bệnh nhân có tuổi trên 20 được khám và chẩn đoán là viêm quanh răng mạn tính có túi lợi sâu 4 - 6 mm tại Khoa Nha chu - Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội.

- **Cỡ mẫu:** mẫu tiện ích gồm mỗi nhóm 30 túi quanh răng

2.2 Quy trình điều trị:

- Tất cả các bệnh nhân của 2 nhóm đều được tiến hành lấy cao răng theo 1 quy trình kỹ thuật như nhau: làm sạch cao răng, mảng bám răng và làm nhẵn bề mặt chân răng.

- Ở nhóm nghiên cứu: Sau khi bệnh nhân được lấy cao răng, làm nhẵn bề mặt chân răng

xong sẽ tiến hành chiếu laser theo qui trình:

+ Loại Laser Diode: bước sóng 810 nm, mức năng lượng 0,5 W xung ngắt quãng và 0,5W, 1W ở chế độ xung liên tục.

+ Mỗi túi quanh răng được chiếu 30 giây ở xung ngắt quãng, 20 giây ở xung liên tục với mức năng lượng 0,5 W vị trí cách bờ lợi 1- 2 mm, 10 giây với mức năng lượng 1 W ở vị trí cách bờ lợi 4- 5 mm.

+ Mỗi túi được chiếu 3 lần cách nhau 05 ngày.

- Ở nhóm chứng: Sau khi lấy sạch cao răng tiến hành nạo túi quanh răng bằng cây nạo túi quanh răng và bơm rửa bằng nước muối sinh lý.

- Các chỉ số lâm sàng được đánh giá trước điều trị, sau điều trị 4 tuần, sau điều trị 8 tuần bao gồm:

+ Độ sâu túi quanh răng: Đo độ sâu túi quanh răng bằng thám châm của Hu - Friedy (Mỹ) có các vạch chia từng mm, được đo từ bờ lợi đến đáy túi.

+ Mức mất bám dính: Đo đồng thời với độ sâu túi quanh răng, được tính từ chỗ nối men - cement tới đáy túi quanh răng.

+ Chỉ số GI: Đánh giá mức độ lợi viêm theo Loe và Silness [7]

+ Chỉ số SBI: Đánh giá mức độ chảy máu rãnh lợi khi khám. Được đánh giá theo Muhlerman và Son (1971). [8]

2.3 Phân tích số liệu: Bằng phương pháp thống kê y học với phần mềm Stata 10 của WHO. Dùng các test thống kê như T test, hoặc Mann - Whitney để tính trung bình. So sánh từng cặp trước sau dùng test Wilcoxon.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Không có bệnh nhân nào phản nản về sự khó chịu hay không thoải mái khi điều trị: Không đau và không gây nhạy cảm ngà trong khi điều trị và sau điều trị

Bảng 1. So sánh độ sâu túi quanh răng tại các thời điểm điều trị ở 2 nhóm

Độ sâu Túi Quanh răng \ Nhóm	Chứng (n = 30)	Nghiên cứu (n = 30)	p
Trước điều trị (T0)	4,9±0,5	5,1±0,4	>0,05
Sau điều trị 4 tuần (T1)	3,4±0,4	3,6±0,5	>0,05
Sau điều trị 8 tuần (T2)	3,3±0,6	2,9±0,6	< 0,05
T0 - T1	1,5±0,4	1,5±0,4	> 0,05
T0 - T2	1,7±0,6	2,2±0,6	< 0,01

Nhận xét: Kết quả cho thấy độ sâu túi quanh răng ở 2 nhóm trước điều trị là như nhau với 4,9 ± 0,5 mm ở nhóm chứng và 5,1 ± 0,4 mm ở nhóm thử nghiệm. Sau 4 tuần độ sâu túi lần lượt là 3,4 ± 0,4 mm và 3,6 ± 0,5 mm. Tại thời điểm sau 4 tuần trung bình độ sâu túi không thấy có sự

khác biệt nhưng sau 8 tuần có sự khác biệt với $3,3 \pm 0,6$ và $2,9 \pm 0,6$ với $p < 0,05$.

Bảng 2. So sánh độ mất bám dính quanh răng tại các thời điểm điều trị ở 2 nhóm

Nhóm	Chứng (n=30)	Thử nghiệm (n=30)	p
Mất bám dính			
Trước điều trị (T0)	4,3±1,6	4,5±1,3	>0,05
Sau điều trị 2 tuần (T1)	2,8±1,5	2,9±1,4	>0,05
Sau điều trị 4 tuần (T2)	2,6±1,5	2,1±1,5	>0,05
T0 – T1	1,6±0,6	1,6±0,6	>0,05
T0 – T2	1,7±0,8	2,4±0,9	< 0,01

Nhận xét: Tương ứng với giảm độ sâu túi lợi sự giảm mất bám dính. Sau 8 tuần mức giảm mất bám dính ở nhóm chứng là $1,7 \pm 0,8$ mm và $2,4 \pm 0,9$ ở nhóm thử nghiệm, cho thấy sự phục hồi tổ chức quanh răng.

Bảng 3: So sánh chỉ số GI tại các thời điểm điều trị ở 2 nhóm

Nhóm	Chứng	Thử nghiệm	p
GI trung bình			
Trước điều trị(T0)	1,9±0,4	2,2±0,4	>0,05
Sau điều trị 4 tuần(T1)	0,4±0,5	0,4±0,5	>0,05
Sau điều trị 8 tuần(T2)	0,1±0,3	0,1±0,3	>0,05
T0 – T1	1,6±0,6	1,8±0,5	>0,05
T0 – T2	1,8±0,5	2,1±0,4	<0,01

Nhận xét: Chỉ số GI, SBI cho phép đánh giá mức độ cải thiện tình trạng lợi trên lâm sàng. Trước điều trị trung bình chỉ số GI là $1,9 \pm 0,4$ và $2,2 \pm 0,4$ ở nhóm chứng và nhóm thử nghiệm. Sau 4 tuần giảm $1,6 \pm 0,6$ ở nhóm chứng và $1,8 \pm 0,5$ ở nhóm thử nghiệm. Nhưng sau 8 tuần cho thấy có sự khác biệt giữa 2 nhóm: $1,8 \pm 0,5$ ở nhóm chứng, $2,1 \pm 0,4$ ở nhóm thử nghiệm.

Bảng 4. So sánh chỉ số SBI tại các thời điểm điều trị ở 2 nhóm

Nhóm	Chứng	Thử nghiệm	p
SBI trung bình			
Trước điều trị(T0)	3,8±0,5	3,6±0,7	>0,05
Sau điều trị 4 tuần(T1)	1,3±0,8	1,0±0,8	>0,05
Sau điều trị 8 tuần(T2)	0,6±0,6	0,3±0,6	>0,05
T0 – T1	2,5±0,8	2,6±0,8	>0,05
T0 – T2	3,2±0,8	3,4±0,9	>0,05

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về chỉ số SBI giữa các thời điểm nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt giữa nhóm điều trị bằng laser diode so với nhóm điều trị theo phương pháp thông thường (lấy cao răng và làm nhẵn bề mặt chân răng, nạo túi quanh răng). Các nghiên cứu về Laser Diode cho

thấy hiệu quả diệt khuẩn, loại bỏ tổ chức hạt và kích thích sinh học.

Sự kết hợp liệu pháp laser với điều trị bằng cơ học cho thấy có hiệu quả tốt hơn khi chỉ điều trị bằng phương pháp cơ học. Theo Romanos và cộng sự (2004)[9] cho rằng kết quả điều trị bằng laser nhờ có tác dụng nạo mà loại bỏ được các tế bào biểu mô bệnh lý một cách hoàn thiện và hoàn chỉnh hơn mà không thiệt hại đến mô liên kết và đặc biệt là giảm lượng vi khuẩn *Actinobacillus actinomycetecomitans* và *Porphyromonas gingivitis*.

Tác giả Kreisler và cộng sự (2005) cho thấy có sự khác biệt giữa nhóm điều trị bằng laser và SRP sau 12 tuần. Ông cũng cho rằng sự áp dụng laser diode điều trị làm giảm sự lung lay và độ sâu túi quanh răng không phải chủ yếu do sự giảm số lượng vi khuẩn trong túi lợi bệnh lý mà còn loại bỏ tế bào biểu mô kết nối để tạo bám dính mới. Vì thế việc điều trị bằng laser ngoài việc loại bỏ vi khuẩn còn loại bỏ các yếu tố cản trở sự tái tạo quanh răng.

Nghiên cứu của Vrishti Bansal (2018) về lâm sàng và vi sinh khi sử dụng Chlohexidine và laser diode phối hợp với điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật ở 30 bệnh nhân có túi quanh răng trên 5mm cho thấy cả 2 nhóm giảm đáng kể so với trước điều trị nhưng ở nhóm phối hợp với laser cho kết quả tốt hơn. Kết quả này tương đồng hơn với kết quả điều trị của chúng tôi sau 8 tuần.

Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có kiểm soát về laser diode phối hợp với liệu pháp điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật trong giai đoạn phục hồi của tác giả SS Surprith (2016) cho thấy những túi quanh răng sâu trung bình với mức mất bám dính trung bình có cải thiện hơn ở nhóm điều trị bằng laser sau 30 ngày điều trị. Còn với những răng có độ sâu ≥ 7 mm tác giả không thấy có sự khác biệt.

Đánh giá về chỉ số chảy máu trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cả 2 nhóm đều được cải thiện sau điều trị. Tuy nhiên ở cả 2 thời điểm nghiên cứu không thấy có sự khác biệt mặc dù nhóm thử nghiệm có kết quả tốt hơn nhóm chứng.

Về mức độ an toàn khi sử dụng laser diode để điều trị, chúng tôi theo dõi trên các bệnh nhân không thấy có bệnh nhân nào phản nản về đau hay nhạy cảm ngà trong quá trình điều trị hay sau điều trị.

Cũng theo tác giả Saglam (2014), ông nhận thấy trong quá trình làm nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên về tác dụng của laser diode hỗ trợ điều trị viêm quanh răng mạn tính không phẫu thuật, tất cả các trường hợp đều không

thấy xuất hiện tác dụng phụ như khó chịu, nhiễm trùng, apxe, hay có cảm giác bỏng rát, nhạy cảm ngà hoặc đau do liên quan đến chiếu xạ laser. Một nghiên cứu về mô học để đánh giá về việc sử dụng laser diode tác động lên mô trong cơ thể của tác giả Castro (2006) ông kết luận rằng điều trị laser không gây ra bất kì sự thay đổi cơ học hoặc những thiệt hại do nhiệt gây tổn thương đến men răng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả đã cho thấy sự phối hợp laser diode điều trị viêm quanh răng mạn tính đã đem lại hiệu quả nhất định, cung cấp giải pháp điều trị không phẫu thuật. Với kết quả này chúng tôi hy vọng khuyến khích việc sử dụng laser diode và trong tương lai phương pháp này sẽ trở thành một phần của nguyên tắc điều trị không phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Thị Bảo Đan (2012)**. Nha chu học, tập 1, Nhà xuất bản y học.
2. **Niemz MH (2002)**. Lasers tissue interactions, Germany, Springer
3. **Ciancio (2006)**. Effect of diode laser on Actinobaccillus actinomycetecomitans, Biological Therapies in Dentistry November/December, 22:3.
4. **Moritz A, Schoop U, Goharkhay K, et al (1998)**. Treatment of periodontal pockets with a diode laser. Lasers in surgery and medicine, 22(5): 302-11.
5. **Yilmaz S, Kuru B, Kuru L, et al (2002)**. Effect of gallium arsenide diode laser on human periodontal disease: a microbiological and clinical study. Lasers Surg Med, 30(1):60-6.
6. **Coluzzi D (2008)**. Soft tissue surgery with lasers – Learn the fundamentals, Accessed August.
7. **Loe and Sillness (1989)**. Gingival index(GI), Clinical practice of the dental hygienist, By Lea and Febiger, Philadelphia, London, 273.
8. **Benamghar J, Penaud J, Kamins ky Pet al (1982)**. Comparison of gingival index and sulcus bleeding index as indicators of periodontal status. Bull World Health Organ, 60(1): 147-151.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ SỰ BỘC LỘ MỘT SỐ DẤU ẤN MIỄN DỊCH TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ THỰC QUẢN

Trương Đình Tiên*, Đặng Thành Chung**,
Trần Ngọc Dũng*, Nguyễn Văn Ba*

xâm lấn của khối u với sự bộc lộ C-kit.

Từ khoá: Ung thư biểu mô thực quản, mô bệnh học, hoá mô miễn dịch

SUMMARY

STUDY ON SOME PATHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF ESOPHAGEAL CARCINOMA

Objectives: to investigate some pathological aspects, the expression of some immunohistochemical markers and the correlation with those of pathological findings in esophageal carcinoma. **Subjects and methods:** a retrospective study performed on 42 patients pathologically diagnosed with esophageal carcinoma. All the slides were reviewed, FFPE slides stained with intended markers, including Her2/neu, CXCL12, C-kit, TIMP1, MAP3K3, CD44, and Ki67. **Results and conclusion:** In term of pathological subtypes, squamous cell carcinoma were predominant (97,6%). 35,7% cases were poorly differentiated, 7 cases had the vascular invasion and 9 cases had the perineural invasion. There had a significant correlation between stroma/tumor ration with differentiation grade. The expression of IHC markers were: 19,0% (Her2/neu), 26,2% (C-kit), 88,1% (CXCL12), 45,2% (MAP3K3), 40,5% (TIMP1), 85,7% (CD44), 50% (Ki67). There had a significant correlation between differentiation grade and the expression of Her2/neu and TIMP1, between pT status and C-kit result.

Key words: Esophageal carcinoma, pathology, immunohistochemistry

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá đặc điểm mô bệnh học, sự bộc lộ một số dấu ấn hoá mô miễn dịch và mối liên quan với các đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô thực quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân ung thư thực quản, được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học. Tiến hành đọc tiêu bản, đánh giá các đặc điểm mô bệnh học; nhuộm hoá mô miễn dịch để xác định sự bộc lộ của các dấu ấn: Her2/neu, CXCL12, C-kit, TIMP1, MAP3K3, CD44 và Ki67. **Kết quả và kết luận:** Typ ung thư biểu mô vảy chiếm chủ yếu với 97,6% số trường hợp. Ung thư biểu mô kém biệt hoá có tỉ lệ cao nhất với 35,7%. Có 7 trường hợp u xâm nhập mạch máu, 9 trường hợp u xâm lấn vào dây thần kinh. Có mối tương quan giữa tỉ lệ mô đệm u và độ mô học. Tỉ lệ bộc lộ các dấu ấn miễn dịch trong ung thư biểu mô thực quản lần lượt là: 19,0% (Her2/neu), 26,2% (C-kit), 88,1% (CXCL12), 45,2% (MAP3K3), 40,5% (TIMP1), 85,7% (CD44), 50% (Ki67). Có mối tương quan giữa độ mô học với sự bộc lộ dấu ấn Her2/neu và TIMP1, giữa mức độ

*Bệnh viện Quân y 103,

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ba

Email: bsnguyenvanba@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/2/2020

Ngày phản biện khoa học: 28/2/2020

Ngày duyệt bài: 18/3/2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là loại u ác tính có tiên lượng nặng và tỉ lệ tử vong cao. Theo AJCC trong năm 2018, ung thư thực quản đứng thứ 7 trong số các bệnh ung thư thường gặp nhất với 572 000 trường hợp mới mắc [1]. Tại Việt Nam, ung thư thực quản đứng thứ 15 trong số các ung thư về số lượng mới mắc với trên 2400 ca mỗi năm. Đây là loại ung thư tiến triển nhanh, tiên lượng kém với tỉ lệ tử vong cao. Các yếu tố tiên lượng có vai trò quan trọng trong điều trị, đánh giá thời gian sống thêm của bệnh nhân, bao gồm nhiều yếu tố như độ tuổi mắc bệnh, giai đoạn bệnh, kích thước u, độ biệt hoá của mô u. Trong những năm gần đây, sự hiểu biết về các cơ chế phân tử trong ung thư đã mở ra hướng nghiên cứu mới trong việc phát hiện các dấu ấn phân tử trên mô u, góp phần lựa chọn phương pháp, đánh giá hiệu quả điều trị cũng như tiên lượng bệnh nhân ung thư thực quản [2]. Phần lớn các dấu ấn được khảo sát thông qua phương pháp nhuộm hoá mô miễn dịch trên mẫu bệnh phẩm u. Đây là kỹ thuật đơn giản, được áp dụng rộng rãi nhất trong xác định biểu hiện của các protein liên quan đến khối u. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

- Nghiên cứu một số đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô thực quản.
- Đánh giá sự bộc lộ của các dấu ấn hoá mô miễn dịch và mối liên quan với các đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô thực quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 42 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô thực quản bằng xét nghiệm mô bệnh học tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 9/2016 đến tháng 9/2019.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô thực quản bằng xét nghiệm Giải phẫu bệnh.
- Còn đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án và tiêu bản lưu trữ.
- Đủ mẫu bệnh phẩm lưu trữ để thực hiện xét nghiệm. Các bệnh phẩm còn tính kháng nguyên khi nhuộm Hoá mô miễn dịch (dựa vào chứng âm và chứng dương)
- Bệnh nhân chưa được hoá trị và xạ trị trước phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang

*Các bước tiến hành:

- Bệnh phẩm sinh thiết thực quản sau khi lấy ra được cố định bằng dung dịch formol 10%, sau

đó được phẫu tích và đưa vào quy trình xử lý thường quy tại Khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Quân y 103. Các khối nén chứa bệnh phẩm sau đó được cắt mảnh (3-4 μ m) và nhuộm bằng phương pháp H.E và đọc dưới kính hiển vi quang học để chẩn đoán xác định.

- Tiến hành hồi cứu, thu thập thông tin các bệnh nhân đáp ứng các yêu cầu lựa chọn.

- Hội chẩn lại các tiêu bản nhuộm H.E bằng kính hiển vi quang học có độ phóng đại 40-400 lần, đánh giá các đặc điểm mô bệnh học. Đối với các trường hợp tiêu bản kém chất lượng, cần cắt và nhuộm lại để tiến hành nghiên cứu.

- Nhuộm hoá mô miễn dịch với các dấu ấn: Her2/neu, CXCL12, C-kit, TIMP1, MAP3K3, CD44 và Ki67. Đánh giá sự bộc lộ của các dấu ấn miễn dịch bằng cách xác định cường độ và tỉ lệ bắt màu của tế bào u tại các vị trí tương ứng, dấu ấn Her2/neu bộc lộ ở màng tế bào, dấu ấn Ki67 bộc lộ ở nhân tế bào, các dấu ấn khác bộc lộ ở màng và bào tương tế bào.

- Đánh giá sự bộc lộ Ki67 là tỉ lệ nhân tế bào u bắt màu trên tổng số tế bào u; các dấu ấn còn lại: 0 (không bắt màu), 1+ (dương tính yếu), 2+ (trung bình), 3+ (dương tính mạnh).

*Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung về tuổi, giới bệnh nhân.
- Phân typ mô bệnh học theo phân loại của WHO 2010 [2], phân độ mô học.
- Đối với các bệnh phẩm phẫu thuật: có thêm các chỉ tiêu mức độ xâm lấn (T), tình trạng tế bào u xâm nhập mạch máu, xâm lấn quanh thần kinh (có/không), tình trạng này chồi u (thấp/cao), tỉ lệ mô đệm/mô u (thấp/cao).

- Đặc điểm hoá mô miễn dịch: Ki67 bộc lộ thấp (<50%), bộc lộ cao (\geq 50%). Với các dấu ấn còn lại: âm tính (0 hoặc 1+), dương tính (2+ hoặc 3+)

- Mối tương quan giữa các đặc điểm mô bệnh học và với sự bộc lộ các dấu ấn miễn dịch.

- ***Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỉ lệ %
≤ 40	2	4,8
41 – 50	9	21,4
51 – 60	21	50,0
61 – 70	9	21,4
>70	1	2,4
Tổng	42	100,0

Nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân là nam giới với tuổi trung bình là $55,48 \pm 8,60$ tuổi (độ tuổi từ 37-84 tuổi), bệnh nhân trong nhóm 51-60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 21 ca

(chiếm 50%). Bệnh nhân dưới 40 tuổi chiếm 4,8%, có 1 bệnh nhân trên 70 (chiếm 2,4%).

Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của nhiều tác giả khác. Ung thư thực quản chủ yếu gặp ở người trung niên, độ tuổi thường gặp nhất là 51-60 tuổi. Các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ bệnh nhân nam luôn chiếm nhiều hơn hẳn so với nữ, điều này có thể là do các yếu tố nguy cơ mắc bệnh gặp chủ yếu ở nam giới.

3.1. Đặc điểm mô bệnh học:

Bảng 2: Phân typ mô bệnh học và độ mô học UTBM thực quản

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Loại bệnh phẩm	ST qua nội soi	14	33,3
	Phẫu thuật	28	66,7
Typ mô bệnh học	UTBM vảy	41	97,6
	UTBM tuyến	1	2,4
Độ mô học	Độ 1	13	31,0
	Độ 2	14	33,3
	Độ 3	15	35,7

Phần lớn các trường hợp ung thư biểu mô thực quản thuộc typ ung thư biểu mô vảy, với 97,6%, chỉ có 1 trường hợp là ung thư biểu mô tuyến. Về phân độ mô học, loại biệt hoá kém (độ 3) chiếm tỉ lệ cao nhất với 15 ca (35,7%), ung thư biểu biệt hoá cao (độ 1) chiếm ít nhất với 13 trường hợp (31,0%). Tỉ lệ ung thư biểu mô vảy chiếm đa số có liên quan nhiều đến cơ chế sinh bệnh, trong đó phải kể đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, uống rượu, chế độ ăn uống, ung thư biểu mô tuyến có tần suất ít hơn và chủ yếu liên quan đến tổn thương thực quản Barrett ở 1/3 dưới thực quản. Độ mô học kém tỉ lệ cao phản ánh tính chất ác tính cao của ung thư thực quản và là một trong các yếu tố tiên lượng kém ở bệnh nhân [4].

Bảng 3: Tình trạng xâm lấn của tế bào u (n=28)

Xâm lấn	Số lượng	Tỉ lệ %
Tại chỗ (T)	T1	4 (14,3)
	T2	13 (46,4)
	T3	11 (39,3)
Mạch máu	Có	7 (25,0)
	Không	21 (75,0)
Thần kinh	Có	9 (32,1)
	Không	19 (67,9)

Trong nhóm bệnh phẩm phẫu thuật, đối với mức độ xâm lấn tại chỗ của khối u, gặp nhiều nhất là xâm lấn T2 với 13 trường hợp, chiếm 46,4%, xâm lấn T3 có 11 ca (39,3%), chỉ có 4 ca ở giai đoạn T1 (14,3%). Hình ảnh xâm lấn mạch máu và thần kinh xác định trên tiêu bản lần lượt là 7 (25%) và 9 (32,1%) trường hợp. Tình trạng xâm lấn tại chỗ, xâm nhập mạch máu và xâm nhập thần kinh là các yếu tố tiên lượng kém ở

bệnh nhân ung thư thực quản. Việc xác định các đặc điểm xâm lấn mạch máu và thần kinh trên hình ảnh vi thể đôi khi không dễ dàng, do đó tần suất bắt gặp còn thấp.

Bảng 4: Tỉ lệ mô đệm trong u và đặc điểm nảy chồi u (n=28)

Đặc điểm	Số lượng		Tỉ lệ %
	Tỉ lệ mô đệm	Thấp	21
	Cao	7	25,0
Tình trạng nảy chồi u	Thấp	13	46,4
	Cao	15	53,6

Số ca có tỉ lệ mô đệm/mô u cao chiếm 7 trường hợp (25%), số ca có tình trạng nảy chồi u cao là 15 trường hợp (53,6%)

Tỉ lệ mô đệm/mô u là tỉ số giữa diện tích mô đệm so với diện tích tế bào u đo trên cùng vi trường, đo ở vùng có mô đệm nhiều nhất và các tế bào u có mặt ở chu vi vi trường. Tỉ lệ mô đệm/mô u được chứng minh là yếu tố tiên lượng thời gian sống của bệnh nhân, các u có tỉ lệ mô đệm càng cao thì thời gian sống càng thấp [5].

Nảy chồi u là những tế bào u rời rạc hoặc các cụm lên đến 4 tế bào u không liên tục với khối u chính trên diện xâm lấn. Trong ung thư thực quản, nảy chồi u độ cao có tương quan với kích thước u lớn, bệnh ở giai đoạn muộn, giai đoạn T cao, đồng thời, nảy chồi u độ cao cũng đi kèm với giảm thời gian sống thêm và thời gian sống thêm không bệnh [6].

Bảng 5: Tương quan giữa tỉ lệ mô đệm trong u với các đặc điểm mô bệnh học

		Tỉ lệ mô đệm		P
		Thấp	Cao	
Độ mô học	Độ 1	9	0	0,039
	Độ 2	7	2	
	Độ 3	5	5	
Xâm lấn mạch máu	Không	17	4	0,32
	Có	4	3	
Xâm lấn thần kinh	Không	16	3	0,16
	Có	5	4	
T	T1	4	0	0,71
	T2	9	4	
	T3	8	3	

Đặc điểm tỉ lệ mô đệm trong u có liên quan có ý nghĩa với mức độ biệt hoá của tế bào u (p<0,05), các trường hợp u kém biệt hoá thì tỉ lệ mô đệm u càng lớn. Mô đệm u có vai trò rất quan trọng trong tiến triển của ung thư, tỉ lệ mô đệm lớn được cho là tạo điều kiện cho các tế bào u phát sinh và phát triển nhanh hơn [5].

Bảng 6: Tương quan giữa nảy chồi u với các đặc điểm mô bệnh học

		Nảy chồi u		P
		Thấp	Cao	
Độ mô học	Độ 1	6	3	0,11

	ĐỘ 2	5	4	
	ĐỘ 3	2	8	
Xâm lấn mạch máu	Không	9	12	0,67
	Có	4	3	
Xâm lấn thần kinh	Không	11	8	0,11
	Có	2	7	
T	T1	4	0	0,013

	T2	7	6	
	T3	2	9	

Đặc điểm này choi u có liên quan có ý nghĩa với mức độ xâm lấn của u ($p < 0,05$), khối u xâm lấn càng sâu thì tỉ lệ xuất hiện các ổ này choi u càng lớn. Đây choi u không liên quan đến độ mô học và tình trạng xâm lấn mạch máu, thần kinh của u.

3.2. Sự bộc lộ các dấu ấn hoá mô miễn dịch

Bảng 7: Sự bộc lộ các dấu ấn hoá mô miễn dịch ($n=42$)

Dấu ấn	Bộc lộ			
	Âm tính		Dương tính	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Her2/neu	34	81,0	8	19,0
C-kit	31	73,8	11	26,2
CXCL12	5	11,9	37	88,1
MAP3K3	23	54,8	19	45,2
TIMP1	25	59,5	17	40,5
CD44	6	14,3	36	85,7
Ki67	21	50,0	21	50,0

Tỉ lệ bộc lộ các dấu ấn miễn dịch trong ung thư biểu mô thực quản lần lượt là: 190% (Her2/neu), 26,2% (C-kit), 88,1% (CXCL12), 45,2% (MAP3K3), 40,5% (TIMP1), 85,7% (CD44), 50% (Ki67).

Bảng 8: Tương quan giữa độ mô học với sự bộc lộ các dấu ấn ($n=42$)

Dấu ấn		Độ mô học			p
		ĐỘ 1	ĐỘ 2	ĐỘ 3	
Her2/neu	Âm tính	13	13	8	0,003
	Dương tính	0	1	7	
C-kit	Âm tính	9	12	10	0,461
	Dương tính	4	2	5	
CXCL12	Âm tính	2	2	1	0,719
	Dương tính	11	12	14	
MAP3K3	Âm tính	6	8	9	0,796
	Dương tính	7	6	6	
TIMP1	Âm tính	5	7	13	0,021
	Dương tính	8	7	2	
CD44	Âm tính	1	3	2	0,755
	Dương tính	12	11	13	
Ki67	Thấp	8	6	7	0,640
	Cao	5	8	8	

Có mối tương quan giữa độ mô học với sự bộc lộ dấu ấn Her2/neu và TIMP1, ($p < 0,05$). Không có mối liên quan có ý nghĩa giữa độ mô học với sự bộc lộ các dấu ấn khác.

Her-2/neu là một thành viên của họ thụ thể yếu tố phát triển biểu bì, góp phần điều hoà các chức năng sinh học như tăng sinh, biệt hoá, vận động và chết theo chương trình của tế bào. Sự biểu lộ quá mức Her-2/neu gặp trong ung thư biểu mô vảy của thực quản và được chứng minh

có mối tương quan nghịch với sự biệt hoá của tế bào u [7].

TIMP (Tissue inhibitors of metalloproteinases - chất ức chế enzym huỷ cấu trúc nền) gồm một nhóm 4 protein khác nhau về cấu trúc, có mối liên hệ trực tiếp đến các đặc tính của tế bào như sự sinh trưởng, biệt hoá, di chuyển và chết theo chương trình. Sự biểu lộ quá mức của TIMP liên quan tới tiến triển của u và thời gian sống thêm của ung thư biểu mô thực quản.

Bảng 9: Tương quan giữa mức độ xâm lấn (T) với sự bộc lộ các dấu ấn ($n=28$)

Dấu ấn		Độ mô học			p
		ĐỘ 1	ĐỘ 2	ĐỘ 3	
Her2/neu	Âm tính	3	9	9	0,841
	Dương tính	1	4	2	
C-kit	Âm tính	4	10	4	0,041

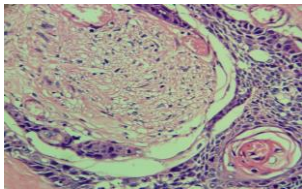
	Dương tính	0	3	7	
CXCL12	Âm tính	0	4	1	0,319
	Dương tính	4	9	10	
MAP3K3	Âm tính	2	5	4	1,000
	Dương tính	2	8	7	
TIMP1	Âm tính	2	7	5	1,000
	Dương tính	2	6	6	
CD44	Âm tính	0	4	2	0,571
	Dương tính	4	9	9	
Ki67	Thấp	2	7	6	1,000
	Cao	2	6	5	

Có mối tương quan giữa mức độ xâm lấn của khối u với sự bộc lộ C-kit. Không có mối tương quan có ý nghĩa giữa mức độ xâm lấn với sự bộc lộ các dấu ấn khác.

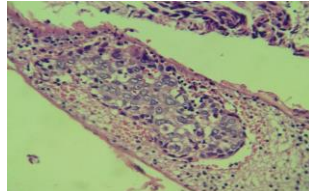
C-kit (CD117) hay yếu tố tăng trưởng tế bào mầm đóng vai trò quan trọng trong sự biệt hoá, tăng sinh tế bào và chết theo chương trình. Huijie Fan và cs nghiên cứu trên các bệnh nhân

ung thư thực quản nhận thấy sự bộc lộ C-kit gặp ở 1/3 số trường hợp và có liên quan tới tiên lượng kém của bệnh nhân khi thời gian sống thêm của các trường hợp có C-kit dương tính là thấp hơn có ý nghĩa so với các bệnh nhân không có biểu hiện [8]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, khối u có độ ác tính càng cao thì tỉ lệ bộc lộ C-kit càng lớn.

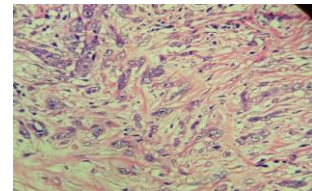
Một số hình ảnh minh họa



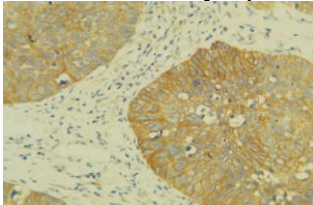
Hình ảnh tế bào u xâm nhập quanh thần kinh (HE, 400X)



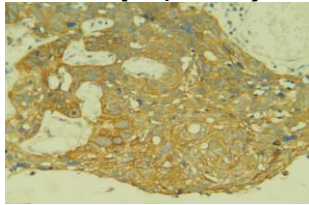
Tế bào u xâm nhập mạch máu (HE, 200X)



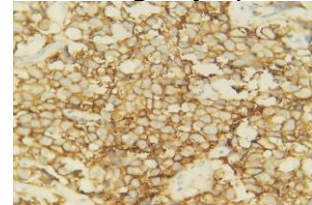
Hình ảnh này chồi u với các tế bào riêng lẻ (HE, 200X)



A



B



C

Ung thư biểu mô vảy: các tế bào u dương tính với dấu ấn C-kit (A, 200X), TIMP1 (B, 200X) và Her2/neu (C, 400X)

V. KẾT LUẬN

4.1. Đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô thực quản

- Typ ung thư biểu mô vảy chiếm chủ yếu với 97,6% số trường hợp.

- Độ mô học: ung thư biểu mô kém biệt hoá có tỉ lệ cao nhất với 35,7%. UTBM biệt hoá cao chiếm 31,3%

- Có 7 trường hợp u xâm nhập mạch máu, 9 trường hợp u xâm lấn vào dây thần kinh. Có mối tương quan có ý nghĩa giữa tỉ lệ mô đệm u và độ mô học của u, giữa đặc điểm này chồi u với mức độ xâm lấn của u.

4.2. Sự bộc lộ các dấu ấn hoá mô miễn dịch

- Tỉ lệ bộc lộ các dấu ấn miễn dịch trong ung thư biểu mô thực quản lần lượt là: 19,0%

(Her2/neu), 26,2% (C-kit), 88,1% (CXCL12), 45,2% (MAP3K3), 40,5% (TIMP1), 85,7% (CD44), 50% (Ki67).

- Có mối tương quan có ý nghĩa giữa độ mô học với sự bộc lộ dấu ấn Her2/neu và TIMP1, giữa mức độ xâm lấn của khối u với sự bộc lộ C-kit.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie B., Jacques F., Isabelle S. et al** (2018), "Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA CANCER J CLIN. 68, 394-424.
2. **Wang C., Wang J., Chen Z. et al** (2017), "Immunohistochemical prognostic markers of esophageal squamous cell carcinoma: a systematic review", Chin J Cancer. 36(1), doi: 10.1186/s40880-017-0232-5.

3. **Bosman F.T., Carneiro F., Hruban R.H. et al** (2010), WHO Classification of Tumours of the Digestive System, IARC press, Lyon, pp. 15-31.
4. **Sakurai M.K. Francisco T., Roberto T. et al** (2016), "Prognostic factors and survival analysis in esophageal carcinoma", ABCD, arq. bras. cir. dig. . 29, <https://doi.org/10.1590/0102-6720201600030003>
5. **Ma W. Wang K., Wang J. et al** (2012), "Tumor-Stroma Ratio Is an Independent Predictor for Survival in Esophageal Squamous Cell Carcinoma", J Thorac Oncol. 7, 1457-1461.
6. **J. I. Lee M. S. Roh., P. J. Choi** (2004), "Tumor budding as a useful prognostic marker in esophageal squamous cell carcinoma", Diseases of the Esophagus. 17, 333-337.
7. **Ali T. K., Rosita V., Samaneh D. et al** (2016), "HER-2/neu Overexpression in Esophageal Squamous Cell Carcinoma (ESCC) and Its Correlation with Patient's Clinicopathological Features", Iran J Cancer Prev. 9(5), e5007. DOI: 10.17795/ijcp-5007.
8. **Huijie F., Yuan Y., Junsheng W. et al** (2013), "CD117 expression in operable oesophageal squamous cell carcinomas predicts worse clinical outcome", Histopathology. 62, 1028-1037. DOI: 10.1111/his.12111.

NHẬN XÉT TÌNH TRẠNG RĂNG MIỆNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT TIM MẠCH

Nguyễn Thanh Hương*, Nguyễn Thị Hồng Minh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng bệnh răng miệng của bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tim mạch, từ đó đưa ra các khuyến cáo chăm sóc răng miệng cho bệnh nhân tim mạch. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tim mạch, cần được điều trị các bệnh lý răng miệng trước phẫu thuật. Tình trạng bệnh răng miệng được ghi nhận thông qua các tiêu chí gồm: chỉ số lợi GI, Chỉ số Vệ sinh răng miệng đơn giản OHI-S, chỉ số nhu cầu điều trị quanh răng cộng đồng và chỉ số sâu mất trám răng. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân có tình trạng vệ sinh răng miệng kém; 100% bệnh nhân có viêm lợi ở các mức độ; trung bình mỗi bệnh nhân có hơn 4 vùng lục phân có cao răng và 2 vùng có túi lợi bệnh lý. Nhu cầu điều trị ở những bệnh nhân này cũng rất cao, trong đó 98,2% bệnh nhân cần được lấy cao răng; 14,5% cần được điều trị phức hợp. Chỉ số SMT trung bình là 5,87 với số trung bình răng sâu là 1,13; răng mất là 4,47 và răng trám là 0,27. **Kết luận:** Nhu cầu điều trị bệnh răng miệng của bệnh nhân trước phẫu thuật tim mạch là rất cao.

Từ khóa: Cardiac surgery, dental disease status.

SUMMARY

DENTAL DISEASE STATUS OF PATIENTS WITH CARDIAC SURGERY

Aims: To assess the dental disease status of patients with cardiac surgery, thereby making recommendations for oral care for cardiovascular patients. **Subjects and method:** The cross-sectional study was implemented on 50 patients with cardiovascular surgery, who need dental treatment

**Bệnh viện Bạch Mai,*

***BV Răng Hàm Mặt TW Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Minh

Email: minhnguyenthrm1812@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/2/2020

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2020

Ngày duyệt bài: 23/3/2020

before cardiac surgery. The status of dental diseases was recorded through the criteria: gingival index GI, OHI-S Simple Oral Hygiene Index, Community Periodontal Index and Treatment Needs and DMFT index. Result: The majority of patients have poor oral hygiene; 100% of patients have gingivitis of all degrees; on average, each patient had more than 4 sextant regions with calculus and 2 with gingival pocket. Treatment needs of these patients were also very high, in which 98.2% of patients need scaling; 14.5% needed complex treatment. The mean DMFT index is 5.87 with the mean DT 1.13; MT was 4.47 and FT was 0.27. **Conclusion:** The demand for treatment of oral diseases of patients before cardiovascular surgery is very high.

Keywords: Cardiac surgery, dental disease status

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mối liên hệ giữa sức khỏe răng miệng với sức khỏe toàn thân, đặc biệt là bệnh lý tim mạch đã được quan tâm nghiên cứu trong thời gian vừa qua. Những ổ nhiễm trùng mạn tính trong miệng, đặc biệt là tình trạng bệnh vùng quanh răng được coi là yếu tố nguy cơ tiềm tàng của các tình trạng bệnh tim mạch như vữa xơ động mạch, viêm nội tâm mạc và đặc biệt cần loại trừ trước các can thiệp phẫu thuật. Có 3 cơ chế theo đó nhiễm khuẩn vùng miệng có thể dẫn tới bệnh tim mạch, đó là ảnh hưởng trực tiếp của tác nhân gây nhiễm khuẩn trên sự hình thành mảng xơ vữa; ảnh hưởng gián tiếp hoặc đáp ứng qua trung gian ký chủ và có cùng tổ bầm di truyền.

Chính vì vậy, các can thiệp điều trị nha khoa là một thủ thuật có nguy cơ đối với bệnh nhân tim mạch và ngược lại bệnh lý tim mạch như loạn nhịp tim, đau thắt ngực không ổn định, cơn tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim hay viêm nội tâm mạc có thể xảy ra trong quá trình tiến hành các thủ thuật. Điều này giải thích lý do vì sao nguy cơ tim

mạch và các biến chứng liên quan đến bệnh răng miệng cũng như các thủ thuật nha khoa trong bệnh tim mạch là đa ngành, liên quan đến y học nội khoa, bệnh tim mạch và nha khoa. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa bệnh lý tim mạch và sức khỏe răng miệng cũng như các thủ thuật chăm sóc nha khoa cho bệnh nhân tim mạch nhưng chưa có nghiên cứu nào ở Việt nam đề cập đến vấn đề này.

Xuất phát từ tình hình thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu nhận xét tình trạng bệnh răng miệng ở bệnh nhân trước phẫu thuật tim mạch nhằm góp phần làm rõ thêm mối quan hệ giữa bệnh tim mạch và khuyến cáo chăm sóc sức khỏe răng miệng cho nhóm đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật tim mạch tại Bệnh viện Tim mạch Trung ương được gửi khám trước mổ phát hiện các ổ nhiễm trùng răng miệng tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 4/2015 đến tháng 1/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n = cỡ mẫu nghiên cứu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, $\alpha = 0,05$ thì

$Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; P = tần suất ước tính mắc bệnh răng miệng, $p=0,85$ (80%).

e = độ chính xác tuyệt đối mong muốn (confident limit around the point estimate), thường lấy = 0.1; N = 50 bệnh nhân

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Bệnh nhân được khám trên ghế răng với các dụng cụ chuyên khoa: gương, gắp, thám trầm, sonde thăm dò nha chu của Tổ chức y tế thế giới.

- Các chỉ số ghi nhận:

+ Chỉ số lợi GI của Loe và Silness 1964

+ Chỉ số Vệ sinh răng miệng đơn giản OHI của Green và Vermilion, 1975

+ Chỉ số trung bình răng Sâu Mất Trám SMTR (Klein, Palmer & Knutson 1930)

+ Chỉ số Nhu cầu điều trị quanh răng cộng đồng (CPITN của Ainamo, 1982)

- Ghi nhận về thói quen chải răng và vệ sinh răng miệng, thái độ quan tâm và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

- Các phiếu khám được kiểm tra trong ngày, điều chỉnh các sai sót (nếu có) ngay cuối buổi khám.

- Các số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm dân số xã hội của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi: Tuổi TB	54,45
Phạm vi tuổi	40 - 66
Giới: Nam	20 (36,4%)
Nữ	35 (63,6%)

Bảng 3.2. Bệnh tim mạch chính trước phẫu thuật tim

Bệnh	n	%	p
Bệnh van tim	46	86,3	0,000
Bệnh mạch máu	6	10,9	
Các bệnh khác	3	5,5	
Tổng	55	100	

Nhận xét: Số bệnh nhân mắc bệnh van tim chiếm tỷ lệ cao nhất (85,5%). Có 1 bệnh nhân trong nhóm bệnh van tim có bệnh mạch máu phổi hợp, hai bệnh nhân có tổn thương van do Osler, 1 bệnh nhân có thông liên thất. Trong nhóm các bệnh tim khác có 2 bệnh nhân mắc bệnh tim bẩm sinh, 1 bệnh nhân được chẩn đoán là u nhày nhĩ phải.

3.2. Tình trạng bệnh răng miệng của bệnh nhân trước phẫu thuật tim

Bảng 3.3. Thói quen chăm sóc răng miệng của bệnh nhân

Hành động	Không	Có	Tổng
Thói quen chải răng	5 (9,1%)	50 (90,9%)	55 (100%)
Dùng kem chải răng	5 (9,1%)	50 (90,9%)	55 (100%)
Thói quen khám răng	36(65,5%)	19 (34,5%)	55 (100%)

Bảng 3.4. Tình trạng vệ sinh răng miệng theo chỉ số OHI-S

Tình trạng vệ sinh răng miệng theo chỉ số OHI-S	n	%	p
VSRM tốt	1	1,8	0,000
VSRM trung bình	2	3,6	
VSRM kém	52	94,5	
Tổng	55	100	

Nhận xét: Tình trạng vệ sinh răng miệng theo chỉ số OHI-S của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu rất kém. Chỉ có duy nhất một bệnh nhân được khám có tình trạng vệ sinh răng miệng được đánh giá ở mức tốt. 94,55 bệnh nhân có mức vệ sinh răng miệng kém. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.5. Tình trạng viêm lợi theo chỉ số GI

Tình trạng viêm lợi theo chỉ số GI	n	%	p
Lợi bình thường	0	0,0	0,000
Lợi viêm nhẹ	1	1,8	
Lợi viêm trung bình		72,7	
Lợi viêm nặng		25,5	
Tổng	55	100	

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân tim mạch trước phẫu thuật, không có bệnh nhân nào có tình trạng lợi khỏe mạnh. Tỷ lệ bệnh nhân có lợi viêm trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 72,7%, viêm lợi nặng chiếm tỷ lệ khá cao với 25,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.6. Tỷ lệ người có mã số CPI cao nhất

Mã số	n	%	p
CPI 0	0	0	0,000
CPI 1	1	1,8	
CPI 2	26	47,3	
CPI 3	20	36,4	
CPI 4	8	14,5	
Tổng	55	100	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, 98,2% đối tượng có cao răng (CPI 2), túi nông (CPI 3) hoặc túi sâu (CPI 4). Tỷ lệ bệnh nhân có túi lợi bệnh lý (CPI 3 +4) chiếm tới 50,9% trong đó số bệnh nhân có túi quanh răng sâu chiếm 14,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.7. Số trung bình vùng lục phân theo CPITN

Mã số	Tổng số vùng lục phân	Trung bình
CPI 0	0	0
CPI 1	7	0,13
CPI 2	228	4,14
CPI 3	54	0,98
CPI 4	23	0,42
CPI X	18	0,33

Nhận xét: Kết quả cho thấy trung bình mỗi bệnh nhân có 4 vùng lục phân có cao răng (CPI 2), 1 vùng lục phân có túi lợi bệnh lý nông (CPI 3), trong 2 bệnh nhân có 1 bệnh nhân có 1 vùng lục phân có túi lợi bệnh lý sâu (CPI 4). 3 bệnh nhân có 1 vùng mất răng (CPI X).

Bảng 3.8. Phân bố nhu cầu điều trị quanh răng của đối tượng nghiên cứu

Mã số	n	%	p
Không cần điều trị	0	0	0,000
Hướng dẫn VSRM	1	1,8	
Hướng dẫn VSRM + Lấy cao răng	46	83,6	
Điều trị phức hợp	8	14,5	
Tổng	55	100	

Nhận xét: Nhu cầu điều trị quanh răng của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là rất lớn.

98,2% bệnh nhân cần can thiệp điều trị trong đó 83,6% bệnh nhân cần được tư vấn VSRM và lấy cao răng; 14,5% cần được điều trị phức hợp.

Bảng 3.9. Giá trị trung bình chỉ số SMT

Chỉ số	Giá trị trung bình	Độ lệch
S (sâu răng)	1,13	1,4149
M (răng mất)	4,47	4,4757
T (răng trám)	0,27	0,9517
SMT	5,87	4,4516

Nhận xét: Chỉ số SMT của nhóm nghiên cứu rất cao, chủ yếu là do mất răng. Trung bình mỗi bệnh nhân có 1,13 răng sâu, người có nhiều răng sâu nhất là 6 răng. Trung bình một bệnh nhân mất 4,47 răng, người mất nhiều nhất là 24 răng, ít nhất là 1 răng. Số trung bình răng trám rất thấp, trung bình mỗi người có 0,27 răng trám.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật tim mạch. Đây là nhóm bệnh nhân đặc biệt, tỷ lệ về tuổi, giới của bệnh nhân phụ thuộc vào đặc điểm bệnh lý toàn thân của bệnh nhân.

Toàn cảnh tình trạng VSRM của nhóm bệnh nhân này được thể hiện ở chỉ số OHI-S trong bảng 3.4. Chỉ số OHI-S trung bình ở mức $4,67 \pm 1,12$ cho thấy hầu hết các đối tượng đều có tình trạng VSRM kém. Đây là tình trạng đáng báo động vì VSRM kém cũng đồng nghĩa với kiến thức và ý thức chăm sóc SKRM kém và đó cũng là một nguy cơ rất lớn cho sự phát sinh và phát triển các mầm bệnh quanh răng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguyên nhân của tình trạng VSRM kém là do ý thức tự chăm sóc SKRM kém, đồng thời kiến thức về cách chăm sóc SKRM cũng như hiểu biết về mối liên quan giữa SKRM và sức khỏe toàn thân còn hạn chế (bảng 3.3). Tỷ lệ răng được trám rất thấp (0,27) cho thấy các đối tượng nghiên cứu còn thiếu kiến thức, thiếu thông tin cần thiết về mối liên quan giữa SKRM với sức khỏe toàn thân, về các dịch vụ chăm sóc SKRM, về lợi ích của việc khám răng miệng định kỳ.

Kết quả từ trung bình chỉ số GI cho thấy, hầu hết bệnh nhân có tình trạng viêm lợi từ trung bình đến nặng ($1,73 \pm 0,50$). Kết quả từ bảng 3. cho thấy nhóm nghiên cứu có tình trạng bệnh quanh răng ở mức phổ biến với tỷ lệ người có túi quanh răng sâu (CPI 3 và CPI 4) là 50,9%. Mức độ trầm trọng của bệnh quanh răng ở nhóm bệnh nhân này được thể hiện ở số trung bình mỗi bệnh nhân có hơn 4 vùng lục phân có cao răng (CPI 2) và gần 2 vùng có túi bệnh lý (CPI 3 và CPI 4). Ngày nay y học hiện đại đã có những

bằng chứng về mối liên hệ giữa viêm nha chu và nguy cơ cho bệnh tim mạch, đặc biệt là vữa xơ động mạch.

Nhu cầu điều trị quanh răng ở nhóm nghiên cứu là rất lớn. 98,2 % bệnh nhân cần điều trị bệnh vùng quanh răng; trong đó 83,6% bệnh nhân cần được lấy cao răng và hướng dẫn VSRM; 14,5% bệnh nhân cần được điều trị phức hợp. Cần nhấn mạnh rằng các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu này không tự nguyện thăm khám và chủ động nhận chăm sóc răng miệng mà chỉ tiếp nhận điều trị theo yêu cầu bắt buộc của quy trình chuẩn bị phẫu thuật tim mạch. Điều đó có nghĩa là còn rất nhiều bệnh nhân tim mạch không biết đến sự cần thiết được chăm sóc răng miệng thường xuyên và đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng bệnh răng miệng của các bệnh nhân tim mạch rất trầm trọng và đây là một yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch. Chính vì vậy, cần có sự phối hợp điều trị giữa các chuyên khoa hướng dẫn cách chăm sóc các bệnh lý liên quan, có một chiến lược tổng thể để hạn chế các biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho những đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Robert Genco (2010)**, Periodontal disease and Overall health: A clinician's guide, Professional audience communication.
2. **Trần Văn Trường, Trịnh Đình Hải (2002)**. Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **World Health Organization**. Oral health Survey – Basic methods, 5th Edition. Geneva, WHO, 2013

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH SUY THẬN MẠN CÓ LỌC MÁU CHỦ KỶ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG NĂM 2016

Vũ Thị Cẩm Doanh*, Nguyễn Thị Thu Hương¹,
Nguyễn Bảo Trân¹, Trương Tuấn Anh²

Từ khóa: Suy thận mạn tính, LMCK, trầm cảm, BDI.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá tình trạng trầm cảm và các yếu tố liên quan đến trầm cảm. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 185 người bệnh suy thận mạn có LMCK (LMCK) tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2016. **Kết quả:** 87.57% người bệnh bị trầm cảm; trong đó 51.2% người bệnh bị trầm cảm vừa, 20.4% người bệnh bị trầm cảm nặng, 4.3% người bệnh bị trầm cảm rất nặng. Có sự liên quan tuổi, các bệnh kèm theo, các biến chứng mắc phải, sự hỗ trợ xã hội, mức độ đau, mức độ mất ngủ với BDI. Tỷ lệ người bệnh suy thận mạn có LMCK bị trầm cảm cao (87.57%). Trong đó trầm cảm vừa chiếm tỉ lệ cao nhất là 51.2%, trầm cảm nặng chiếm tỉ lệ 20.4%, trầm cảm rất nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất là 4.3%. Có 6 yếu tố liên quan đến trầm cảm: tuổi, các bệnh kèm theo, các biến chứng mắc phải, mức độ đau, mức độ mất ngủ, sự hỗ trợ gia đình và xã hội. **Kết luận:** Tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh suy thận mạn có LMCK cao. Cần phát hiện sớm các bệnh kèm theo, làm giảm các biến chứng, tăng mức độ hỗ trợ xã hội trong quá trình điều trị để giảm tỷ lệ trầm cảm trên đối tượng này.

SUMMARY

DEPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE OF HEMODIALYSIS IN VIET TIEP HAI PHONG GENERAL HOSPITAL 2016

Objectives: This study aimed to determine prevalence and factors that may predict depression in patients with chronic kidney disease of hemodialysis in Hai Phong- an urban district of Vietnam based on Beck Depression Inventory. **Methods:** One hundred and eighty five chronic kidney disease (CKD) patients were randomly selected from hemodialysis department in Viet Tiep general Hospital. Four self-report questionnaires were used to collect data. The data was analyzed using descriptive statistics and correlation. **Results:** Ratio of depressive disorder is 87.6% including 24.1% of patients suffering from mild depression, 51.2% of patients with moderate depression, 20.4% of patients with severe depression, 4.3% of patients with very severe depression. There is a positive correlation between the levels of pain, levels of insomnia with depression levels. There is a negative correlation between the levels of social support with depression levels. There are relationships between age, complication and another concurrent disease with depression. **Conclusions:** Prevalence of CKD patients with hemodialysis suffer from depression in Vietnam is high. Nursing interventions need to be developed by focusing on early detecting depression in this object group and manipulating predicting factors, such as decreasing complication, insomnia and promoting

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Cẩm Doanh

Email: vucamdoanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/2/2020

Ngày phản biện khoa học: 8/3/2020

Ngày duyệt bài: 20/3/2020

social support

Key words: Chronic Kidney Disease (CKD), hemodialysis, depression, BDI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một vấn đề tâm lý khá phổ biến [7]. Hiện nay, trên thế giới ước có khoảng 3-5% dân số thế giới có rối loạn trầm cảm rõ rệt nhưng chỉ 25% trong số đó được điều trị kịp thời và đúng phương pháp. Khoảng 50% người bệnh suy thận mạn, đặc biệt suy thận mạn LMCK trên thế giới có các biểu hiện khác nhau của trầm cảm [4]. LMCK là một trong những phương pháp điều trị duy trì sự sống cho người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối; tuy nhiên, phương pháp này cũng để lại nhiều biến chứng: đau, nhiễm trùng, mệt mỏi, chán ăn, mất ngủ. Trầm cảm đã được công nhận là một bệnh kèm theo ở những người bệnh này và gây ra các hậu quả như lo lắng, mệt mỏi, giảm khả năng tự chăm sóc bản thân và giảm chất lượng cuộc sống. Trầm cảm và lo âu làm tăng số lần nhập viện của người bệnh, tăng chi phí cho điều trị, chăm sóc; đặc biệt tự tử là hậu quả trầm trọng nhất ở nhóm đối tượng này. Các nghiên cứu cho thấy có 3 nhóm chính có liên quan đến trầm cảm ở người bệnh suy thận mạn có LMCK đó là: các yếu tố tâm lý cá nhân, các vấn đề thực thể và các yếu tố hành vi [5].

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Trần Trí và CS, tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh suy thận mạn LMCK là 89.33% [7]. Với mong muốn tìm hiểu về thực trạng trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người bệnh suy thận mạn LMCK ở Hải Phòng, để có kế hoạch quản lý, hỗ trợ, điều trị và chăm sóc kịp thời cho người bệnh suy thận

mạn LMCK, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm 2 mục tiêu:

- *Đánh giá thực trạng trầm cảm ở người bệnh suy thận mạn có LMCK tại Hải Phòng năm 2016.*
- *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người bệnh suy thận mạn có LMCK tại Hải Phòng năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng: Người bệnh được chẩn đoán suy thận mạn có LMCK

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh đã được chẩn đoán suy thận mạn có LMCK

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh quá mệt, không thể tham gia trả lời phỏng vấn. Người bệnh điếc, câm, rối loạn tâm thần, lú lẫn.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/4/2016 đến 15/10/2016

- Địa điểm: Khoa Thận nhân tạo- bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng.

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

2.4. Cỡ mẫu: Toàn bộ. Trong thời gian thu thập số liệu thu được 185 người bệnh suy thận mạn LMCK đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện, không xác suất

2.6. Phương pháp thu thập số liệu: sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

- Sử dụng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 18.0 để phân tích.

- Tìm yếu tố liên quan thông qua phân tích tương quan Pearson và Chi-square

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của ĐTNC

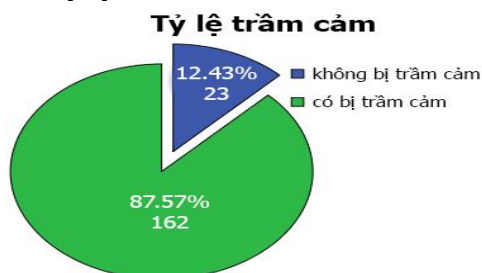
Yếu tố		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Trung bình
Tuổi	< 30	13	7.0	51.6 ± 13.9
	30- 60	114	61.6	
	>60	58	31.4	
Giới	Nữ	91	41.2	
	Nam	94	50.8	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	11	5.9	
	Đã kết hôn	151	81.6	
	Ly hôn/ Góa	23	12.5	
Học vấn	Tiểu học	5	2.7	
	Trung học cơ sở	37	20.0	
	Trung học phổ thông	73	39.5	
	Trung cấp, CĐ, ĐH	64	34.6	
	Sau ĐH	6	3.2	
Nghề nghiệp	Học sinh- SV	2	1.1	
	La động trí óc	26	14.0	

	Lao động chân tay	38	20.5	41.3± 45.9
	Thất nghiệp	63	34.1	
	Nghỉ hưu	56	30.3	
Thu nhập	Không có thu nhập	64	34.6	
	< 2 triệu	33	17.8	
	2- <5 triệu	50	27.0	
	5- 10 triệu	33	17.8	
	>10 triệu	5	2.7	
Thời gian bị bệnh	< 3 tháng	34	18.4	
	3- <12 tháng	47	25.4	
	12- <60 tháng	70	37.8	
	60- <120 tháng	25	13.5	
	≥ 120 tháng	9	4.9	
Các bệnh kèm theo	≤ 1	67	36.2	
	>1	118	63.8	
Các biến chứng	Không	30	16.2	
	Có	155	83.8	

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh là 51.59± 13.95 tuổi (thấp nhất là 21 tuổi, lớn nhất là 82 tuổi). Thời gian lọc máu của ĐTNC ít nhất là 6 ngày, nhiều nhất là 204 tháng, thời gian lọc máu trung bình là 41.3 ± 45.9 tháng.

3.2.Thực trạng trầm cảm

3.2.1. Tỷ lệ trầm cảm



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ trầm cảm

Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm

Yếu tố	Không trầm cảm	Có trầm cảm	p
Tuổi	< 30	26.1	4.3
	30- 60	39.1	64.8
	>60	34.8	30.9
Giới	Nữ	47.8	49.4
	Nam	52.2	50.6
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	17.4	4.3
	Kết hôn	65.2	84.0
	Ly hôn/Góa	17.4	11.7
Thời gian bị bệnh	< 3 tháng	0	19.1
	3- <12 tháng	30	23.5
	12- <60 tháng	50	37.7
	60- <120 tháng	10	14.8
	≥ 120 tháng	10	4.9
Các bệnh kèm theo	≤ 1	60.9	32.7
	>1	39.1	37.3
Các biến chứng	Không	43.5	12.3
	Có	56.5	87.7

Nhận xét: NB bị trầm cảm chiếm đa số (87.57%)

3.2.2. Mức độ trầm cảm

Bảng 3.2. Mức độ trầm cảm

Mức độ trầm cảm	n	%
Trầm cảm nhẹ	39	24.1
Trầm cảm vừa	83	51.2
Trầm cảm nặng	33	20.4
Trầm cảm rất nặng	7	4.3
Tổng	162	100.0

Nhận xét: Người bệnh bị trầm cảm nhẹ chiếm tỉ lệ 24,1%, trầm cảm vừa chiếm tỉ lệ cao nhất là 51.2%, trầm cảm nặng chiếm tỉ lệ 20.4%, trầm cảm rất nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất là 4.3%.

3.2.3. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm

- Các yếu tố liên quan đến trầm cảm

Nhận xét: Tuổi có liên quan đến trầm cảm ($\chi^2 = 15.8$; $p < 0.001$). Người bệnh có > 1 bệnh kèm theo có nguy cơ bị trầm cảm gấp 3 lần so với nhóm người bệnh có ≤ 1 bệnh kèm theo ($p < 0.001$; $OR = 3$; $CI: 1,3 - 7,8$). Nhóm ĐTNC bị mắc các biến chứng có nguy cơ bị trầm cảm gấp 5 lần so với nhóm ĐTNC không bị mắc các biến chứng ($p < 0.001$, $OR = 5$, $CI: 2.1 - 14$)

- Các yếu tố tương quan với trầm cảm

Bảng 3.4. Các yếu tố tương quan với trầm cảm

		TC nhẹ		TC vừa		TC nặng		TC rất nặng		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mức độ đau	Không đau	19	48.7	23	27.7	6	18.2	0	0	48	29.6
	Đau nhẹ	18	46.1	45	54.2	15	45.5	2	28.6	80	49.4
	Đau vừa	1	2.6	12	14.5	8	24.2	4	57.1	25	15.4
	Đau nặng	1	2.6	3	3.6	4	12.1	1	14.3	9	5.6
MĐ mất ngủ	Không mất ngủ	14	35.9	9	10.9	1	3.1	0	0	24	14.8
	Mất ngủ nhẹ	12	30.8	28	33.7	4	12.1	0	0	44	27.2
	Mất ngủ vừa	12	30.8	29	34.9	14	42.4	2	28.6	57	35.2
	Mất ngủ nặng	1	2.5	17	20.5	14	42.4	5	71.4	37	22.8
HTXH	HTXH thấp	1	2.6	2	2.4	5	15.1	3	42.9	11	6.8
	HTXH vừa	24	61.5	62	74.7	22	66.7	3	42.9	111	68.5
	HTXH cao	14	35.9	19	22.9	6	18.2	1	14.2	40	24.7

Bảng 3.5. Các yếu tố tương quan với trầm cảm

	Mức độ trầm cảm
Mức độ đau	Pearson: .489** Sig.: .000
Mức độ mất ngủ	Pearson: .611** Sig.: .000
Mức độ hỗ trợ xã hội	Pearson: -.284** Sig.: .000

Nhận xét: Có mối tương quan thuận giữa mức độ đau và trầm cảm ($p < 0.01$; $r = 0,489$), tương quan thuận giữa mất ngủ và trầm cảm ($p < 0,01$; $r = 0,611$). Có mối tương quan nghịch giữa sự hỗ trợ xã hội với trầm cảm ($p < 0.01$; $r = -0,284$)

V. KẾT LUẬN

4.1. Thực trạng trầm cảm. Để đánh giá trầm cảm chúng tôi xây dựng bảng câu hỏi dựa trên bảng câu hỏi Beck Depression Inventory[3]. Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ trầm cảm là 87.6% tương đương với kết quả của Trần Trí và Lê Việt Thăng khảo sát tại bệnh viện 103 năm 2011 là 89.3%[6]. Tuy nhiên kết quả này cao hơn kết quả của Chen và cộng sự (2010) là 58.5%[1], của Kao và cộng sự (2009) là 60.5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nước khác vì trầm cảm do các bệnh mạn tính do nhiều nguyên nhân gây nên. Bên cạnh đó Việt Nam là nước đang phát triển, sự nhận thức về bệnh tật cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh mạn tính còn hạn chế, thu nhập bình quân đầu người thấp, phúc lợi xã hội cũng thấp hơn nên việc đầu tư vào chăm sóc sức khỏe của cá nhân người bệnh còn hạn chế, khả năng chi trả cho dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe thấp

hơn ở các nước phát triển.

Từ bảng 3.2 cho thấy mức độ trầm cảm như sau: ĐTNC bị trầm cảm nhẹ chiếm tỉ lệ 24.1%, trầm cảm vừa chiếm tỉ lệ cao nhất là 51.2%, trầm cảm nặng chiếm tỉ lệ 20.4%, trầm cảm rất nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất là 4.3. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Makara-Studzińska và Koślak (2011) có 54,85% trầm cảm mức độ nhẹ và 28,64% trầm cảm ở mức độ trung bình[4]. Kết quả này có thể do việc phát hiện và điều trị các rối loạn có ảnh hưởng đến tình trạng và mức độ trầm cảm của người bệnh suy thận mạn có LMCK cũng không thực sự đạt kết quả tốt như mong muốn, do vậy mức độ trầm cảm nặng hơn.

4.2. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm.

Nghiên cứu tình trạng trầm cảm liên quan đến một số đặc điểm của người bệnh chúng tôi nhận thấy trầm cảm ở người bệnh suy thận mạn có LMCK có liên quan đến tuổi; không liên quan đến giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, thời gian lọc máu. Có sự tương quan giữa mức độ đau, mức độ mất ngủ, mức độ hỗ trợ xã hội với trầm cảm.

Để đánh giá mức độ hỗ trợ xã hội chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi dựa trên thang điểm của Zimet - 1988. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ hỗ trợ xã hội có tổng điểm hỗ trợ xã hội thấp nhất đạt 23 điểm, cao nhất đạt 84 điểm, điểm trung bình 52.6 ± 13.1 . Kết quả này cho thấy sự hỗ trợ xã hội đối với nhóm người bệnh nghiên cứu đạt mức trung bình và tương đương với kết quả nghiên cứu của Chen và CS năm 2010[1].

Để đánh giá mức độ đau chúng tôi sử dụng thang đo Visual Analog Scale- VAS. Nghiên cứu

của chúng tôi chỉ ra rằng người bệnh bị đau nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất 49.4% và chiếm tỉ lệ cao ở hầu hết ở các mức độ trầm cảm. Riêng người bệnh bị trầm cảm rất nặng mức độ đau vừa chiếm tỉ lệ cao nhất là 57.1%. Điều này có thể giải thích rằng, những người bệnh bị trầm cảm rất nặng thì bị đau nhiều do các bệnh hoặc các biến chứng của bệnh kèm theo. Đau về thực thể làm cho người bệnh hạn chế trong di chuyển, vận động, làm việc do vậy hạn chế trong giao tiếp, tăng sự mặc cảm và tự ti nên mức độ trầm cảm càng nghiêm trọng hơn. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Gerogianni và Babatsikou (2014) tại Hy Lạp [2].

Để đánh giá vấn đề mất ngủ, chúng tôi sử dụng thang đo Insomnia Severity Index. Kết quả cho thấy người bệnh bị trầm cảm vừa và nặng có tỉ lệ mất ngủ ở mức độ vừa là 34.9% và 42.4%. Người bệnh bị trầm cảm rất nặng có tỉ lệ mất ngủ nặng chiếm 71.4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Gerogianni và Babatsikou (2014) tại Hy Lạp chỉ ra rằng 85% người bệnh suy thận mạn có LMCK có chất lượng giấc ngủ không tốt và đây là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến trầm cảm ở người bệnh suy thận mạn có LMCK [2].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh suy thận mạn có LMCK cao 87.57%. Trong đó trầm cảm vừa chiếm tỉ lệ cao nhất là 51.2%, trầm cảm nặng

chiếm tỉ lệ 20.4%, trầm cảm rất nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất là 4.3%

Có 6 yếu tố liên quan đến trầm cảm: tuổi, các bệnh kèm theo, các biến chứng mắc phải, mức độ đau, mức độ mất ngủ, sự hỗ trợ gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen C.K et al, (2010).** Depression and suicide risk in Hemodialysis Patients with Chronic Renal Failure. *Psychosomatic*, 51(6), 528.e1- 528.e6.
2. **Gerogianni S.K and Babatsiko F.P, (2014).** Psychological aspects in chronic renal failure. *Health science journal*, 8(2), 205- 214.
3. **Karen and Autumn, (2011).** Measures of depression and depressive symptoms. *American College Rheumatology*, 63(11), s454- s466.
4. **Makara-studzińska and Koślak, (2011).** Depression symptoms among patients with endstage renal disease and among primary health care patients. *Archives of psychiatry and psychotherapy*, 3, 5–10.
5. **Ustun TB et al, (2004).** Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*, 184, 386–392
6. **Vazquez I et al, (2005).** Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res*, 14, 179–90.
7. **Trần Trí Và Lê Việt Thắng, (2011).** Đánh giá trầm cảm ở người bệnh suy thận mạn tính LMCK bằng thang điểm beck. *Tạp chí y học thực hành*, 788 (8), 93- 95.
8. **World Health Organization, (2015).** Depression. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> [accessed 28 January 2016].

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ CRP-HS VÀ ACID URIC HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN SAU GHEP THẬN

Đặng Thị Huệ*, Nguyễn Hữu Dũng**, Lê Việt Thắng***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nồng độ CRP-hs và acid urichuyết tương ở bệnh nhân sau ghép thận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 115 bệnh nhân sau ghép thận. Tất cả các bệnh nhân đều được định lượng nồng độ CRP-hs và acid uric huyết tương. **Kết quả:** Nồng độ CRP-hs huyết tương trung bình là 0,74mg/l, tỷ lệ tăng nồng độ CRP-hs là 1,7%. Phân tầng nguy cơ tim mạch, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ CRP-hs ở mức nguy cơ cao chiếm 6,1%,

mức trung bình là 38,3% và mức thấp chiếm 55,7%. Nồng độ AU huyết tương trung bình là 396,8 μ mol/l, tỷ lệ bệnh nhân tăng AU chiếm 47,0%. Có mối tương quan thuận giữa nồng độ hs-CRP và AU huyết tương, $r=0,305$, $p< 0,01$. **Kết luận:** Tăng nồng độ AU huyết tương là phổ biến, tuy nhiên nồng độ hs-CRP hiếm khi tăng ở người bệnh sau ghép thận

Từ khóa: Bệnh thận mạn giai đoạn cuối, sau ghép thận, CRP-hs huyết tương, acid uric huyết tương

SUMMARY

SURVEY ON CONCENTRATION OF PLASMA CRP-hs AND URIC ACID IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

Objectives: Determine plasma CRP-hs and uric acid (AU) level in patients after kidney transplantation. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 115 patients after kidney transplantation. All patients had done determine of plasma CRP-hs and AU level. **Results:** Median plasma CRP-hs level is 0.74 mg/L,

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

**Bệnh viện Bạch Mai

***Bệnh viện 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Dũng

Email: nhdungbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/2/2020

Ngày phản biện khoa học: 6/3/2020

Ngày duyệt bài: 20/3/2020

ratio of patients with increased CRP-hs is only 1.7%. According to cardiovascular risk stratification for level of plasma SRP-hs, the proportion of patients with high risk was 6.1%, the average was 38.3% and the low was 55.7%. Median plasma AU level is 396.8 $\mu\text{mol/l}$, ratio of patients with increased AU is 47.0%. There is a positive correlation between plasma CRP-hs and AU level, $r=0.305$, $p<0.01$. **Conclusion:** Increased plasma AU level is common, but increased plasma CRP-hs is rare in patients after kidney transplantation.

Keywords: End stage kidney disease, after kidney transplantation, Plasma CRP-hs, Plasma AU.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối có và chưa có lọc máu. Các yếu tố nguy cơ tim mạch ở người bệnh sau ghép là một vấn đề tồn tại lâu dài do đặc điểm người bệnh sau ghép cũng như tác dụng không mong muốn của thuốc chống thải ghép gây nên [1],[2]. Những yếu tố này làm gia tăng tỷ lệ mất chức năng thận ghép, tăng tần suất xuất hiện bệnh thận mạn tính sau ghép cũng như tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân này. Trong các yếu tố nguy cơ tim mạch thì viêm (đánh giá thông qua nồng độ hs-CRP) và tăng acid uric là những yếu tố nguy cơ mới nổi, có giá trị tiên lượng mất chức năng thận ghép cũng như tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sau ghép thận [3],[4],[5]. Từ những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Khảo sát nồng độ CRP-hs và acid uric huyết tương ở bệnh nhân sau ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng là 115 bệnh nhân sau ghép thận được theo dõi và điều trị tại Khoa Thận – Lọc máu, Bệnh viện 103. Thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2019 đến tháng 02/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- + Bệnh nhân ghép thận do mọi nguyên nhân
- + Thời gian sau ghép ≥ 6 tháng
- + Các bệnh nhân đều được áp dụng theo một phác đồ điều trị chống thải ghép, thiếu máu... theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt nam, cá thể hóa từng bệnh nhân.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- + Bệnh nhân bệnh gút nguyên phát trước khi ghép thận
- + Bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa
- + Bệnh nhân viêm nhiễm nặng như viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm phúc mạc
- + Bệnh nhân đang được dùng các thuốc làm giảm nồng độ acid uric máu

+ Bệnh nhân không hợp tác.

+ Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng

- Các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm: xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu các chỉ số: glucose, ure, creatinine, protein, cholesterol và triglyceride.

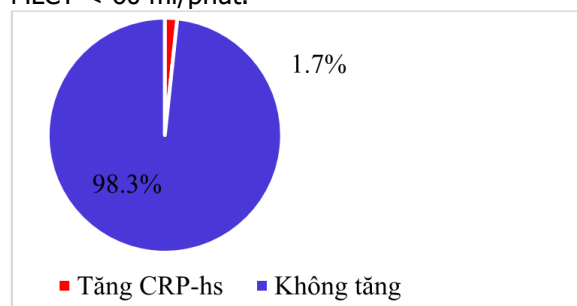
- Định lượng CRP-hs huyết tương: Lấy máu tĩnh mạch lúc đói, cùng thời điểm khi làm xét nghiệm sinh hoá khác. Định lượng hs-CRP theo nguyên lý đo độ đục phản ứng miễn dịch kháng nguyên kháng thể tăng cường trên hạt Latex. Đơn vị tính: mg/l. Chẩn đoán tăng nồng độ CRP-hs khi $> 5,0\text{mg/L}$. Phân tầng nguy cơ tim mạch dựa vào hs-CRP theo 3 mức [6]: thấp khi hs-CRP $< 1,0\text{ mg/l}$, trung bình khi hs-CRP từ 1,0 đến 3,0 mg/l và cao khi hs-CRP $> 3,0\text{ mg/l}$.

- Định lượng acid uric (AU) huyết tương: Lấy máu tĩnh mạch cùng thời điểm máu làm xét nghiệm CRP-hs. Nồng độ AU máu định lượng theo phương pháp enzyme. Chẩn đoán tăng AU ở nam khi $>420\text{ }\mu\text{mol/L}$ và nữ: $>360\text{ }\mu\text{mol/L}$.

- **Số liệu được xử lý** bằng thuật toán thống kê y sinh học theo chương trình SPSS20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình $40,33 \pm 11,29$ tuổi, tỷ lệ nam là 68,7%, nữ chiếm 31,3%, thời gian ghép thận trung bình là 29,43 tháng, MLCT trung bình là $60,97 \pm 14,93\text{ ml/phút}$, có 47,0% bệnh nhân có MLCT $< 60\text{ ml/phút}$.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tăng nồng độ CRP-hs huyết tương (n=115)

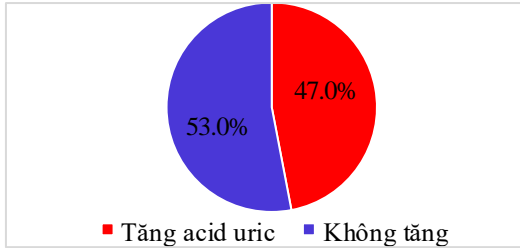
Nhận xét: Trong số 115 bệnh nhân chỉ có 1,7% bệnh nhân nồng độ CRP-hs $> 5\text{ mg/l}$.

Bảng 1. Đặc điểm nồng độ hs-CRP và AU của nhóm nghiên cứu

	Chỉ số	Giá trị
CRP-hs (mg/l)	Median (IQR)	0,74 (0,43 – 1,63)
	Min	0,04
	Max	9,97
AU	Median (IQR)	396,8 (346-478,83)

(μmol/l)	Min	208,7
	Max	836

Nồng độ CRP-hs trung bình ở mức thấp, chỉ có 0,74 mg/l. Nồng độ AU trung bình cũng mức không cao, chỉ có 396,8 μmol/l.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ tăng nồng độ AU (n=115)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ AU huyết tương khá biến chiếm 47,0%.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân theo mức độ tăng CRP-hs

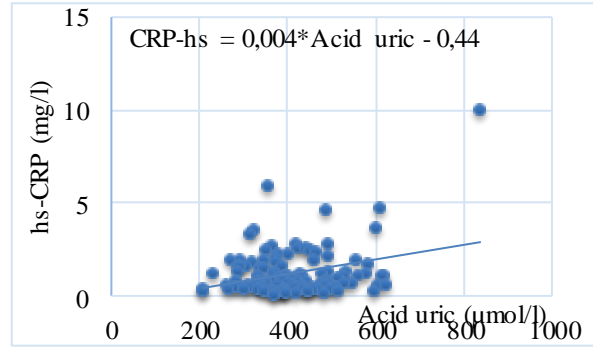
Mức độ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ thấp < 1,0 mg/l	64	55,7
Nguy cơ trung bình: 1,0 đến 3,0 mg/l	44	38,3
Nguy cơ cao: > 3,0 mg/l	7	6,1

Theo nồng độ CRP-hs, phân tầng nguy cơ tim mạch tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ thấp chiếm chủ yếu, tới 55,7%. Có 38,3% bệnh nhân có mức CRP-hs ở nguy cơ trung bình và 6,1% ở mức nguy cơ cao

Bảng 1. So sánh đặc điểm nồng độ hs-CRP ở các nghiên cứu

Nghiên cứu	Đặc điểm bệnh nhân	Nồng độ hs-CRP (mg/l)
Guida B và cộng sự [7], năm 2013	- 50 BN sau ghép thận 7,2 năm - Tuổi TB: 51, BMI trung bình 21,6	2,7 ± 2,4 mg/l
Colak H và cộng sự [8], năm 2014	- 75 bệnh nhân trong đó có 47 dùng CNI và 28 dùng m-TOR - Nhóm dung CNI tuổi TB là 40, nhóm m-TOR tuổi TB là 41 tuổi	- Nồng độ nhóm CNI 0,67 ± 1,1 mg/l - Nồng độ nhóm dùng m-TOR là 0,45 ± 0,7 mg/l
Chúng tôi năm 2020	- 115 bệnh nhân sau ghép trung bình 29 tháng, tuổi trung bình 40 tuổi, BMI trung bình 20,26	- Tỷ lệ tăng nồng độ là 1,7% - Nồng độ hs-CRP trung bình là 0,74 mg/l

CRP là một trong hơn 50 các protein được phát hiện trong đáp ứng pha cấp của cơ thể với các phản ứng viêm và hủy hoại mô, bất kể có nhiễm trùng hay không. CRP tăng trong các bệnh nhiễm trùng hoặc tự miễn khác: nhiễm kí sinh trùng, thấp khớp cấp, lupus ban đỏ hệ thống. CRP thường tăng trong các viêm nhiễm có tốc độ lắng máu tăng và mất khi bệnh khỏi hoàn toàn. Ở bệnh nhân sau ghép có những nguy cơ tim mạch còn tồn tại liên quan phản ứng viêm không nhiễm trùng như: THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu...Tuy nhiên, bệnh nhân sau ghép



Biểu đồ 3. Tương quan nồng độ CRP-hs và AU (n=115)

Nhận xét: Nồng độ hs-CRP tương quan thuận, mức độ vừa với nồng độ AU, hệ số tương quan r=0,305, p< 0,01.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nồng độ CRP-hs. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ CRP-hs trung bình là 0,74 mg/l trong mức bình thường. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng nồng độ CRP-hs chỉ là 1,7%. Khi phân tầng nguy cơ tim mạch chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ hs-CRP ở mức nguy cơ cao chiếm ít nhất chỉ là 6,1%, có 38,3% bệnh nhân ở mức tăng nguy cơ tim mạch trung bình và 55,7% nguy cơ tim mạch thấp.

thận các yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đã mất do vậy, nồng độ hs-CRP thường ở mức bình thường. Thậm chí theo phân tầng nguy cơ tim mạch chỉ có < 50% bệnh nhân sau ghép có mức hs-CRP ở phân tầng nguy cơ trung bình và cao. Điều này cho thấy việc ghép thận để điều trị thay thế thận suy mạn tính là tốt cho bệnh nhân.

2. Đặc điểm nồng độ AU

Đặc điểm nồng độ AU cho thấy có 47,0% bệnh nhân có tăng AU huyết tương, nồng độ AU huyết tương trung bình là 396,8 μmol/l, nằm trong giới hạn bình thường cho cả nam và nữ.

Bảng 2. So sánh nồng độ AU giữa các nghiên cứu

Nghiên cứu	Đặc điểm bệnh nhân	Nồng độ AU ($\mu\text{mol/l}$)
Haririan A và cộng sự [9], năm 2011	- 488 BN sau ghép thận 1 năm - Tuổi TB: 52,6, nam chiếm 63,8%, MLCT trung bình 57,2 ml/phút	Trung bình 392,7 \pm 101,15 $\mu\text{mol/l}$ Tỷ lệ tăng AU: 42,0%
Bauer F và cộng sự [10], năm 2017	- 54 bệnh nhân sau ghép thận 37,5 tháng - Tuổi TB là 52, nam chiếm 70,4%, MLCT trung bình là 40,6 ml/phút	- Nồng độ AU trung bình là 437,3 $\mu\text{mol/l}$ - Tỷ lệ BN tăng AU là 87%.
Chúng tôi năm 2020	- 115 bệnh nhân sau ghép trung bình 29 tháng, tuổi trung bình 40 tuổi, nam chiếm 68,7%, MLCT trung bình 60,97 ml/phút	- Tỷ lệ tăng nồng độ là 47,0% - Nồng độ AU trung bình là 396,8 $\mu\text{mol/l}$

Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Haririan A và cộng sự [9]. Acid uric máu là một chất chuyển hoá, có vai trò trong cơ chế bệnh sinh bệnh gout, trong quá trình viêm và tiên lượng bệnh nhân ở nhiều bệnh lý khác nhau. Acid uric là một chất thừa, sản phẩm của chuyển hóa tự nhiên trong cơ thể. Tăng acid uric là yếu tố nguy cơ cho bệnh tim mạch và là yếu tố nguy cơ độc lập của tử vong tim mạch. Mỗi liên quan giữa acid uric và biến cố tim mạch theo hình chữ J, trong đó phần thấp nhất là ở tứ phân vị thứ hai. Điều này có thể được giải thích bởi khi nồng độ acid uric quá thấp thì tác dụng chống oxy hóa giảm cũng sẽ gây biến cố tim mạch, còn khi nồng độ acid uric quá cao sẽ ảnh hưởng lên mạch máu và huyết áp gây biến cố tim mạch (vì acid uric có tác dụng chống oxy hoá). Lý giải cho việc tăng nồng độ AU trong nghiên cứu này, chúng tôi cho rằng AU xuất hiện trên bệnh nhân sau ghép với sự xuất hiện của các yếu tố nguy cơ tim mạch khác như THA, ĐTĐ và rối loạn lipid máu. Mặt khác giảm MLCT, tổn thương thận ghép là những nguyên nhân gây tăng AU ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi.

3. Mỗi liên quan giữa CRP-hs với AU. Mặc dù tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ hs-CRP huyết tương chỉ có 1,7%, tuy nhiên tỷ lệ tăng AU ở nhóm bệnh nhân lên tới 47,0%, chúng tôi vẫn thực hiện xem xét mối tương quan giữa 2 đại lượng này. Kết quả cho thấy hs-CRP có mối tương quan thuận, mức độ vừa có ý nghĩa với $r=0,305$, $p < 0,01$. Như vậy, hs-CRP tăng tuyến tính với nồng độ AU ở người bệnh sau ghép thận. Vai trò của hs-CRP và AU đã được xem như các yếu tố nguy cơ tim mạch độc lập của nhiều đối tượng bệnh nhân mắc các bệnh lý khác nhau bao gồm cả THA, bệnh mạch vành [8] và bây giờ thấy cả ở bệnh nhân sau ghép thận. Các yếu tố nguy cơ tim mạch thường có liên quan với nhau, ít khi một yếu tố nguy cơ xuất hiện, thường các yếu tố nguy cơ cùng xuất hiện trên người bệnh. Mỗi liên quan giữa tăng AU và viêm được đề cập ở nhiều nghiên cứu trước đó. Các

cơ chế tăng axit uric máu bao gồm viêm trung gian, gây rối loạn chức năng tế bào nội mô, kích thích tăng sinh cơ trơn mạch máu và tăng stress oxy hóa. Tăng axit uric máu thực nghiệm có thể dẫn đến tăng huyết áp, hội chứng chuyển hóa và tổn thương thận.

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ CRP-hs huyết tương trung bình là 0,74mg/l, tỷ lệ tăng nồng độ CRP-hs là 1,7%. Phân tầng nguy cơ tim mạch, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ CRP-hs ở mức nguy cơ cao chiếm 6,1%, mức trung bình là 38,3% và mức thấp chiếm 55,7%.

+ Nồng độ AU huyết tương trung bình là 396,8 $\mu\text{mol/l}$, tỷ lệ bệnh nhân tăng AU chiếm 47,0%.

- Có mối tương quan thuận giữa nồng độ hs-CRP và AU huyết tương, $r=0,305$, $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ballesteros F, Allard J, Durand C, et al. (2017).** Kidney Transplant Recipients' Perspectives on Cardiovascular Disease and Related Risk Factors After Transplantation: A Qualitative Study. *Transplant Direct*. 2017 May 12;3(6):e162. doi: 10.1097/TXD.0000000000000679. eCollection.
- Rahamimov R, van Dijk TY, Molcho M, et al. (2019).** Acute Kidney Injury and Long-Term Risk for Cardiovascular Events in Patients after Kidney Transplantation. *Kidney Blood Press Res*. 2019;44(5):1149-1157.
- Seifert ME, Mannon RB. (2015).** Modernization of Chronic Allograft Injury Research: Better Biomarkers, Better Studies, Better Outcomes. *Clin Transpl*. 2015;31:211-225.
- Seifert ME, Yanik MV, Feig DI, et al. (2018).** Subclinical inflammation phenotypes and long-term outcomes after pediatric kidney transplantation. *Am J Transplant*. 2018 Sep;18(9):2189-2199.
- Folkmane I, Tzivian L, Folkmane E, et al. (2020).** Predictors of Hyperuricemia after Kidney Transplantation: Association with Graft Function. *Medicina (Kaunas)*. 2020 Feb 25;56(3). pii: E95. doi: 10.3390/medicina56030095.
- Roberts W.L. (2004).** CDC/AHA Workshop on Markers of Inflammation and Cardiovascular Disease: Application to Clinical and Public Health Practice: laboratory tests available to assess inflammation--performance and standardization: a background paper. *Circulation*. 2004;110:e572-6.

7. **Guida B, Cataldi M, Maresca ID, et al. (2013).** Dietary Intake as a Link Between Obesity, Systemic Inflammation, and the Assumption of Multiple Cardiovascular and Antidiabetic Drugs in Renal Transplant Recipients. *Biomed Res Int*, 2013, 363728, DOI: 10.1155/2013/363728.
8. **Colak H, Sert I, Kurtulmus Y, et al. (2014).** The Relation Between Serum Testosterone Levels and Cardiovascular Risk Factors in Patients With Kidney Transplantation and Chronic Kidney Disease, *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 25 (5), 951-9.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG KIẾT SỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG NĂM 2019

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Nguyễn Bảo Trân¹,
Nguyễn Thị Minh Ngọc¹, Phạm Thị Thu Trang¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang mô tả nhằm mục đích nghiên cứu các yếu tố liên quan đến tình trạng kiệt sức của điều dưỡng lâm sàng tại bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng. Bộ công cụ nghiên cứu bao gồm hai bộ, bộ thứ nhất đánh giá tình trạng kiệt sức gồm 16 câu. Bộ thứ hai khảo sát các yếu tố môi trường làm việc gồm 28 câu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ điều dưỡng bị kiệt sức cao là 18.2%, trung bình là 32.7% và thấp là 49%. Theo đặc điểm cá nhân, yếu tố ảnh hưởng nhiều đến tình trạng kiệt sức của điều dưỡng là số ngày trực trong tuần ($\beta = 0.49$; $p = 0.001$). Theo môi trường làm việc, yếu tố ảnh hưởng lớn nhất đến tình trạng kiệt sức của điều dưỡng là khối lượng công việc và được trao quyền với kết quả lần lượt là $\beta = 0.34$; $p = 0.002$; $\beta = -0.30$; $p = 0.015$. Yếu tố làm tăng hiệu quả công việc của điều dưỡng là được trao quyền và sự ghi nhận, trong đó yếu tố được trao quyền giúp cho hiệu quả công việc tăng cao nhất.

Từ khóa: Kiệt sức, yếu tố liên quan, điều dưỡng lâm sàng.

SUMMARY

BURNOUT AND RELATED FACTORS OF CLINICAL NURSES IN VIET TIEP GENERAL HOSPITAL HAI PHONG VIETNAM, 2019

This research aimed to study factors related to burnout state of clinical nurses in Viet Tiep general hospital. A descriptive design was conducted using cross-sectional survey. 385 Vietnamese nurses working at 800 beds of general hospital had been attended and questionnaire was hand-divided directly. Two sets of questionnaire were used in this study, the first set assesses the exhaustion of 16 items, the second set examines working environment elements including 28 items. The study results show that the rate of nursing with high exhaustion is 18.2%, average is 32.7% and low is 49%. According to individual characteristics, the factor that affect the

exhaustion of nursing is the number of days being on duty in a week ($\beta = 0.49$; $p = 0.001$). Age groups and children do not affect the exhaustion of nursing. According to the working environment, the most influential factor on the exhaustion of nursing is the workload and empowerment with $\beta=0.34$; $p = 0.002$; $\beta = -0.30$; $p=0.015$ respectively. Factors that increase the effectiveness of nursing work are empowerment and recognition, in which empowerment factor mostly help increase the efficiency of work.

Keywords: Burnout, related factors, clinical nurses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ "burnout" được nhà tâm lý học người Mỹ Freudenberger đưa ra vào năm 1974 [1]. Ông sử dụng nó để mô tả hậu quả của việc căng thẳng nghiêm trọng và kiệt sức là một khái niệm trong căng thẳng nghề nghiệp. Bởi vì "burnout" được xem là một khái niệm về căng thẳng nghề nghiệp, ngoài ra căng thẳng trong công việc có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe tinh thần, hành vi, thể chất cũng như tâm lý của con người. Do những tác động này, có rất nhiều nghiên cứu đã được thực hiện tại Việt Nam với các lĩnh vực khác nhau như tâm lý học, y học và ở nhiều đối tượng khác nhau như công nhân, giáo viên.

Nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà (2006) trên 811 nhân viên y tế cho thấy 10,7% có điểm stress ở mức cao; 37,9% có điểm stress ở mức trung bình và 51,4% có điểm stress ở mức thấp. Trong số nhân viên y tế có biểu hiện stress (48,6%), nhóm bác sĩ có biểu hiện stress ở mức độ cao nhất (12,9%), cao hơn so với nhóm điều dưỡng và hộ lý [2]. Nghiên cứu của Lê Thành Tài (2008) cho thấy nhân viên điều dưỡng bị stress nghề nghiệp tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ, bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ và bệnh viện đa khoa Châu Thành - Hậu Giang: 45,2% bị stress ở mức cao, 42,8% ở mức trung bình [3].

Ở Việt Nam các nghiên cứu áp dụng một số thang đo khác nhau để đánh giá mức độ căng

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: ntthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3/2/2020

Ngày phản biện khoa học: 28/2/2020

Ngày duyệt bài: 16/3/2020

thăng. Hầu hết các nghiên cứu áp dụng DASS để tiến hành nghiên cứu [3]. Trên thế giới, để đánh giá tình trạng căng thẳng công việc, một số thang đo được khuyến nghị như JCQ (Job Content Questionnaire của Karasek [2], hay thang đo Maslach Burnout Inventory (MBI) có ba phiên bản MBI-HSS, MBI-ES và MBI-GS. MBI-GS là thang được sử dụng rộng rãi để nghiên cứu tình trạng kiệt sức trên nhiều môi trường làm việc và văn hóa khác nhau. Ngoài ra, trên thế giới có rất nhiều đề tài nghiên cứu sử dụng bộ công cụ AWS (Area of Worklife Survey: khảo sát các yếu tố môi trường làm việc) để đánh giá các yếu tố liên quan đến tình trạng căng thẳng của đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên, hai bộ MBI-GS và AWS chưa được ứng dụng trong nghiên cứu về căng thẳng nghề nghiệp tại Việt Nam. Do đó, nghiên cứu này là nghiên cứu đầu tiên ứng dụng hai thang đo để đánh giá các yếu tố liên quan đến tình trạng "burnout" tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu. Điều dưỡng viên lâm sàng bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng từ 10/2018 – 4/2019.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Là Điều dưỡng viên đang công tác ít nhất 1 năm tại các khoa thuộc khối nội, khối ngoại, khối chuyên khoa lẻ bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Điều dưỡng viên trong thời gian thử việc

2.2. Phương pháp

- **Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu** Chọn mẫu toàn bộ theo tiêu chuẩn lựa chọn: thu được 385 phiếu hợp lệ.

- Thu thập số liệu

Bộ công cụ nghiên cứu gồm 3 phần:

- **Phần 1:** bộ câu hỏi nhân khẩu học liên quan đến thông tin đối tượng nghiên cứu: tuổi, tình

trạng hôn nhân, con cái, thời gian công tác, nơi làm việc, chức vụ, trình độ chuyên môn và thời gian trực trong tuần.

- **Phần 2:** bộ câu hỏi nghiên cứu tình trạng kiệt sức Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) của Maslach 1996. Bộ câu hỏi bao gồm 16 câu chia làm 3 mục: mệt mỏi (5 câu); hoài nghi (5 câu); hiệu quả công việc (6 câu) sử dụng thang điểm Likert 7 điểm (không bao giờ, rất hiếm khi, hiếm khi, thỉnh thoảng, thường xuyên, rất thường xuyên, luôn luôn) theo thứ tự điểm từ 0 đến 6. Mức đánh giá điểm riêng theo từng mục. Bộ MBI-GS đã được tác giả Nguyễn Thị Thu Hương dịch sang tiếng Việt và chuẩn hóa [4].

- **Phần 3:** bộ câu hỏi AWS (Area of Worklife Survey) khảo sát các yếu tố môi trường làm việc gồm 28 câu bao gồm sáu mục: khối lượng công việc (5 câu), kiểm soát công việc (4 câu), sự ghi nhận (4 câu), tương tác cộng đồng (5 câu), sự công bằng (6 câu) và giá trị bản thân (4 câu) sử dụng thang đo Likert 5 điểm (hoàn toàn không đồng ý, không đồng ý, khó có thể quyết định, đồng ý, hoàn toàn đồng ý). Mức đánh giá điểm riêng theo từng mục. Bộ AWS đã được tác giả Nguyễn Thị Thu Hương dịch sang tiếng Việt và chuẩn hóa [4].

- Đã kiểm tra độ tin cậy của bộ công cụ phù hợp với nghiên cứu này.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 nhập và phân tích số liệu

- Sử dụng hồi quy đa biến để khảo sát các yếu tố liên quan đến tình trạng kiệt sức của ĐD

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện và các Khoa phòng liên quan. Điều dưỡng tự nguyện tham gia, trả lời phỏng vấn và được giải thích về đề tài nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	N	%	Đặc điểm	N	%
Tuổi			Trình độ chuyên môn		
20 – 29	210	54.5	Điều dưỡng đại học	60	15.5
30 – 39	90	23.4	Điều dưỡng cao đẳng	131	34.1
> 39	85	22.1	Điều dưỡng trung cấp	194	50.4
Tổng	385	100	Tổng	385	100
Nơi làm việc			Tình trạng hôn nhân		
Khoa ngoại	158	41.1	Đã kết hôn	296	76.9
Khoa nội	149	38.7	Chưa kết hôn	89	23.1
Chuyên khoa lẻ	78	20.2	Tổng	385	100
Tổng	385	100	Con cái		
Thâm niên công tác (năm)			Đã có con	275	71.4

1 – 5	187	48.6	Chưa có con	110	28.6
6 – 10	88	22.8	Tổng	385	100
11 – 15	65	16.9	Số ngày trực/tuần		
.> 15	45	11.7	0 ngày	18	4.7
Tổng	385	100	1 ngày	28	7.3
Chức vụ			2 ngày	271	70.4
Điều dưỡng viên	367	95.3	> 2 ngày	68	17.6
Điều dưỡng trưởng	18	4.7	Tổng	385	100
Tổng	385	100			

Bảng 1 trình bày kết quả đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu. Nhóm tuổi từ 20 – 29 chiếm tỉ lệ cao nhất trong các nhóm với tỉ lệ 54.5% trong khi đó thì nhóm trên 39 tuổi có tỉ lệ thấp nhất 22.1%. Độ tuổi trung bình 33.21 (SD: 8.12). Số năm điều dưỡng công tác trung bình là 9.06 năm, đa số điều dưỡng làm việc trong thời gian từ 1 – 5 năm chiếm 48.6%. Khoảng thời gian công tác lâu dài trên 15 năm chiếm tỉ lệ thấp nhất 11.7%. Đa số điều dưỡng có trình độ trung cấp chiếm tỉ lệ 50.4% cao gấp 3 lần trình độ đại học (15.5%). Trong đó điều dưỡng có trình độ cao đẳng chiếm tỉ lệ 34.1%. Phần lớn ĐD đã kết hôn và có con chiếm tỉ lệ trên 70%. Số ĐD trực 2 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 70.4%.

Bảng 2: Tỉ lệ kiệt sức của đối tượng nghiên cứu (N=385)

Mức độ kiệt sức	N	%
Kiệt sức		

Thấp	189	49.1
Trung bình	126	32.7
Cao	70	18.2
Hoài nghi		
Thấp	191	49.6
Trung bình	121	31.4
Cao	73	19.0
Hiệu quả công việc		
Thấp	176	45.7
Trung bình	112	29.0
Cao	97	25.3

Bảng 2 trình bày tỉ lệ kiệt sức của đối tượng nghiên cứu theo từng mức độ thấp, trung bình và cao. Kết quả cho thấy, tỉ lệ ĐD kiệt sức cao chiếm khoảng 18%. Tỉ lệ ĐD có sự hoài nghi cao về công việc chỉ chiếm 19%. Trong khi đó, ĐD có tỉ lệ hiệu quả công việc thấp lại chiếm tỉ lệ cao gần 50%, hiệu quả công việc cao ở đối tượng này chỉ chiếm 25.3%.

Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến tình trạng kiệt sức của ĐD theo đặc điểm nhân khẩu học

	Kiệt sức		Hoài nghi		Hiệu quả công việc	
	β	p	β	p	β	p
Tuổi						
Tình trạng hôn nhân					0.13	0.026
Con cái						
Năm công tác					0.12	0.013
Nơi làm việc			0.17	0.001	0.11	0.004
Chức vụ			0.14	0.038	-0.26	0.001
Số ngày trực/tuần	0.49	0.001	0.24	0.002	-0.18	0.004
Trình độ chuyên môn			-0.18	0.009		
Tổng R ²	0.18		0.25		0.27	
Tổng R ² hiệu chỉnh	0.15		0.20		0.21	

* Stepwise Multiple Regression

Bảng 3 cho thấy các yếu tố tác động đến tình trạng kiệt sức theo đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu. Kết quả cho thấy yếu tố tuổi và con cái không phải là nguyên nhân dẫn đến tình trạng kiệt sức của Điều dưỡng. Các yếu tố còn lại ảnh hưởng một phần hoặc toàn bộ đến tình trạng kiệt sức của đối tượng nghiên cứu. Đặc biệt, số ngày trực trong tuần ảnh hưởng đến cả ba yếu tố của tình trạng kiệt sức, trong đó tác động nhiều nhất đến mức kiệt sức ($\beta = 0.49$).

Bảng 4: Các yếu tố liên quan đến tình trạng kiệt sức của ĐD theo môi trường làm việc

	Kiệt sức		Hoài nghi		Hiệu quả công việc	
	β	p	β	p	β	p
Khối lượng công việc	0.34	0.002	0.15	0.005	-0.31	0.04
Được trao quyền	-0.30	0.015	-0.24	0.01	0.23	0.001
Sự ghi nhận					0.15	0.024

Tương tác cộng đồng					0.12	0.023
Sự công bằng	-0.26	0.03	-0.17	.007		
Thương hiệu bệnh viện			-.14	.038		
Tổng R ²		.51		.35		.45
Tổng R ² hiệu chỉnh		.46		.29		.39

* Stepwise Multiple Regression

Bảng 4 cho thấy các yếu tố tác động đến tình trạng kiệt sức theo môi trường làm việc của đối tượng nghiên cứu. Các yếu tố của môi trường làm việc như khối lượng công việc, được trao quyền ảnh hưởng lớn đến tình trạng kiệt sức khi hệ số beta có ý nghĩa ở cả ba mục đánh giá tình trạng kiệt sức, trong đó khối lượng công việc có hệ số beta lớn nhất ở mục kiệt sức ($\beta = 0.34$). Yếu tố ảnh hưởng mạnh đến hiệu quả công việc là yếu tố được trao quyền khi hệ số beta cao nhất so với các yếu tố khác ($\beta = 0.23$). Các yếu tố tương tác cộng đồng hay thương hiệu bệnh viện có chỉ số ảnh hưởng thấp đến ba mục của kiệt sức.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đa số ĐD ở độ tuổi dưới 30, trình độ trung cấp cũng như thời gian công tác dưới 5 năm chiếm tỉ lệ cao, nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thành Tài (2008) [3]. Gần một nửa số ĐD trong nghiên cứu có trình độ trung cấp tương ứng với kết quả của một số nghiên cứu khác [2], [3].

Nghiên cứu về các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến tình trạng kiệt sức của ĐD, kết quả cho thấy, thời gian trực trong tuần có ảnh hưởng lớn đến tình trạng kiệt sức của ĐD. Kết quả chỉ ra rằng số ngày trực tăng một ngày thì tình trạng kiệt sức tăng 49% và sự hoài nghi tăng 24% nhưng hiệu quả công việc giảm đến 18%. Các ĐD làm sàng phải trực 24 giờ theo quy định và ngày hôm sau được nghỉ. Trên thực tế, chỉ có hai ĐD trực vào ban đêm trong khi đó số lượng bệnh nhân luôn thay đổi trong khoa. Khi số lượng bệnh nhân cao và nhân viên điều dưỡng không đủ, quá tải công việc và dẫn đến kiệt sức [2]. Như vậy, kiệt sức nhiều hơn dễ dẫn đến giảm hiệu quả chuyên môn. Các ĐD làm nhiệm vụ theo ca cũng được thấy có tình trạng căng thẳng và kiệt sức. ĐD làm ở bệnh viện tuyến dưới và không phải trực ít bị căng thẳng và mệt mỏi hơn so với bệnh viện tuyến trên [3]. Vì vậy, nên bố trí số lượng nhân viên ĐD phù hợp ở mỗi bộ phận hoặc điều chỉnh lịch làm việc theo ca để ngăn ngừa tình trạng kiệt sức và mệt mỏi dẫn đến hiệu quả công việc không cao. Trong khi đó, chức vụ, năm công tác, tình trạng hôn nhân, trình độ chuyên môn không ảnh hưởng nhiều đến tình trạng kiệt sức của đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên, ở nghiên cứu này thì yếu tố tuổi

và con cái không ảnh hưởng đến tình trạng kiệt sức. Một nghiên cứu khác ở Iran chỉ ra rằng, tuổi có mối liên quan với tình trạng kiệt sức nhưng không có mối liên quan đến hiệu quả công việc [5].

Môi trường làm việc có ảnh hưởng khá lớn đến tình trạng kiệt sức của ĐD. Đặc biệt, khối lượng công việc và được trao quyền là hai yếu tố có mức độ tác động nhiều nhất dẫn đến tình trạng kiệt sức của ĐD khi hai yếu tố này đều ảnh hưởng đến cả ba mục đánh giá tình trạng kiệt sức. Khi khối lượng công việc tăng dẫn đến tình trạng kiệt sức tăng khoảng 30%, sự hoài nghi về công việc tăng 15% nhưng hiệu quả công việc lại bị giảm 31%. Ngược lại, khi ĐD được trao quyền nhiều hơn thì tỉ lệ kiệt sức và sự hoài nghi lại giảm, hiệu quả công việc tăng lên. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Maslach năm 2001, nghiên cứu cho thấy khối lượng công việc là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tình trạng kiệt sức, sự trao quyền không phù hợp hay ĐD không đủ quyền kiểm soát các nguồn lực cần thiết để thực hiện công việc theo cách mà họ tin là hiệu quả nhất là yếu tố tác động lên hiệu quả công việc chưa được tốt [8]. Sự ghi nhận của đồng nghiệp, lãnh đạo cũng là yếu tố tác động đến hiệu quả công việc ở đối tượng này, khi ĐD cảm thấy mình được ghi nhận thì họ có hiệu quả công việc cao hơn, ngoài ra sự hỗ trợ, giúp đỡ của đồng nghiệp cũng giúp nâng cao hiệu quả công việc [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang trên 385 điều dưỡng lâm sàng tại bệnh viện Việt Tiệp năm 2019 cho thấy rằng, các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng kiệt sức chủ yếu do thời gian trực trong tuần kéo dài, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác cũng như nơi làm việc chỉ tác động một phần đến tình trạng kiệt sức. Bên cạnh đó, thì khối lượng công việc và được trao quyền là hai yếu tố ảnh hưởng mạnh mẽ đến tình trạng kiệt sức của điều dưỡng. Từ kết quả này gợi ý cho các nhà quản lý có cái nhìn tổng quan về tình trạng kiệt sức của đối tượng điều dưỡng và có các chính sách hay cách giải quyết phù hợp nhằm ngăn ngừa tình trạng này nhằm nâng cao hiệu quả công việc trong công tác chăm sóc bệnh nhân của khối điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Depression:** what is burnout? <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279286/> updated on January 12, 2017.
- 2. Stress nghề nghiệp:** <http://nioeh.org.vn/tam-sinh-ly-lao-dong-ecgonomi/stress-nghe-nghiep-o-nhan-vien-y-te>. Received on July 6, 2017.
- 3. Lê Thành Tài, Trần Ngọc Xuân, Trần Trúc Linh.** Tình hình stress nghề nghiệp của nhân viên điều dưỡng. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, 2008; 12(4): 1-7
- 4. Nguyen HTT, Kitaoka K, et al.** Burnout Study of Clinical Nurses in Vietnam: Development of Job Burnout Model Based on Leiter and Maslach's Theory. Asian Nursing Research 2018; 12(1): 42-49
- 5. Shahriari M, Shamali M, Yazdannik A.** The relationship between fixed and rotating shifts with job burnout in nurses working in critical care areas. Iran Journal Nursing Midwifer 2014; 19(4):360-65.
- 6. Wu S, Zhu W, Wang Z, et al.** Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. Journal of Advance Nursing 2007; 59(3): 233-39.
- 7. Xie Z, Wang A, Chen B.** Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. Journal of Advance Nursing 2011; 67(7):1537-546.
- 8. Maslach C, Wilma BS, Michale PL.** Job burnout. Annual Review Psychology 2001; 52: 397-422.

LIÊN QUAN NỒNG ĐỘ CRP-HS VÀ ACID URIC HUYẾT TƯƠNG VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN SAU GHEP THẬN

Nguyễn Hữu Dũng*, Đặng Thị Huệ**, Lê Việt Thắng ***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan nồng độ CRP-hs và Acid Uric (AU) huyết tương với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở người bệnh sau ghép thận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 115 bệnh nhân sau ghép thận. Tất cả các bệnh nhân đều được định lượng nồng độ CRP-hs và AU huyết tương và xác định mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch như: tuổi cao, thừa cân béo phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và đái tháo đường. **Kết quả:** Nồng độ hs-CRP ở mức phân tầng nguy cơ tim mạch cao và trung bình gặp ở nhóm bệnh nhân thừa cân béo phì; THA; có ĐĐT nhiều gấp 2,974; 4,537; 8,4 lần so với nhóm bệnh nhân không có đặc điểm trên, $p < 0,05$. Ngược lại, không thấy mối liên quan giữa acid uric máu với các yếu tố nguy cơ tim mạch như: tuổi cao, thừa cân béo phì, rối loạn lipid máu, THA và ĐĐT. **Kết luận:** Nồng độ hs-CRP liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân sau ghép thận.

Từ khóa: Ghép thận, CRP-hs huyết tương, AU huyết tương, tăng huyết áp, đái tháo đường.

SUMMARY

RELATION TO CONCENTRATION OF PLASMA CRP-hs, ACID URIC AND SOME CARDIOVASCULAR RISK FACTORS OF KIDNEY TRANSPLANTED PATIENTS

Objectives: Investigation of the relationship between plasma levels of CRP-hs and AU with some cardiovascular risk factors in patients after kidney transplantation. **Subjects and methods:** A cross-

sectional study on 115 patients after kidney transplantation. All of the patients were quantified with plasma levels of CRP-hs, AU and determine the relationship with some cardiovascular risk factors such as: old age, overweight, obesity, dyslipidemia, hypertension and diabetic mellitus. **Results:** CRP-hs levels at high and moderate levels of cardiovascular risk were found in patients with overweight and obese; hypertension; diabetes more than 2,974; 4,537; 8.4 times higher than those of the patients without the above characteristics, $p < 0.05$. In contrast, there was no relationship between blood uric acid and cardiovascular risk factors such as old age, overweight, obesity, dyslipidemia, hypertension and diabetes. **Conclusion:** CRP-hs levels are associated with many cardiovascular risk factors in patients after kidney transplantation.

Keywords: Kidney transplantation, plasma CRP-hs, plasma AU, hypertension, diabetic mellitus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các yếu tố nguy cơ tim mạch ở người bệnh sau ghép thận là một vấn đề tồn tại lâu dài do đặc điểm người bệnh sau ghép cũng như tác dụng không mong muốn của thuốc chống thải ghép gây nên [1],[2]. Protein phản ứng C là một marker viêm liên quan đến quá trình xơ vữa mạch máu, liên quan đến quá trình viêm ở nhiều bệnh lý như đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thận mạn tính. Cũng như protein phản ứng C, acid uric máu ngày càng được nghiên cứu nhiều và được xem như một yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ tim mạch cũng như tỷ lệ sống còn ở các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính. Một số nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa acid uric máu với tình trạng xơ vữa mạch máu và tăng yếu tố viêm trong đó có protein phản ứng C ở bệnh nhân tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu

*Bệnh viện Bạch Mai

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

***Bệnh viện 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Dũng

Email: nhdungbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/2/2020

Ngày phản biện khoa học: 5/3/2020

Ngày duyệt bài: 20/3/2020

cục bộ mạn tính, bệnh nhân bệnh thận mạn tính bao gồm cả bệnh nhân ghép thận [3],[4],[5]. Có mối liên quan giữa CRP, AU và một số yếu tố nguy cơ tim mạch khác ở bệnh nhân sau ghép thận hay không còn là vấn đề chưa rõ. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Xác định mối liên quan nồng độ CRP-hs, AU huyết tương với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân sau ghép thận điều trị tại Bệnh viện Quân y 103.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng là 115 bệnh nhân sau ghép thận được theo dõi và điều trị tại Khoa Thận -Lọc máu, Bệnh viện Quân y 103. Thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2019 đến tháng 02/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- + Bệnh nhân ghép thận do mọi nguyên nhân
- + Thời gian sau ghép ≥ 6 tháng
- + Các bệnh nhân đều được áp dụng theo một phác đồ điều trị chống thải ghép, thiếu máu...theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt nam, cá thể hóa từng bệnh nhân.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- + Bệnh nhân bệnh gút nguyên phát trước khi ghép thận
- + Bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa
- + Bệnh nhân viêm nhiễm nặng: viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, viêm phúc mạc

- + Bệnh nhân đang được dùng các thuốc làm giảm nồng độ acid uric máu
- + Bệnh nhân không hợp tác.
- + Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang nhóm bệnh nhân nghiên cứu
- Bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng
- Các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm: xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu các chỉ số: glucose, ure, creatinine, protein, cholesterol và triglyceride, hs-CRP và acid uric máu.

- Phân tầng nguy cơ tim mạch dựa vào hs-CRP theo 3 mức [6]: thấp khi hs-CRP < 1,0 mg/l, trung bình khi hs-CRP từ 1,0 đến 3,0 mg/l và cao khi hs-CRP > 3,0 mg/l.

- Xác định tăng AU ở nam khi > 420 µmol/L và nữ >360 µmol/L.

- Xác định các yếu tố nguy cơ tim mạch khác gồm: tuổi cao ≥ 60 tuổi, thừa cân béo phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và đái tháo đường.

- Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học theo chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình 40,33 ± 11,29 tuổi, tỷ lệ nam là 68,7%, nữ chiếm 31,3%, thời gian ghép thận trung bình là 29,43 tháng. Phân tầng nguy cơ tim mạch, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ CRP-hs ở mức nguy cơ cao chiếm 6,1%, mức trung bình là 38,3% và mức thấp chiếm 55,7%. Bệnh nhân tăng AU chiếm 47,0%.

Bảng 1: Nồng độ hs-CRP, AU theo tuổi

		< 30 tuổi (n=28)	30 đến < 60 (n=81)	≥ 60 tuổi (n=6)	p
CRP-hs (mg/l)	Trung vị	0,77(0,45 – 1,1)	0,71(0,33 – 1,67)	1,42(0,8 – 2,46)	> 0,05
	Nguy cơ cao và trung bình	12 (42,9)	35 (43,2)	4 (66,7)	> 0,05
	Nguy cơ thấp	16 (57,1)	46 (56,8)	2 (33,3)	
AU (µmol/l)	Trung vị	381,89 (337,89 – 453,32)	397,4 (342,96 – 481,96)	439,88 (373,92 – 501,66)	> 0,05
	Tỷ lệ tăng	12 (42,9)	38 (46,9)	4 (66,7)	> 0,05

- Không có mối liên quan giữa tuổi với nồng độ hs-CRP và AU

Bảng 2. Liên quan giữa nồng độ hs-CRP, AU với thừa cân và béo phì

		≥ 23 (n=18)	< 23 (n=97)	p, OR
CRP-hs (mg/l)	Trung vị	1,06(0,75 – 1,94)	0,7(0,37 – 1,55)	> 0,05
	Nguy cơ cao và trung bình	12 (66,7)	39 (40,2)	p< 0,05 OR = 2,974
	Nguy cơ thấp	6 (33,3)	58 (59,8)	
AU (µmol/l)	Trung vị	382,05 (356,17 – 439,23)	400,75 (338,41 – 485,89)	> 0,05
	Tỷ lệ tăng	7 (38,9)	47 (48,5)	p> 0,05 OR = 0,677

- Nhóm bệnh nhân thừa cân béo phì có tỷ lệ bệnh nhân có mức hs-CRP ở mức nguy cơ trung bình và cao là cao hơn nhóm bệnh nhân không thừa cân béo phì là 2,974 lần, p< 0,05.

- Không thấy mối liên quan giữa nồng độ AU với BMI

Bảng 3. Liên quan giữa nồng độ hs-CRP, AU với R lipid máu

		Có RLLP máu (n=84)	Không RLLP máu (n=31)	p, OR
CRP-hs (mg/l)	Trung vị	0,96(0,46 – 1,64)	0,52(0,33 – 1,56)	> 0,05
	Nguy cơ cao và trung bình	41 (48,8)	10 (32,3)	p> 0,05 OR = 2,002
	Nguy cơ thấp	43 (51,2)	21 (67,7)	
AU (µmol/l)	Trung vị	408,36 (359,38 – 489,65)	369,39 (303,52 – 439,3)	< 0,05
	Tỷ lệ tăng	42 (50)	12 (38,7)	p> 0,05 OR = 1,583

- Không có mối liên quan giữa nồng độ hs-CRP với tình trạng có hay không rối loạn lipid máu.
- Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu có nồng độ AU cao hơn nhóm không rối loạn, p< 0,05.

Bảng 4. Liên quan giữa nồng độ hs-CRP, AU với THA

		Có THA (n=103)	Không THA (n=12)	p, OR
CRP-hs (mg/l)	Trung vị	0,89 (0,45 – 1,8)	0,49 (0,31 – 0,9)	< 0,05
	Nguy cơ cao và trung bình	49 (47,6)	2 (16,7)	p< 0,05 OR = 4,537
	Nguy cơ thấp	64 (52,4)	10 (83,3)	
AU (µmol/l)	Trung vị	394,9 (343 – 477,43)	408,2 (346,19 – 507,27)	> 0,05
	Tỷ lệ tăng	49 (47,6)	5 (41,7)	p> 0,05 OR = 1,27

- Nhóm bệnh nhân THA có nồng độ hs-CRP cao hơn có ý nghĩa, tỷ lệ bệnh nhân có mức hs-CRP ở mức nguy cơ trung bình và cao là cao hơn nhóm bệnh nhân không THA là 4,537 lần, p< 0,05.
- Không có mối liên quan giữa nồng độ AU và tình trạng có hay không THA ở bệnh nhân sau ghép thận.

Bảng 5. Liên quan giữa nồng độ hs-CRP, AU với tình trạng đái tháo đường

		Có ĐTD (n=7)	Không ĐTD (n=108)	p, OR
CRP-hs (mg/l)	Trung vị	1,94(1,33 – 5,88)	0,71(0,38 – 1,54)	< 0,01
	Nguy cơ cao và trung bình	6 (85,7)	45 (41,7)	p< 0,05 OR = 8,4
	Nguy cơ thấp	1 (14,3)	63 (58,3)	
AU (µmol/l)	Trung vị	402,5 (349,84 – 533,07)	395,85 (340,69 – 477,88)	> 0,05
	Tỷ lệ tăng	3 (42,9)	51 (47,2)	p> 0,05 OR = 0,838

- Nhóm bệnh nhân ĐTD có nồng độ hs-CRP cao hơn có ý nghĩa, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ hs-CRP mức nguy cơ cao và trung bình cao hơn nhóm không ĐTD là 8,4 lần, p< 0,05.
- Không có mối liên quan giữa nồng độ AU máu với tình trạng ĐTD ở bệnh nhân sau ghép thận.

IV. BÀN LUẬN

- Liên quan với tuổi: Nhóm người cao tuổi > 60 tuổi thường cấu trúc mạch máu sẽ thay đổi làm mạch máu cứng hơn, kèm theo gia tăng tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch [2]. Kết quả của chúng tôi cho thấy nồng độ AU trung bình ở nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên là cao nhất, thấp nhất là nhóm < 30 tuổi, tỷ lệ tăng AU ở nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên cũng cao hơn 2 nhóm tuổi trẻ hơn. Như vậy, AU tăng dần theo tuổi bệnh nhân sau ghép thận. Tương tự như AU, nồng độ hs-CRP ở nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên cũng cao hơn cả về giá trị trung bình và tỷ lệ so với nhóm bệnh nhân tuổi thấp hơn. Những cả AU, hs-CRP chúng tôi chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa. Lý giải cho điều này chúng tôi cho rằng, nghiên cứu thực hiện trên bệnh nhân sau ghép, chỉ có 6 bệnh nhân trong tổng số 115 bệnh nhân

có tuổi từ 60 trở lên, do vậy sự chênh lệch số bệnh nhân các nhóm tuổi quá lớn dẫn đến khi so sánh chưa thấy sự khác biệt.

- Liên quan với RLLP máu, thừa cân béo phì: Ở bệnh nhân RLLP máu, chúng tôi chỉ thấy liên quan đến tăng nồng độ AU máu, chưa thấy liên quan với hs-CRP. AU máu có tương quan thuận mức độ không chặt với nồng độ LDL-C ở bệnh nhân sau ghép thận. Thừa cân, béo phì cũng là yếu tố nguy cơ tim mạch ở người bình thường cũng như bệnh nhân mắc bệnh mạn tính. Trong nghiên cứu chúng tôi cũng chưa thấy mối liên quan giữa AU, hs-CRP với thừa cân béo phì, điều này có lẽ do số lượng bệnh nhân thừa cân béo phì không nhiều và mức bệnh nhân chỉ là thừa cân [4],[5].

- Liên quan với tăng huyết áp: Chúng tôi nhận thấy, không có mối liên quan giữa THA với

nồng độ AU máu ở bệnh nhân sau ghép thận, tuy nhiên bệnh nhân THA có nồng độ hs-CRP trung bình cao hơn, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ hs-CRP ở mức nguy cơ tim mạch cao và trung bình cao nhóm bệnh nhân có mức hs-CRP ở mức nguy cơ tim mạch thấp 4,537 lần, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tăng huyết áp được coi là một trong những yếu tố nguy cơ chính cho sự phát triển của các bệnh tim mạch và mạch máu não, đóng một vai trò quan trọng trong sự phát triển của chứng xơ vữa động mạch, cũng như điều chỉnh hình học của tâm thất trái dẫn đến tăng độ dày thành và khối tim [7]. Protein phản ứng C độ nhạy cao là một dấu hiệu viêm thường được xem xét trong mối liên quan với bệnh tim mạch. Nó có thể liên quan đến các tình trạng viêm mạn tính, chẳng hạn như xơ vữa động mạch và sau khi điều chỉnh các yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim mạch, bệnh nhân có nồng độ CRP cao, có nguy cơ cao bị nhồi máu cơ tim cấp. Bên cạnh sự gia tăng, dấu ấn sinh học này cũng có liên quan đến sự gia tăng nguy cơ tim mạch ở những bệnh nhân mắc bệnh thành lập và sự xuất hiện của biến cố mạch máu đầu tiên. Những sự thật này cho thấy hs-CRP có giá trị trong phòng ngừa tiên phát và thứ phát và dự phòng. Đối với bệnh nhân bệnh tim mạch, việc đánh giá điểm đánh dấu này có thể giúp đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh, hiệu quả điều trị và tiên lượng bệnh nhân [8]. Tăng huyết áp có liên quan đến chứng xơ vữa động mạch dẫn đến tổn thương mạch máu. Nó được chứng minh rõ ràng rằng có một mối quan hệ giữa sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của tổn thương động mạch và hs-CRP, và được biết rằng gần một nửa nhồi máu có thể xảy ra ở những bệnh nhân không bị rối loạn lipid máu [8]. Vì những lý do này, có mối liên quan giữa nồng độ hs-CRP và THA cũng như một số rối loạn chuyển hoá khác như: rối loạn lipid máu, hội chứng chuyển hoá...

- Liên quan với đái tháo đường: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân ĐTĐ có nồng độ hs-CRP cao hơn, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ hs-CRP ở mức nguy cơ tim mạch cao và trung bình cao hơn nhóm bệnh nhân không ĐTĐ, $p < 0,05$. Trong một số nghiên cứu, đã được báo cáo rằng có một mối tương quan giữa nồng độ CRP huyết thanh và microalbumin niệu ở bệnh nhân ĐTĐ. Những quan sát này cho thấy tình trạng viêm cấp thấp, được phản ánh bởi nồng độ hs-CRP huyết thanh cao, có thể đóng vai trò trong việc gây ra microalbumin niệu, có thể được coi là yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch [5],[7],[8]. Những

cơ sở này minh chứng kết quả nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với cơ chế sinh học phân tử giữa viêm và ĐTĐ cũng như việc khác biệt nồng độ AU cũng như hs-CRP ở nhóm BN ĐTĐ và không ĐTĐ.

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ hs-CRP ở mức phân tầng nguy cơ tim mạch cao và trung bình gặp ở nhóm bệnh nhân thừa cân béo phì; THA; có ĐTĐ nhiều gấp 2,974; 4,537; 8,4 lần so với nhóm bệnh nhân không có đặc điểm trên, $p < 0,05$. Không thấy mối liên quan giữa hs-CRP với tuổi cao, rối loạn lipid máu.

- Không thấy mối liên quan giữa acid uric máu với các yếu tố nguy cơ tim mạch như: tuổi cao, thừa cân béo phì, rối loạn lipid máu, THA và ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ballesteros F, Allard J, Durand C, et al. (2017).** Kidney Transplant Recipients' Perspectives on Cardiovascular Disease and Related Risk Factors After Transplantation: A Qualitative Study. *Transplant Direct*. 2017 May 12;3(6):e162. doi: 10.1097/TXD.0000000000000679. eCollection.
2. **Rahamimov R, van Dijk TY, Molcho M, et al. (2019).** Acute Kidney Injury and Long-Term Risk for Cardiovascular Events in Patients after Kidney Transplantation. *Kidney Blood Press Res*. 2019;44(5):1149-1157.
3. **Seifert ME, Yanik MV, Feig DI, et al. (2018).** Subclinical inflammation phenotypes and long-term outcomes after pediatric kidney transplantation. *Am J Transplant*. 2018 Sep;18(9):2189-2199.
4. **Folkmane I, Tzivian L, Folkmane E, et al. (2020).** Predictors of Hyperuricemia after Kidney Transplantation: Association with Graft Function. *Medicina (Kaunas)*. 2020 Feb 25;56(3):pii: E95. doi: 10.3390/medicina56030095.
5. **Swastini DA, Wiryanthini IAD, Ariastuti NLP, et al. (2019).** Atherosclerosis Prediction with High Sensitivity C-Reactive Protein (hs-CRP) and Related Risk Factor in Patient with Dyslipidemia. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019 Nov 14;7(22):3887-3890.
6. **Roberts W.L. (2004).** CDC/AHA Workshop on Markers of Inflammation and Cardiovascular Disease: Application to Clinical and Public Health Practice: laboratory tests available to assess inflammation--performance and standardization: a background paper. *Circulation*. 2004;110:e572-6.
7. **Tofano RJ, Barbalho SM, Bechara MD, et al. (2017).** Hypertension, C Reactive Protein and Metabolic Profile: What is the Scenario in Patients Undergoing Arteriography? *J Clin Diagn Res*. 2017 Aug;11(8):BC19-BC23.
8. **Furuhashi M, Saitoh S, Shimamoto K, et al. (2015).** Fatty Acid-Binding Protein 4 (FABP4): pathophysiological insights and potent clinical biomarker of metabolic and cardiovascular diseases. *Clin Med Insights Cardiol*. 2015;8(Suppl III): 23-33.

VIÊM TỦY NGANG KÉO DÀI VÀ MÀNG NÃO DO LAO: ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG VÀ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ- BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Văn Tuấn*, Bùi Văn Tuấn*, Hoàng Tiến Ưng*

TÓM TẮT

Lao hệ thần kinh trung ương chiếm khoảng 1% trong tất cả các trường hợp lao, trong đó viêm cột sống do lao là phổ biến nhất, tiếp theo là viêm màng cứng, viêm màng não. Viêm màng não kết hợp viêm tủy ngang do lao rất hiếm gặp, biểu hiện lâm sàng nặng, bao gồm các nhóm triệu chứng nhiễm độc lao, triệu chứng viêm màng não và triệu chứng tổn thương tủy sống. Liệt 2 chi dưới hoặc liệt tứ chi là triệu chứng quan trọng giúp định khu tổn thương tủy sống, hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) cho thấy tổn thương dạng viêm lan tỏa dọc tủy sống. Chúng tôi thông báo 2 ca lâm sàng tuổi trẻ bị lao màng não, được chẩn đoán muộn có tổn thương tủy do lao. Điều trị phác đồ III A 2RHZE/10RHE, kết hợp liệu pháp corticoid tĩnh mạch giai đoạn tấn công. Đáp ứng điều trị tốt với trực khuẩn lao, nhưng triệu chứng tổn thương tủy ít phục hồi, người bệnh bị tàn phế nặng.

Từ khóa: Viêm tủy ngang, lao hệ thần kinh TW

SUMMARY

LONGITUDINALLY EXTENSIVE TRANSVERSE MYELITIS AND MENINGITIS DUE TO TUBERCULOSIS. DIAGNOSIS OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM LESIONS AND TREATMENT – REPORT 2 CASES

Central nervous system tuberculosis accounts for about 1% of all tuberculosis cases, tuberculous spondylitis is the most common, followed by scleritis, meningitis. Meningitis associated with Longitudinally extensive transverse myelitis due to tuberculosis, which is very rare, severe clinical manifestations, including symptoms of tuberculosis toxicity, symptoms of meningitis and symptoms of spinal cord injury. The lower limbs or quadriplegic paralysis is an important symptom that helps to locate diagnosing the spinal cord injury, magnetic resonance imaging (MRI) shows diffuse inflammatory lesions along the spinal cord. We report 2 clinical cases of young meningococcal tuberculosis, diagnosed late with extensive transverse myelitis due to tuberculosis. Treatment of III A 2RHZE / 10RHE regimen, combined with phase-attack intravenous corticoid therapy. Good treatment response to tubercle bacilli, but transverse myelitis symptoms are less restored, patients are severely disabled.

Keywords: Transverse myelitis, CNS tuberculosis.

**Bệnh viện 103, Học viện Quân y*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: nguyentuan.35.1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/2/2020

Ngày phản biện khoa học: 18/3/2020

Ngày duyệt bài: 25/3/2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tủy ngang kéo dài được đặc trưng bởi các tổn thương viêm tiếp giáp của tủy sống kéo dài đến trên ba đoạn đốt sống. Nguyên nhân của viêm tủy ngang hay gặp hơn là viêm tủy thị thần kinh, nhiễm trùng, viêm não lan tỏa cấp tính và các bệnh tự miễn. Viêm tủy ngang do vi khuẩn Mycobacterium, loại vi khuẩn gây bệnh lao là nguyên nhân rất hiếm gặp [2], [3]. Tổn thương hệ thần kinh trung ương (CNS) do lao có bệnh cảnh lâm sàng rất nặng nề, được ghi nhận từ 5 - 10% các trường hợp mắc lao ngoài phổi và chiếm khoảng 1% trong tất cả các trường hợp mắc lao [2], [4]. Theo phân loại lao hệ thần kinh trung ương của Ravindra K. G. (1999), gồm lao nội sọ với lao màng não, lao não, lao mạch máu và áp xe não; và lao ở tủy sống gồm chứng liệt do phá hủy cột sống của Pott, bệnh lao cột sống không xâm lấn và viêm màng não cột sống do lao [2].

Trong những năm gần đây trên thế giới ngày càng có thêm công bố về ca bệnh viêm tủy ngang kéo dài do lao, qua đó cho thấy mối liên hệ tiềm năng giữa nhiễm trùng lao và viêm dọc tủy ngang. Một nghiên cứu kiểm soát bệnh lao được tiến hành bởi Zatzirua và cộng sự ở Nam Phi cho thấy sự liên quan của Lao phổi và viêm tủy thị thần kinh (viêm tủy và dây thần kinh thị giác) [5], [6]. Việt Nam là đất nước có tỷ lệ người mắc lao cao, với gần 126.000 ca mắc lao được phát hiện năm 2018 [1]. Tuy nhiên, chưa có số liệu cụ thể về tỷ lệ lao hệ thần kinh trung ương, đặc biệt chưa thấy có báo cáo nào về viêm tủy ngang do trực khuẩn lao được công bố. Vì vậy trong bài báo này chúng tôi báo cáo 2 trường hợp được chẩn đoán và điều trị lao màng não sớm, nhưng phát hiện khá muộn về viêm tủy ngang kéo dài kết hợp do vi khuẩn lao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Hai ca bệnh bị viêm tủy ngang kéo dài và màng não do lao được điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian 2018-2019.

- Ca bệnh thứ nhất: Bệnh nhân nam, 23 tuổi, đột ngột khởi phát bệnh cách đây 2 năm (6/2018) với biểu hiện sốt nhẹ về chiều, sau đó sốt cao, kèm theo liệt 4 chi, đại tiểu tiện khó

khăn. Sau đó bệnh nhân rối loạn ý thức, đau đầu nhiều và nôn.

- Ca bệnh thứ nhất: Bệnh nhân nam, 20 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, biểu hiện bệnh từ tháng 7/2019 với biểu hiện sốt về chiều, sau vài ngày đau đầu nhiều, nôn, liệt hai chân, rối loạn ý thức, đại tiểu tiện không tự chủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả từng ca bệnh.
- Khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào và sinh hóa dịch não tủy, định khu tổn thương và đánh giá đáp ứng điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

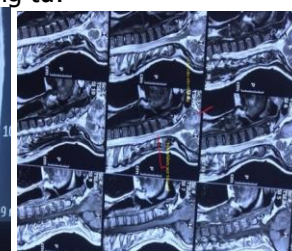
3.1. Ca bệnh thứ nhất. Bệnh nhân đã được khám lâm sàng; xét nghiệm tế bào và sinh hóa dịch não tủy; nuôi cấy BK ở môi trường lỏng; xét nghiệm AFB, PCR và Xpert MTB/RIF lao ở dịch não tủy. Chụp MRI sọ não sau 2 tuần không thấy tổn thương nhu mô não. Chẩn đoán xác định viêm màng não do lao, điều trị theo phác đồ III A 2RHZE/10RHE của Bộ y tế (Isoniazid = H, Rifampicin = R, Pyrazinamid = Z, Streptomycin = S, Ethambutol = E). Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng dùng RHZE kết hợp tiêm Streptomycin và corticosteroid liều 2mg/kg cân nặng, giảm dần trong tháng đầu tiên; giai đoạn duy trì 3 thuốc RHE kéo dài 10 tháng. Quá trình điều trị lao theo phác đồ và đúng thời gian, tri giác người bệnh trở lại bình thường, hết sốt, thể trạng tốt lên và khỏi lao. Tuy nhiên, nhiều triệu chứng thần kinh nặng không hồi phục. Người bệnh vẫn liệt hoàn toàn hai chân với sức cơ liệt độ 0/5 theo MRC (Hội đồng y học Anh) và liệt hai tay độ 2/5; mất cảm giác nông và cảm giác sâu từ bờ xương đòn xuống cả thân người, hai chân và hai tay. Đồng thời rối loạn tăng tiết mồ

hôi nhiều từ xương đòn xuống hai tay và toàn thân, mồ hôi hay ra tự nhiên rất nhiều lần trong ngày; đại tiện thường táo bón và tiểu tiện không tự chủ. Bệnh nhân không có khả năng tự vận động và di chuyển, không thể tự ngồi dậy, không thể ngồi độc lập, không thể tự làm vệ sinh cá nhân như tắm rửa, đánh răng và không thể tự ăn uống.

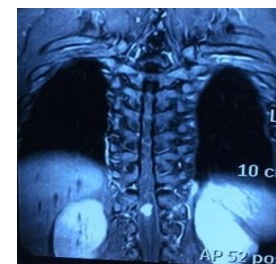
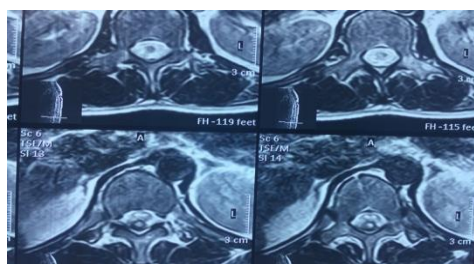
Bệnh nhân đến Khoa phục hồi chức năng - Bệnh viện Quân y 103 sau 18 tháng mắc bệnh, được thăm khám kỹ lưỡng, chẩn đoán định khu lâm sàng bệnh nhân liệt tứ chi do tổn thương tủy cổ ở người lao màng não. Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu trong giới hạn bình thường. Chụp X Quang phổi thấy nhu mô phổi bình thường; X Quang cột sống cho thấy hình thể cột sống cổ, ngực và cột sống thắt lưng bình thường, không có lún hoặc xẹp đốt sống. Trên phim cộng hưởng từ (MRI) cột sống cổ - ngực cho thấy (chụp sau 18 tháng bị bệnh), từ vùng cầu não xuống toàn bộ tủy sống là hình ảnh tăng tín hiệu không đồng nhất trên ảnh T2 và Flair, nhu mô tủy không đồng nhất, viền tủy không rõ nét; đặc biệt đoạn tủy D10 - D11 tăng khẩu kính, bờ viền khá rõ, tăng nhiều tín hiệu trên T2 và ngấm thuốc đối quang từ.



Hình ảnh MRI: viêm xơ hóa lan tỏa dọc tủy ngực



Hình ảnh viêm xơ hóa ở cầu não, tủy cổ



Hình ảnh MRI: tăng tín hiệu trên T2 và Flair, giảm tín hiệu T1 lan tỏa không thuần nhất dọc tủy cổ đến phình thắt lưng tăng. Đoạn D10 - D11 có khối tăng tín hiệu rõ nét, kích thước 28 X 34mm ngấm thuốc đối quang từ.

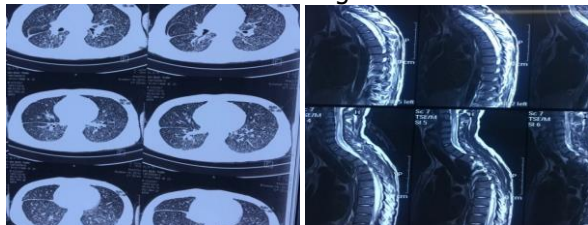
Qua hội chẩn đã xác định bệnh nhân bị liệt tứ chi, hai chân dưới liệt cứng hoàn toàn, hai tay liệt mức độ nặng (độ 2/5), rối loạn tăng tiết mồ hôi nhiều, rối loạn cơ vòng, suy dinh dưỡng và loét vùng mông. Về chức năng thì người bệnh

ảnh hưởng nghiêm trọng, không tự di chuyển được, không tự chăm sóc được bản thân, phải nhờ sự giúp đỡ hoàn toàn ở người khác. Người bệnh được tập vận động, chú trọng cải thiện chức năng hai tay và tư thế ngồi, điện xung điều

chính rối loạn thần kinh thực vật.

Sau hai tháng phục hồi chức năng theo kế hoạch, sức cơ hai tay cải thiện rõ rệt (liệt độ 4/5), chức năng bàn tay cải thiện, đã điều khiển được xe lăn, tự ngồi dậy được, ngồi vững vàng trên xe lăn, tự làm được một số công việc trong sinh hoạt và vệ sinh cá nhân; đồng thời hết rối loạn tiết mồ hôi, rối loạn cơ vòng cải thiện, thể trạng và tinh thần chung tốt hơn. Như vậy đạt được mục tiêu là cải thiện sức cơ và chức năng hai tay, hết các biểu hiện rối loạn tăng tiết mồ hôi.

3.2. Ca bệnh thứ hai. Bệnh nhân đã được khám lâm sàng có hội chứng màng não, liệt 2 chi dưới độ 0/5, liệt 2 tay độ 3/5, rối loạn cơ vòng, rối loạn cảm giác toàn thân; xét nghiệm tế bào và sinh hóa dịch não tủy; nuôi cấy BK ở môi trường lỏng, xét nghiệm AFB, PCR và Xpert MTB/RIF lao ở dịch não tủy tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Phổi Trung ương. Chụp MRI sọ não thấy có chấm viêm nhỏ rải rác hai bán cầu. Chẩn đoán xác định Lao kê và Lao não màng não, điều trị phác đồ III A 2RHZE/10RHE của Bộ y tế. Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng dùng RHZE kết hợp tiêm Streptomycin và corticosteroid liều 2mg/kg cân nặng, giảm dần trong tháng đầu tiên. Sau 3 tháng điều trị tích cực lao màng não, bệnh ổn định giai đoạn cấp, hết sốt; X quang phổi, xét nghiệm máu và vi khuẩn lao trở về bình thường.



Hình ảnh CT scanner:
lao kê nhu mô phổi

MRI cột sống ngực:
hình ảnh viêm
lan tỏa dọc tủy

Bệnh nhân vào Khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Quân y 103 điều trị tiếp, trong tình trạng ý thức tỉnh, trí nhớ bình thường, đại tiểu tiện không tự chủ, tăng tiết mồ hôi nhiều toàn thân người, thể trạng suy mòn, gầy yếu. Sức cơ tay bậc 3/5, sức cơ chân bậc 0/5; giảm cảm giác nông, cảm giác sâu 2 tay, giảm cảm giác nông, sâu từ dưới bờ sớ xuống 2 chân, giảm trương lực cơ toàn thân. Ảnh hưởng chức năng di chuyển và vận động, có khả năng tự ngồi dậy độc lập và di chuyển từ giường ra xe lăn; có thể tự làm vệ sinh cá nhân như tắm rửa, đánh răng, có thể tự ăn uống, chăm sóc bản thân. Chúng tôi khám lâm sàng thần kinh, xác định bệnh nhân có tổn thương tủy ngực đoạn D7-D8, tiến hành chụp

MRI cột sống ngực. Hình ảnh cho thấy toàn bộ tủy ngực có tăng tín hiệu nhẹ trên T2 và Flair, khẩu kính tủy tăng nhẹ, dọc thân tủy bờ không rõ nét, tín hiệu tủy không đều, không thấy ổ khu trú. Kết luận hình ảnh viêm tủy ngực lan tỏa không đặc hiệu. Người bệnh vẫn duy trì uống thuốc điều trị lao (RHE), đảm bảo dinh dưỡng và đồng thời làm phục hồi chức năng. Tập vận động toàn thân, chú trọng tập vận động trị liệu tứ chi dưới, hoạt động trị liệu hai tay; điện xung điều chỉnh rối loạn thần kinh thực vật. Sau 30 ngày trị liệu kết hợp, sức khỏe bệnh nhân tốt hơn, sức cơ hai tay gần trở lại bình thường, đã tự xúc cơm, đánh răng được và vận hành xe lăn được; triệu chứng tăng tiết mồ hôi do rối loạn thần kinh thực vật cải thiện rất tốt.

IV. BÀN LUẬN

Theo thống kê của tổ chức y tế thế giới năm 2011, trong số ước tính hằng năm trên toàn cầu là 8,7 triệu ca mắc lao, lao thần kinh chiếm 1%. Lao cột sống biểu hiện các tổn thương khác nhau, viêm cột sống do lao là phổ biến nhất (60%), tiếp theo là viêm màng cứng (20%), viêm màng não (12%) và tổn thương tủy sống (8%). Lao màng não là dạng phổ biến nhất của tổn thương nội sọ. Lâm sàng của lao tủy sống giống với u tủy sống. Viêm tủy lao là tương đối hiếm gặp, cơ chế bệnh sinh khác thường, có thể do nhiễm khuẩn lao hoặc do tự miễn dịch [9].

Trong 2 ca bệnh báo cáo, có đặc điểm chung đều là nam giới, tuổi phát bệnh trẻ (20 và 21 tuổi), tiền sử khỏe mạnh; diễn biến khá cấp tính với sốt, đau đầu, rối loạn ý thức, liệt tứ chi không đều, 2 chân hoàn toàn, hai tay liệt nhẹ hơn. Sự khác nhau đó là ca thứ 2 có lao phổi thể lao kê, diễn biến cấp tính và nặng nề hơn. Như vậy, cả hai đều được chẩn đoán chính xác và điều trị lao màng não theo phác đồ của III A của Bộ y tế, có dùng corticoid và tiêm Streptomycin. Mặt khác giai đoạn đầu cả hai bệnh nhân đều được phát hiện có lao màng não, nhưng lại chưa được phát hiện ngay là có tổn thương ở tủy sống. Sau điều trị 20 tháng và 5 tháng theo dõi, cả hai đều ổn định toàn thân, kiểm soát tốt bệnh lao, ý thức tỉnh. Tuy nhiên cả hai bệnh nhân không có dấu hiệu phục hồi liệt chi dưới (liệt độ 0/5), người bệnh không thể tự di chuyển, phải di chuyển bằng xe lăn; hai chi trên phục hồi tốt, bệnh nhân thứ hai hồi phục gần hoàn toàn về chức năng. Đặc biệt triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật với chứng tăng tiết mồ hôi nặng được điều trị khỏi.

Theo Yu Zhang và CS (2018), của bệnh viện đại học Jilin, Changchun – Trung Quốc. Ca thứ

nhất là một phụ nữ 20 tuổi, có tiền sử lao phổi, liệt 2 chân 3/5, tê và đau ở chân tay. Hình ảnh MRI tủy sống cổ và lồng ngực cho thấy tổn thương tăng tín hiệu trên T2 và Flair kéo dài từ C3 đến T8. Chẩn đoán viêm tủy thị thần kinh do lao, điều trị với methylprednisolone 500 mg/3ngày, duy trì nửa liều trong 3 ngày tiếp theo. Kết quả lâm sàng tốt, hết liệt, thang điểm đánh giá mức độ tàn phế EDSS (The Expanded Disability Status Scale) cải thiện từ 6,5 giảm đến 0 điểm sau 12 tháng theo dõi, phim MRI cột sống tủy thấy giảm tổn thương có ý nghĩa [7]. Bệnh nhân thứ 2 là nữ giới 21 tuổi, có tiền sử bệnh lao phổi mà không được điều trị, bị tê ở tứ ngực xuống hai chi dưới, liệt hai chân độ 4/5 MRC. Hình ảnh MRI tủy cổ và lồng ngực cho thấy tín hiệu tăng âm lan tỏa kéo dài từ C3 đến T11 trên xung T2, Flair và tín hiệu giảm âm trên hình ảnh T1W. Sau 3 tháng kết hợp điều trị thuốc chống lao kết hợp liệu pháp corticoid, bệnh nhân hết liệt, điểm EDSS từ 4,5 giảm xuống 0 điểm [7].

Thật vậy, các ca bệnh được mô tả trên thế giới có điểm trung với 2 ca bệnh trong nghiên cứu này, đó là gặp ở tuổi trẻ (<30 tuổi), liệt 2 chi dưới, có tổn thương dạng viêm tủy kéo dài trên phim MRI cột sống [4], [5], [8], [9]. Tuy nhiên 2 ca bệnh của chúng tôi đều có liệt cả hai tay, viêm màng não và viêm não (rối loạn ý thức, hội chứng màng não); ca thứ nhất không thấy tổn thương phổi, ca thứ hai có lao kê ở phổi. Như vậy 2 ca bệnh của nghiên cứu này có bệnh cảnh lâm sàng nặng hơn, tổn thương lan tỏa hệ thần kinh trung ương từ màng não xuống tủy sống. Kết quả điều trị khỏi bệnh lao, nhưng triệu chứng thần kinh khu trú (liệt 4 chi) ít cải thiện, đặc biệt ở chi dưới, rối loạn thần kinh thực vật nặng và rối loạn cơ vòng. Các ca bệnh trên thế giới công bố có sự phục hồi thần kinh tốt hơn, có thể do không có tổn thương màng não kết hợp, được chẩn đoán điều trị sớm hơn và có thể chiến lược điều trị corticoid tốt hơn. Bệnh nhân chúng tôi có rối loạn ý thức giai đoạn đầu, đó có thể là lý do các bác sĩ khó phát hiện các triệu chứng tổn thương tủy sống kết hợp do lao. Mặt khác, ở Việt Nam thường phát hiện hạ liệt do lao thân đốt sống phá hủy gây chèn ép tủy, hiếm có thông báo hoặc nghiên cứu nào về viêm tủy ngang kéo dài do lao. Đây có thể là lý do các bác sĩ chuyên về phổi bỏ sót các tổn thương thần kinh khu trú như viêm tủy ngang ở nghiên cứu này.

Qua nghiên cứu y văn và các ca bệnh được thông báo, chúng tôi thấy rằng để phát hiện ra những trường hợp bệnh lao phức tạp như trên

thì cần phải thực hiện như sau: Thứ nhất phải khám lâm sàng hết sức kỹ lưỡng, phát hiện ra hội chứng màng não, tổn thương thần kinh sọ não, xác định liệt tứ chi hoặc hai chi dưới không. Thứ hai là cần thực hiện các xét nghiệm đầy đủ để xác định có nhiễm trực khuẩn lao ở phổi, hoặc lao màng não, hoặc lao ở nơi chỗ khác. Thứ 3 phải chụp MRI sọ não, cột sống cổ và toàn bộ tủy sống để tìm tổn thương dạng viêm hoặc các củ lao. Về mặt điều trị, phải tuân thủ theo phác đồ chống lao của tổ chức Y tế thế giới và Việt Nam, nên chỉ định điều trị sớm liệu pháp corticoid và đường dùng, để giúp phục hồi tổn thương thần kinh trung ương do trực khuẩn lao. Đồng thời cần tiến hành phục hồi chức năng sớm và đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Viêm tủy sống kết hợp viêm màng não do trực khuẩn lao là rất hiếm gặp, bệnh cảnh lâm sàng nặng và phức tạp với biểu hiện của hội chứng nhiễm độc lao cấp tính, các hội chứng của tổn thương thần kinh trung ương. Chẩn đoán tổn thương hệ thần kinh cần khám định khu thần kinh, xét nghiệm dịch não tủy, kết hợp chụp cộng hưởng từ cả sọ não và tủy sống. Điều trị theo phác đồ lao và cần nhắc liệu pháp corticoid trong giai đoạn tấn công như bệnh tự miễn. Phục hồi chức năng sớm, kiên trì giúp cải thiện các chức năng vận động, rối loạn thần kinh thực vật do lao tủy sống kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng lao. Ban hành Quyết định số: 4263/QĐ-BYT ngày 13 tháng 10 năm 2015.
- A Cherian and SV Thomas .** Central nervous system tuberculosis. Afr Health Sci. 2011 Mar; 11(1): 116-127.
- Helen Nightingale, Jonathan Witherick, and Alastair Wilkins.** Diagnosis of longitudinally extensive transverse myelitis. BMJ Case Rep. 2011.
- Tobin WO,** Weinschenker BG, Lucchinetti CF. Longitudinally extensive transverse myelitis. Curr Opin Neurol. 2014 Jun;27(3):279-89.
- Sahu SK, et al.** Longitudinal extensive transverse myelitis due to tuberculosis: a report of four case. J Postgrad Med. 2014 Oct-Dec;60(4):409-12.
- Jain RS, Kumar S, Tejwani S.** A rare association of tuberculous longitudinally extensive transverse myelitis (LETM) with brain tuberculoma. Springerplus. 2015 Sep 4;4:476.
- Yu Zhang, MD, et al.** Longitudinally extensive transverse myelitis with pulmonary tuberculosis, Two case reports. Medicine (Baltimore). 2018 Jan; 97(3): e9676.
- Alberto Ortega-Rosales et al.** A rare neurological complication of tuberculosis: Transverse myelitis, Published online 2019 May 24.

TỐI ƯU QUY TRÌNH ONE-STEP REALTIME RT-PCR ĐỊNH LƯỢNG HBV-RNA HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN VI RÚT B MẠN TÍNH

Hoàng Xuân Cường¹, Đỗ Như Bình^{1,2}, Đỗ Tuấn Anh^{1,2};
Hoàng Vũ Hùng^{1,2}, Đào Văn Thắng^{1,2}, Trần Việt Tiến^{1,2}

TÓM TẮT

Nhiễm vi rút viêm gan B (Hepatitis B virus - HBV) là một vấn đề y tế toàn cầu và bệnh gan do nhiễm mạn tính HBV vẫn là gánh nặng khổng lồ đối với toàn xã hội. Hiện nay, các loại thuốc kháng vi rút tương tự nucleoside như Lamivudin, Adefovir, Telbivudine... chỉ ức chế quá trình phiên mã ngược tổng hợp DNA của HBV nhưng không ảnh hưởng đến quá trình tổng hợp RNA tiền thể gen (pregenomic RNA) và các loại RNA thông tin khác từ cccDNA. Do vậy, cần thiết phải định lượng HBV-RNA trong huyết thanh bên cạnh HBV-DNA, góp phần đánh giá hiệu quả điều trị và kiểm soát tận gốc vi rút viêm gan B. Quy trình onestep realtime - RT - PCR định lượng HBV-RNA huyết thanh máu ngoại vi xây dựng được có độ nhạy của là 10² copies/ml và khoảng tuyến tính là 10³ đến 10⁷ copies/ml với hệ số hồi quy là R² = 0,9556.

Từ khóa: Vi rút viêm gan B; RNA tiền thể gen; DNA mạch vòng kín

SUMMARY

OPTIMIZING ONE-STEP REALTIME RT-PCR METHOD FOR SERUM HBV-RNA QUANTIFICATION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B

Hepatitis B virus (HBV) infection is a global health problem and chronic hepatitis B infection is still a huge burden for worldwide. Currently, nucleoside analog antiviral drugs such as Lamivudin, Adefovir, Telbivudine... only inhibit reverse transcription synthesis of HBV-DNA but do not affect the synthesis of pregenomic RNA (pgRNA) and other types of messenger RNA from cccDNA. Therefore, it is necessary to quantify HBV-RNA in serum besides HBV-DNA, contributing to assessing the effectiveness of treatment and radical control of the hepatitis B virus. Onestep realtime RT - PCR protocol for serum HBV - RNA quantitative was optimized that has a sensitivity of 10² copies/ml and a linear range of 10³ to 10⁷ copies/ml with a regression coefficient of R² = 0.9556.

Keywords: Hepatitis B virus; pregenomic RNA; covalently closed circular DNA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam nằm trong khu vực có tỉ lệ lưu hành HBV trong cộng đồng vào loại cao nhất trên thế giới [1], [2]. Hiện nay, để điều trị bệnh viêm gan mạn tính, ở nước ta hiện thường sử dụng các loại

thuốc kháng vi rút tương tự nucleoside như Lamivudin, Adefovir, Telbivudine, Entecavir và Tenofovir. Tuy nhiên, một trong những vấn đề của các loại thuốc tương tự nucleoside là chỉ ức chế quá trình phiên mã ngược tổng hợp DNA của HBV nhưng không ảnh hưởng đến quá trình tổng hợp RNA tiền thể gen (pregenomic RNA) và các loại RNA thông tin khác từ DNA mạch vòng kín (cccDNA: covalently closed circular DNA) của HBV trong nhân tế bào [3],[4]. Kết quả là RNA tiền thể gen và các kháng nguyên bề mặt (HbsAg), kháng nguyên lõi HbcAg và kháng nguyên HbeAg tiếp tục được tạo ra [4],[5]. Do vậy, khi ngừng điều trị liệu pháp sử dụng thuốc tương tự nucleoside quá sớm (khi quá trình phiên mã tạo RNA tiền thể gen và RNA thông tin khác vẫn diễn ra) sẽ làm bùng phát bệnh, tạo ra nguy cơ xuất hiện các biến chứng có khả năng kháng thuốc do enzym phiên mã ngược không có hoạt tính sửa chữa. Bản thân quá trình phiên mã tạo RNA thông tin mã hóa polymerase của HBV từ cccDNA cũng tồn tại nguy cơ tạo ra các thể đột biến kháng thuốc dưới áp lực chọn lọc của thuốc kháng vi rút [6],[7]. Chính vì những lý do này, nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng cần thiết phải định lượng HBV-RNA trong huyết thanh bên cạnh HBV-DNA, góp phần đánh giá hiệu quả điều trị và kiểm soát tận gốc vi rút viêm gan B.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, vật liệu, hóa chất và thiết bị nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân viêm gan B mạn tính đã và chưa từng được điều trị bằng thuốc nucleos(t)ide analogue (NA) tại khoa truyền nhiễm bệnh viện quân y 103.

- Nhóm chứng: là người khỏe mạnh bình thường, không có bệnh lý về gan (dựa trên xét nghiệm chức năng gan và dấu ấn vi rút).

1.2. Thiết bị, vật liệu nghiên cứu

- Hóa chất sinh phẩm chính: DNeasy Mini Kit (Qiagen), RNeasy Mini Kit (Qiagen), PCR master mix (Biotek), TaqMan Probes có gắn huỳnh quang (Promega); SuperScript III Platinum One-Step qRT-PCR System (Invitrogen). Cặp mồi và mẫu dò Taq Man theo nghiên cứu của Ying Liu và cs(2006) [8].

- Thiết bị nghiên cứu chính: Hệ thống Real-time PCR Eppendorf Realplex4 (Qiagen), Máy ly

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Như Bình

Email: nhubinh.do@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2/3/2020

Ngày phản biện khoa học: 17/3/2020

Ngày duyệt bài: 25/3/2020

tâm (Biofuge Primo R), Tủ lạnh -20°C , -80°C (Sanyo); Tủ an toàn sinh học cấp II (Shellab).

1.3. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm thu thập mẫu: Bộ môn, khoa truyền nhiễm, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y.

- Địa điểm thí nghiệm: Phòng Vi sinh và mầm bệnh sinh học, Trung tâm Nghiên cứu Y dược học Quân sự, Học viện Quân y.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 08/2018 đến 12/2019

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Nội dung nghiên cứu

- Xây dựng quy trình định lượng HBV-RNA chuẩn với pregenomic RNA (pgRNA) tự sản xuất bằng kỹ thuật phiên mã invitro:

+ Tối ưu hóa nhiệt độ và thời gian kéo dài phản ứng realtime PCR: Lựa chọn 15 mẫu huyết thanh của bệnh nhân mắc HBV mạn tính chưa được điều trị bằng thuốc kháng vi rút đặc hiệu, tách chiết DNA của vi rút sử dụng bộ kit tách chiết DNA của Qiagen. Để xác định được nhiệt độ gắn mồi và kéo dài tối ưu, tiến hành so sánh giá trị Ct thu được khi chạy Real-time PCR định lượng 15 mẫu DNA-HBV được pha loãng về nồng độ cận ngưỡng với nhiệt độ gắn mồi, kéo dài là 58°C và 60°C . Sau đó sử dụng nhiệt độ gắn mồi, kéo dài phù hợp để khảo sát thời gian gắn mồi, kéo dài từ 15 giây đến 90 giây.

+ Tối ưu các điều kiện của phản ứng phiên mã ngược: Sử dụng nhiệt độ gắn mồi, kéo dài, thời gian gắn mồi, kéo dài của phản ứng realtime PCR, khảo sát nhiệt độ, thời gian phản ứng phiên mã ngược.

- Hoàn thiện quy trình tách chiết và xác định độ nhạy phát hiện, khoảng định lượng quy trình onestep realtime – RT – PCR định lượng HBV-RNA huyết thanh mẫu ngoại vi bệnh nhân.

2.2. Phương pháp và kỹ thuật sử dụng

- Phương pháp loại bỏ DNA bằng DNase I; Phương pháp tách chiết HBV-RNA bằng Trizol, cột silica gel. Phương pháp phiên mã in vitro để tạo HBV-RNA chuẩn, phục vụ xác định độ nhạy của quy trình chẩn đoán.

- Kỹ thuật thu thập, bảo quản và tách chiết mẫu DNA/RNA từ huyết thanh; Kỹ thuật realtime RT-PCR với đầu dò TaqMan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Xây dựng quy trình realtime RT-PCR chuẩn sử dụng pgRNA tự sản xuất bằng kỹ thuật phiên mã invitro

1.1. Kết quả tối ưu hoá các điều kiện

Bảng 3. Kết quả so sánh giá trị Ct ở 56°C , 58°C và 60°C .

Mẫu DNA	Số phiên bản DNA	Ta = 56°C	Ta = 58°C	Ta = 60°C
16	10^4	$28,06 \pm 0,85$	$27,87 \pm 0,27$	$28,85 \pm 0,31$

phản ứng realtime PCR

a. Tối ưu nhiệt độ gắn mồi, kéo dài phản ứng realtime PCR

Bảng 1. Kết quả xác định Ct của phản ứng Realtime PCR ở nhiệt độ 58 và 60

Mẫu DNA	Chu kỳ ngưỡng (Ct)	
	Ta = 58°C	Ta = 60°C
1	$34,36 \pm 0,06$	$33,97 \pm 0,34$
3	$34,08 \pm 0,12$	$34,74 \pm 0,31$
5	$31,55 \pm 0,21$	$32,76 \pm 0,23$
9	$33,88 \pm 0,41$	$32,94 \pm 0,02$
11	$30,78 \pm 0,27$	$31,79 \pm 0,37$
16	$32,13 \pm 0,38$	$34,27 \pm 0,36$
18	$30,32 \pm 0,54$	$31,24 \pm 0,49$
19	$29,88 \pm 0,29$	$31,28 \pm 0,42$
20	$31,43 \pm 0,19$	$31,12 \pm 0,37$
22	$29,90 \pm 0,08$	$30,15 \pm 0,49$
27	$31,69 \pm 0,33$	$33,55 \pm 0,29$
28	$30,05 \pm 0,43$	$31,89 \pm 0,05$
33	$28,59 \pm 0,34$	$28,17 \pm 0,07$
36	$31,56 \pm 0,26$	$33,26 \pm 0,46$
37	$32,83 \pm 0,08$	$33,63 \pm 0,23$

Nhận xét: 11/15 mẫu (3, 5, 11, 16, 18, 19, 22, 27, 28, 36 và 37) cho kết quả nhiệt độ gắn mồi, kéo dài ở 58°C tốt hơn 60°C (Ct thấp hơn). Trong đó có 4/15 mẫu (1, 9, 20 và 33) cho kết quả nhiệt độ gắn mồi, kéo dài ở 60°C tốt hơn 58°C (Ct thấp hơn).

Tiến hành lựa chọn 7 mẫu DNA có độ chênh lệch lớn nhất khảo sát Ct tiếp ở nhiệt độ gắn mồi, kéo dài là 56°C và 58°C .

Bảng 2. Kết quả xác định Ct của phản ứng Realtime PCR ở nhiệt độ 56 và 58

Mẫu DNA	Chu kỳ ngưỡng	
	Ta = 56°C	Ta = 58°C
11	$30,46 \pm 0,27$	$31,83 \pm 0,08$
16	$32,13 \pm 0,21$	$31,90 \pm 0,29$
18	$29,27 \pm 0,43$	$28,80 \pm 0,03$
19	$28,81 \pm 0,32$	$29,08 \pm 0,29$
27	$31,61 \pm 0,43$	$31,90 \pm 0,05$
28	$29,95 \pm 0,20$	$29,48 \pm 0,13$
36	$32,21 \pm 0,32$	$31,90 \pm 0,11$

Nhận xét: 4/7 mẫu (16, 18, 28 và 36) cho kết quả nhiệt độ gắn mồi, kéo dài ở 58°C tốt hơn 56°C (Ct thấp hơn). Trong đó, 3/7 mẫu (11, 19 và 27) cho kết quả nhiệt độ gắn mồi, kéo dài ở 56°C tốt hơn 58°C (Ct thấp hơn).

Tiếp tục lựa chọn 2 mẫu DNA 16 và 37, pha loãng về nồng độ cận ngưỡng với số phiên bản DNA dao động từ $10^1 - 10^4$ khảo sát ở 56°C , 58°C và 60°C .

	10 ³	31,88 ± 0,36	31,63 ± 0,92	32,43 ± 0,44
	10 ²	35,21 ± 0,28	34,35 ± 0,30	35,04 ± 0,48
	10 ¹	>45	37,43 ± 0,44	36,82 ± 0,36
37	10 ⁴	26,74 ± 0,44	26,13 ± 0,12	26,50 ± 0,30
	10 ³	30,07 ± 0,01	30,44 ± 0,15	31,07 ± 0,74
	10 ²	33,99 ± 0,27	34,02 ± 0,21	34,71 ± 0,11
	10 ¹	>45	35,85 ± 0,19	37,03 ± 0,37

Nhận xét: Ta = 56°C mẫu chứa 10¹ phiên bản DNA cho kết quả âm tính. Ta = 58°C cho kết quả tốt nhất.

Bảng 4. So sánh giá trị R² và hiệu suất phản ứng realtime PCR ở nhiệt độ 56, 58 và 60

	Ta = 56°C	Ta = 58°C	Ta = 60°C
R ²	0,941	0,956	0,942
Hiệu suất	0,90	1,05	1,11

Nhận xét: R² và hiệu suất ở Ta = 58°C tốt nhất

Qua kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi lựa chọn nhiệt độ gắn mỗi, kéo dài cho phản ứng realtime PCR là 58°C.

b. Kết quả tối ưu thời gian gắn mỗi, kéo dài

Sử dụng nhiệt độ gắn mỗi, kéo dài là 58°C khảo sát thời gian gắn mỗi, kéo dài từ 15 giây đến 90 giây.

Bảng 5. So sánh giá trị R² và hiệu suất phiên mã ngược ở thời gian khác nhau

Biến số	Thời gian gắn mỗi, kéo dài				
	15 giây	30 giây	45 giây	60 giây	90 giây
R ²	0,990	0,988	0,981	0,997	0,998
Hiệu suất	0,81	1,05	1,19	0,99	0,98

Nhận xét: R² và hiệu suất ở 60 giây tốt nhất. Qua kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi lựa chọn thời gian gắn mỗi, kéo dài cho phản ứng realtime PCR là 60 giây.

1.2. Tối ưu các điều kiện của phản ứng phiên mã ngược (Reverse Transcriptase)

a. Tối ưu hoá nhiệt độ phiên mã ngược

Sử dụng nhiệt độ gắn mỗi, kéo dài là 58°C, thời gian gắn mỗi, kéo dài là 60 giây, khảo sát nhiệt độ phản ứng phiên mã ngược từ 42°C đến 60°C.

Bảng 6. So sánh giá trị Ct ở các nhiệt độ phiên mã ngược khác nhau

Nhiệt độ phản ứng phiên mã ngược						
42°C	45°C	48°C	51°C	54°C	57°C	60°C
28,1±0,49	27,98±0,06	28,18±0,07	27,57±0,12	27,40±0,63	27,17±0,08	27,63±0,25

Nhận xét: giá trị chu kỳ ngưỡng Ct ở 57°C là thấp nhất, do đó chúng tôi lựa chọn nhiệt độ phản ứng phiên mã ngược là 57°C.

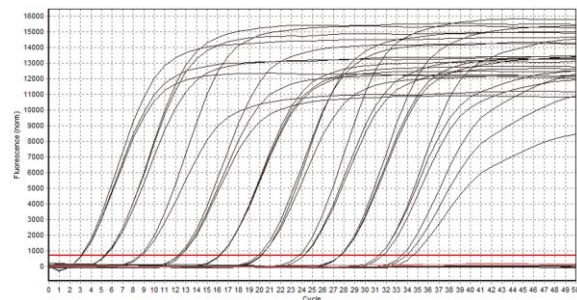
b. Tối ưu thời gian phản ứng phiên mã ngược. Sử dụng nhiệt độ gắn mỗi, kéo dài là 58°C, thời gian gắn mỗi, kéo dài là 60 giây, nhiệt độ phản ứng phiên mã ngược là 57°C, khảo sát thời gian phản ứng phiên mã ngược từ 15 đến 60 phút. Kết quả thu được thể hiện ở bảng 7 như sau:

Bảng 7. So sánh giá trị R² và hiệu suất phản ứng phiên mã ngược ở thời gian khác nhau

	15 phút	30 phút	45 phút	60 phút
R ²	0,661	0,997	0,997	0,999
Hiệu suất	0,97	1,00	1,06	0,87

Nhận xét: R² và hiệu suất ở 30 phút là tốt nhất. Qua kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi lựa chọn thời gian cho phản ứng phiên mã ngược là 30 phút.

1.3. Xác định độ nhạy và khoảng định lượng của phản ứng realtime RT-PCR



Hình 1. Kết quả xác định độ nhạy và khoảng định lượng sau khi đã tối ưu phản ứng real-time PCR

Nhận xét: Độ nhạy của phản ứng xác định được là 10¹ copy/μl và khoảng tuyến tính là: 10¹ đến 10⁹ copies/μl.

Tiến hành xác định độ nhạy và khoảng tuyến tính của phản ứng với mẫu RNA vi rút pha loãng từ 10⁹ đến 10⁻¹. Kết quả được thể hiện ở hình 1.

2. Hoàn thiện quy trình tách chiết và xác định độ nhạy phát hiện, khoảng định lượng quy trình onestep realtime – RT – PCR định lượng HBV-RNA

2.1. Hoàn thiện quy trình tách chiết RNA của HBV từ mẫu huyết thanh bệnh nhân

RNA của vi rút HBV được phân lập và tách chiết từ mẫu huyết thanh bệnh nhân sử dụng RNeasy Mini Kit. Sau đó, các mẫu tinh sạch được định lượng bằng qPCR và RT-qPCR.

Bảng 8. Kết quả chạy qPCR kiểm tra đánh giá hiệu quả khi xử lý mẫu với Dnase

Mẫu	Độ pha loãng	Ct
Không xử lý Dnase	1	23,94 ± 0,93
Xử lý Dnase 15 phút	4	32,26 ± 0,98
Xử lý Dnase 30 phút	4	> 45
Xử lý Dnase 45 phút	4	> 45
Xử lý Dnase 60 phút	4	> 45

Nhận xét: Xử lý ủ mẫu 30 phút với Dnase không phát hiện được DNA

Bảng 9. Kết quả chạy RT-qPCR kiểm tra đánh giá lượng RNA khi xử lý mẫu với Dnase

Mẫu	Độ pha loãng	Ct
Không xử lý Dnase	1	21,53 ± 1,10
Xử lý Dnase 15 phút	4	25,67 ± 0,24
Xử lý Dnase 30 phút	4	25,31 ± 0,03
Xử lý Dnase 45 phút	4	25,99 ± 0,02
Xử lý Dnase 60 phút	4	25,52 ± 0,59

Nhận xét: Lượng RNA thay đổi không đáng kể khi xử lý Dnase từ 15 phút đến 60 phút. Dựa vào kết quả qPCR và RT-qPCR lựa chọn thời gian xử lý Dnase là 30 phút.

2.2. Xác định độ nhạy phát hiện, khoảng định lượng của toàn bộ quy trình phân tích onestep realtime RT-PCR.

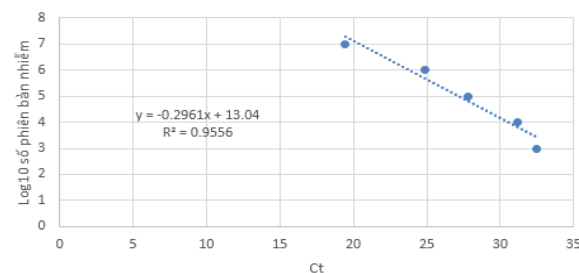
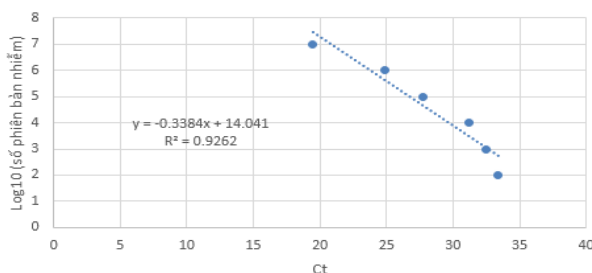
Nhiễm chủ động RNA vào mẫu huyết thanh âm tính với liều lượng 10²;10³;10⁴;10⁵;10⁶;10⁷ phiên bản/ml mẫu và mẫu không pha loãng.

Tiến hành tách chiết 1 ml mẫu chứa RNA theo quy trình ở trên, rửa giải trong 50 µl, định lượng bằng RT-qPCR. Các mẫu được tách chiết lặp lại 2 lần, các mẫu tách chiết được chạy RT-qPCR 2 lần. Kết quả thu được như sau:

Bảng 10. Kết quả RT-qPCR định lượng RNA

Mẫu	Ct
10 ⁷ phiên bản / ml	19,45 ± 0,34
10 ⁶ phiên bản / ml	24,91 ± 0,31
10 ⁵ phiên bản / ml	27,77 ± 0,34
10 ⁴ phiên bản / ml	31,16 ± 0,38
10 ³ phiên bản / ml	32,46 ± 0,40
10² phiên bản / ml	33,40 ± 0,51

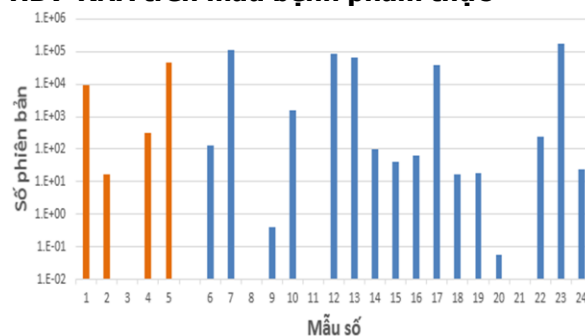
Nhận xét: Độ nhạy của phản ứng RT-qPCR là 10² phiên bản/ml huyết thanh.



Hình 2. Đồ thị xem xét sự tuyến tính từ mẫu nhiễm 10² – 10⁷ phiên bản/ml với mẫu nhiễm 10³ – 10⁷ phiên bản/ml

Nhận xét: Hệ số hồi quy mẫu nhiễm 10² phiên bản/ml thấp hơn mẫu nhiễm 10³ phiên bản/ml. Như vậy, độ nhạy của toàn bộ quy trình định lượng HBV-RNA là 10² phiên bản/ml mẫu và khoảng tuyến tính 10³ – 10⁷ phiên bản/ml mẫu với hệ số hồi quy là R² = 0,9556.

3. Thử nghiệm quy trình định lượng HBV-RNA trên mẫu bệnh phẩm thực



Hình 3. Kết quả phân tích định lượng HBV-

RNA trên mẫu bệnh phẩm thực

Nhận xét: Có 4/10 mẫu huyết thanh (số 3, 8, 11 và 21) ở nhóm bệnh nhân đã điều trị đầy đủ theo đúng phác đồ không phát hiện được RNA.

Lựa chọn 24 mẫu huyết thanh của bệnh nhân mắc viêm gan B mạn tính, đã được điều trị 1, 3 và 6 tháng bằng thuốc kháng vi rút đặc hiệu. Kết quả thể hiện ở hình 3.

V. KẾT LUẬN

Trong nội dung nghiên cứu này, chúng tôi đã xây dựng được quy trình onestep realtime RT-PCR định lượng HBV-RNA trong huyết thanh của bệnh nhân mắc viêm gan B mạn tính với chu

trình cụ thể như sau: RT: 57^o, 30 phút; realtime PCR: 58^o, 60 giây x 42 chu kỳ. Quy trình phản ứng có độ nhạy là 10² copies/ml và khoảng tuyến tính là 10³ đến 10⁷ copies/ml với hệ số hồi quy là R² = 0,9556.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2014), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan vi rút B", pp. 1-9.
2. **Florian Bömmel, et al.** (2015), "Serum hepatitis B virus RNA levels as an early predictor of hepatitis B envelope antigen seroconversion during treatment with polymerase inhibitors", *Hepatology*, 61(1), pp. 66-76.
3. **L. Jansen, et al.** (2016), "Hepatitis B Virus Pregenomic RNA Is Present in Virions in Plasma and Is Associated with a Response to Pegylated Interferon Alfa-2a and Nucleos(t)ide Analogues", *J Infect Dis*, 213(2), pp. 224-32.
4. **Masataka Tsuge, et al.** (2013), "Serum HBV RNA

- and HBeAg are useful markers for the safe discontinuation of nucleotide analogue treatments in chronic hepatitis B patients", *Journal of gastroenterology*, 48(10), pp. 1188-1204.
5. **Hoàng Tiên Tuyền, Nguyễn Hữu Quyền, Nguyễn Văn Diên** (2017), "Tìm hiểu mối tương quan giữa hàm lượng HBsAg với tải lượng virus và hoạt độ ALT ở bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính", *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, 2, pp. 126-131.
 6. **Jie Wang, et al.** (2016), "Serum hepatitis B virus RNA is encapsidated pregenome RNA that may be associated with persistence of viral infection and rebound", *Journal of hepatology*.
 7. **J. Weiss, et al.** (2004), "Real time TaqMan PCR detection and quantitation of HBV genotypes A-G with the use of an internal quantitation standard", *J Clin Virol*, 30(1), pp. 86-93.
 8. **Ying Liu, Munira Hussain, Stephen Wong et al** (2006), "A Genotype-Independent Real-Time PCR Assay for Quantification of Hepatitis B Virus DNA", *Journal of Clinical Microbiology* 45(2):553-8

ĐÁNH GIÁ SỰ NẢY CHỒI U TRONG TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Văn Chủ*

TÓM TẮT

Nảy chồi u (NCU) ở bờ xâm nhập ngoài của ung thư dạ dày (UTDD) là một đặc điểm mô bệnh học có giá trị ngày càng được quan tâm. Nó là một thông số tiên lượng xấu được nhận ra ở nhiều loại ung thư bao gồm ung thư dạ dày. **Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm nảy chồi u trong dự báo thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 109 bệnh nhân ung thư dạ dày được đánh giá nảy chồi u trên tiêu bản HE theo tiêu chuẩn ITBCC 2016 và đánh giá với các đặc điểm lâm sàng và thời gian sống thêm. **Kết quả nghiên cứu:** NCU thấp chiếm 54,1% và NCU cao là 45,9%. NCU liên quan có ý nghĩa với thời gian sống thêm (OS và DFS) ở cả phân tích đơn biến và đa biến. **Kết luận:** NCU là yếu tố tiên lượng để dự báo thời gian sống thêm của bệnh nhân UTDD trong thực hành.

Từ khóa: Nảy chồi u, Thời gian sống thêm, Ung thư dạ dày.

SUMMARY

EVALUATION OF TUMOR BUDDING IN PROGNOSIS OF GASTRIC CANCER PATIENTS

Background: Tumor budding are the valuable pathological characteristic that have received increasing attention in relation to the invasive front of gastric cancer. It has been recognized to correlate with unfavorable outcomes in patients with many

different kinds of carcinomas, including gastric cancer. **Purpose:** we aimed to independently evaluate the prognostic value of budding for predicting the survival of gastric cancer patients. **Methods:** In 109 consecutive, surgically treated gastric cancers, budding was assessed according to the 2016 ITBCC criteria. The budding score was analysed in relation to the clinical parameters, overall survival (OS) and disease-free survival (DFS). **Results:** 59 (54,1%) cases had low and 50 (45,9%) had high NCU. Significant differences in OS and DFS between the TB groups were found both in univariate and multivariate models. **Conclusion:** The budding is the independent prognostic factor for prediction of the survival in gastric cancers in particular.

Key words: Tumor budding, Survival, Gastric cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là ung thư phổ biến thứ năm và là nguyên nhân phổ biến thứ ba gây tử vong liên quan đến ung thư trên toàn thế giới [1]. Các yếu tố tiên lượng truyền thống như độ xâm lấn, sự di căn hạch bạch và di căn xa được công nhận để dự đoán tiên lượng UTDD. Mặc dù vậy, UTDD cho thấy sự đa dạng đáng chú ý trong kiểu hình cũng như biểu hiện lâm sàng và thời gian sống thêm của bệnh nhân. Do đó, cần có thêm chỉ số tiên lượng để phân tầng bệnh nhân theo kết quả của họ và để cải thiện các quyết định điều trị. Nảy chồi u được định nghĩa là một tế bào ung thư đơn lẻ hoặc một cụm nhỏ hơn 5 tế bào ung thư ở diện xâm lấn [2]. NCU được Hội nghị đồng thuận về NCU quốc tế (ITBCC) xác định là một yếu tố tiên lượng độc lập. Một

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chủ

Email: chunv.nch@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2020

Ngày duyệt bài: 6.4.2020

vài nghiên cứu phân tích NCU trong UTDD đã chỉ ra rằng NCU có liên quan đến các đặc điểm tiên lượng bất lợi [3]. Vì vậy, chúng tôi chọn đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm này chồi u trong dự báo thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư dạ dày.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 109 bệnh nhân ung thư dạ dày được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện K từ 2012-2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Có ghi nhận đầy đủ các dữ kiện: họ tên, tuổi, ngày vào viện, vị trí khối u, chẩn đoán lâm sàng và giai đoạn sau mổ,...
- Được phẫu thuật cắt dạ dày và/hoặc vét hạch.
- Khối u dạ dày nguyên phát và chưa được điều trị hóa chất trước mổ.
- Có chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô.
- Có dữ liệu theo dõi bệnh nhân sau kết thúc điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư dạ dày không phải loại biểu mô.
- Ung thư dạ dày tái phát hoặc ung thư cơ quan khác di căn tới dạ dày.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Chúng tôi áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Nghiên cứu về mô bệnh học

Kỹ thuật mô học. Đánh giá khối u và hạch: các bệnh phẩm u được phẫu tích đo đường kính lớn nhất của u. Mỗi khối u lấy từ 2-3 mảnh, dày 2-3mm, diện tích 1-2cm². Chuyển, đúc, cắt, nhuộm HE mẫu bệnh phẩm.

Quy trình đọc và thẩm định các kết quả

Đánh giá NCU trên tiêu bản HE: Tác giả đọc

tiêu bản nhuộm HE, trường hợp khó được hội chẩn với một chuyên gia GPB và ghi các kết quả vào chương trình quản lý số liệu.

Các biến số được chọn để khảo sát

- Đánh giá mức độ này chồi u theo hướng dẫn ITBCC 2016: độ thấp, trung bình và độ cao, cụ thể:

- + Độ thấp: ≤ 4 chồi.
- + Độ trung bình: 5-9 chồi.
- + Độ cao: ≥ 10 chồi.

Ba độ NCU sau đó được chia thành 2 nhóm:

+ Nhóm NCU thấp (<10 chồi): gồm độ NCU thấp và trung bình.

+ Nhóm NCU cao (≥10 chồi): độ NCU cao.

- Các thông số lâm sàng và tiên lượng bệnh:

+ Giai đoạn bệnh học: từ I-III.

+ Tái phát: có hoặc không.

+ Sống thêm: Sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh.

Xử lý dữ liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng test χ^2 để đánh giá mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và Log-rank test để đánh giá thời gian sống thêm.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài được hội đồng khoa học của Bệnh viện K phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Mức độ này chồi u

ĐỘ NCU	N	%
NCU1	25	22,9
NCU2	34	31,2
NCU3	50	45,9
Tổng số	109	100,0

Nhận xét: Độ NCU tăng dần từ thấp tới cao, NCU 1 chiếm 22,9%, tiếp đến là NCU 2 với tỷ lệ 31,2% và chiếm tỷ lệ cao nhất là NCU 3 (45,9%).

Bảng 2: Mối liên quan giữa nhóm NCU với giai đoạn pTNM

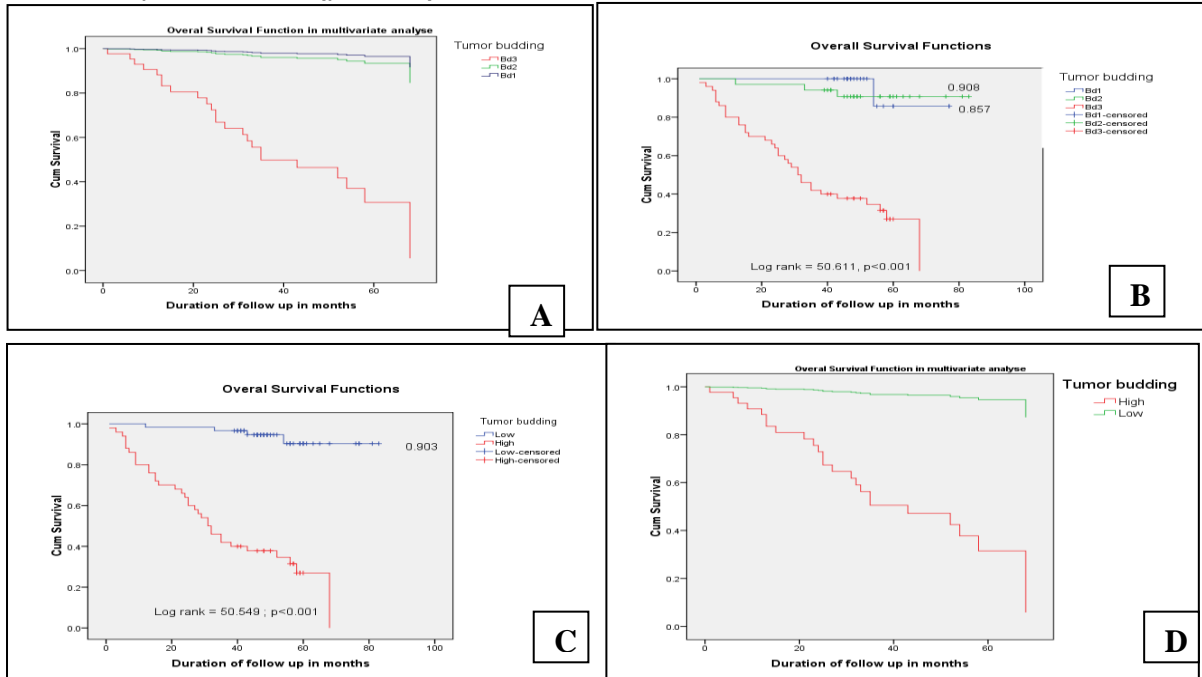
pTNM	NCU thấp		NCU cao		Tổng số	
	n	%	n	%	N	%
I	2	3,4	1	2,0	3	2,8
IIA	19	32,2	5	10,0	24	22,0
IIB	12	20,3	12	24,0	24	22,0
IIIA	10	16,9	11	22,0	21	19,3
IIIB	11	18,6	15	30,0	26	23,9
IIIC	5	8,5	6	12,0	11	10,1
Tổng số	59	54,1	50	45,9	109	

Nhận xét: NCU thấp chiếm tỷ lệ cao ở giai đoạn I và IIA là 3,4 và 32,2% trái lại NCU cao hay gặp ở giai đoạn muộn hơn, nhất là giai đoạn IIIA, B, C, lần lượt là 22,0; 30,0 và 12,0%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,124$).

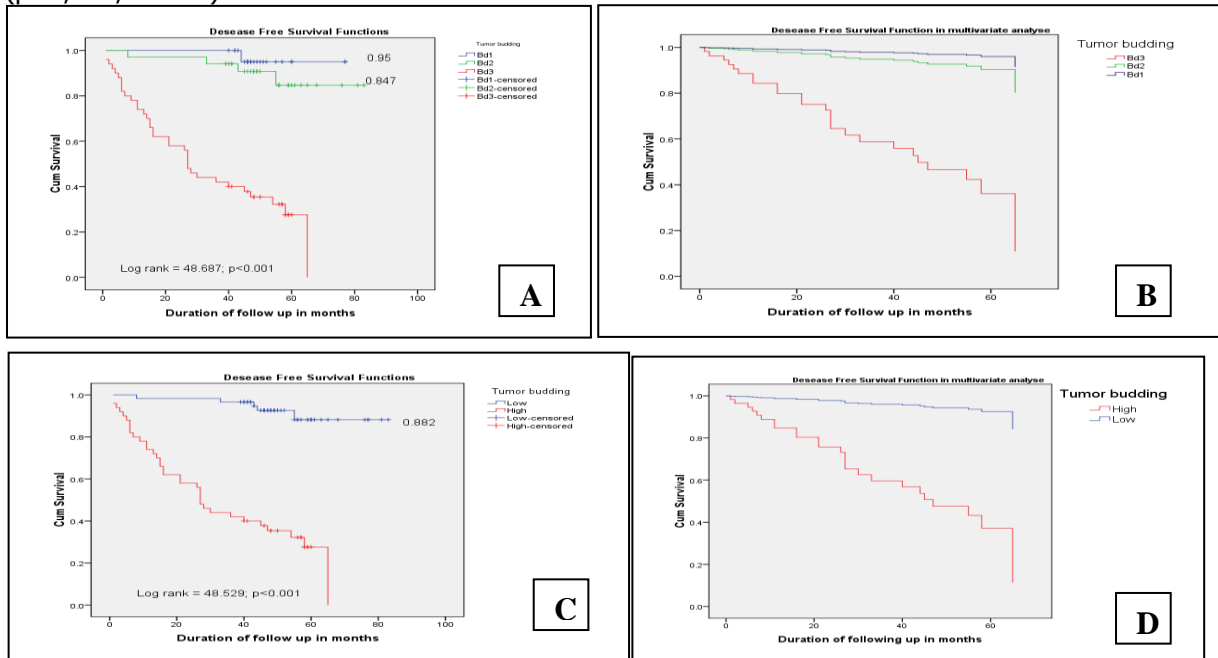
Bảng 3: Mối liên quan giữa nhóm NCU với sự tái phát u

Tái phát	NCU thấp		NCU cao		Tổng số	
	n	%	n	%	N	%
Không	56	94,9	22	44,0	78	71,6
Có	3	5,1	28	56,0	31	28,4
Tổng số	59	54,1	50	45,9	109	

Nhận xét: Nhóm NCU thấp ít gặp u bị tái phát với tỷ lệ thấp là 5,1%; trái lại NCU cao hay gặp ở các u bị tái phát là 56,0% ($p < 0,001$).



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm của bệnh nhân ung thư dạ dày theo nhóm NCU. Trong phân tích đơn biến và đa biến, test Log-rank cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian sống thêm toàn bộ với 3 mức độ này chồi u ($p < 0,001$, A và B), cũng như với 2 nhóm NCU ($p < 0,001$, C và D).



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm không bệnh 5 năm của bệnh nhân ung thư dạ dày theo nhóm NCU. Trong phân tích đơn biến và đa biến, test Log-rank cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian sống thêm không bệnh với 3 mức độ này chồi u ($p < 0,001$, A và B), cũng như với 2 nhóm NCU ($p < 0,001$, C và D).

Bảng 4: Môi liên quan giữa nhóm NCU với thời gian sống thêm

	NCU thấp		NCU cao		Tổng số	
	n	%	n	%	N	%
Sống	55	78,6	15	21,4	70	64,2
Chết	4	10,3	35	89,7	39	35,8
Tổng số	59	54,1	50	45,9	109	

Nhận xét: Theo dõi sau 5 năm có 35,8% bệnh nhân tử vong. Trong đó NCU cao chiếm tỷ lệ tử vong lớn (89,7%), trái lại 78,6% bệnh nhân có NCU thấp vẫn sống sau 5 năm theo dõi ($p < 0,001$).

Bảng 5: Phân tích đa biến các đặc điểm GPB-LS theo thời gian sống thêm

	OS		DFS	
	Hazard ratio	p value (Wald)	Hazard ratio	p value (Wald)
NCU (cao và thấp)	20,899	<0,001	12,7	<0,001
Độ biệt hóa (cao, thấp và kém)	0,234	0,239	0,352	0,371
XN mạch (có và không)	0,332	0,022	0,275	0,006
XN thần kinh (có và không)	1,398	0,496	1,173	0,750
pTNM (III và I hoặc II)	0,456	0,112	0,381	0,049

Nhận xét: NCU là yếu tố tiên lượng độc lập rất có giá trị trong dự báo thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh (HR = 12,7, $p < 0,001$) của bệnh nhân ung thư dạ dày, cùng với các yếu tố khác như xâm nhập mạch hay pTNM.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm này chồi u: NCU có liên quan đến các đặc điểm khối u và có hậu quả xấu. Tác động tiên lượng của nó đã được mô tả trong các khối u ác tính khác nhau như ung thư đại trực tràng, thực quản, tụy, đầu và cổ, ung thư phổi và vú. Chỉ có một vài nghiên cứu đã phân tích NCU trong UTDD, mỗi nghiên cứu sử dụng các hệ thống tính điểm khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng cách tính điểm của ITBCC 2016 tương tự nghiên cứu của Ulase và cs. Theo bảng 1 chúng tôi thấy độ NCU tăng dần từ thấp tới cao, NCU 1 chiếm 22,9%, tiếp đến là NCU 2 với tỷ lệ 31,2% và chiếm tỷ lệ cao nhất là NCU 3 (45,9%). Khi gộp NCU 1 và NCU 2 thành một nhóm, thì qua bảng 2 cho thấy NCU thấp chiếm tỷ lệ 54,1%, trong khi đó NCU cao ít gặp hơn 45,9%. Trái lại, Ulase và cs cho thấy NCU cao phổ biến hơn là 52,0%, tương tự nghiên cứu của Kemi và cs [4, 5]. Sở dĩ có sự khác nhau, tuy không nhiều, có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi không đồng nhất và số lượng nhỏ. NCU và sự xâm nhập của các tế bào u độc lập trong UTBM tuyến dạ dày có liên quan đến sự tiên lượng xấu. Sự xuất hiện của các đám NCU có tương quan với giai đoạn bệnh tiến triển, sự xâm nhập mạch, di căn hạch và di căn xa [6].

Đánh giá này chồi u với một số đặc điểm lâm sàng và tiên lượng bệnh

Giai đoạn TNM sau mổ: Giai đoạn pTNM trong nghiên cứu của chúng tôi từ giai đoạn I-III, không gặp trường hợp nào ở giai đoạn IV, vì các bệnh nhân ở giai đoạn này thường có chỉ định

điều trị hóa chất trước phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 2) cho thấy NCU thấp chiếm tỷ lệ cao ở giai đoạn I và IIA là 3,4 và 32,2% trái lại NCU cao hay gặp ở giai đoạn muộn hơn, nhất là giai đoạn IIIA, B, C, lần lượt là 22,0; 30,0 và 12,0%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,124$). Tuy nhiên, các nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài đều cho thấy NCU có mối liên quan có ý nghĩa với pTNM [3-5, 7]. Sở dĩ có sự khác biệt này có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ và không đồng nhất. Mặc dù trong phân tích đơn biến của chúng tôi, pTNM có mối liên quan với thời gian sống thêm, tuy nhiên trong phân tích đa biến chứng tỏ pTNM không phải là yếu tố tiên lượng độc lập. Đặc biệt là 33,3% bệnh nhân ở giai đoạn I có biểu hiện NCU cao. Theo hướng dẫn thì các bệnh nhân giai đoạn I sẽ không điều trị bổ trợ sau phẫu thuật. Tuy nhiên, cần cân nhắc việc điều trị bổ trợ ở các bệnh nhân giai đoạn I có NCU độ cao. Đối với giai đoạn u, 5 nghiên cứu (1423 bệnh nhân) đã đủ tiêu chuẩn để phân tích tổng hợp và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giai đoạn u và NCU độ cao (OR = 6,63, KTC 95%: 4,01-10,98, $p < 0,01$) [8].

Sự tái phát sau điều trị: 28,4% bệnh nhân của chúng tôi bị tái phát vùng hoặc di căn xa như gan hay phổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3) cho thấy nhóm NCU thấp ít gặp u bị tái phát với tỷ lệ thấp là 5,1%; trái lại NCU cao hay gặp ở các u bị tái phát là 56,0% ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với các nhận định coi NCU là yếu tố tiên lượng bổ trợ trong

ung thư dạ dày [2, 4].

Thời gian sống thêm sau điều trị: (Bảng 4) Theo dõi sau 5 năm có 35,8% bệnh nhân tử vong. Trong đó NCU cao chiếm tỷ lệ tử vong lớn (89,7%), trái lại 78,6% bệnh nhân có NCU thấp vẫn sống sau 5 năm theo dõi ($p < 0,001$). Qua Phân tích đa biến (bảng 5) NCU là yếu tố tiên lượng độc lập rất có giá trị trong dự báo thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh (HR = 12,7, $p < 0,001$) của bệnh nhân ung thư dạ dày, cùng với các yếu tố khác như xâm nhập mạch hay pTNM.

Thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm của bệnh nhân ung thư dạ dày theo nhóm NCU: Đường cong sống thêm không bệnh theo các nhóm NCU khác nhau, được biểu hiện ở biểu đồ 2A, 2B, 2C và 2D. Sự khác biệt giữa NCU và DFS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ cả ở phân tích đơn biến và đa biến. DFS 5 năm trung bình của bệnh nhân UTDD là $41,88 \pm 1,88$ tháng, trong đó nhóm NCU 1 là $75,35 \pm 1,61$ tháng và nhóm NCU 2 là $76,29 \pm 3,20$ tháng, nhóm NCU thấp (NCU 1 và 2) là $78,07 \pm 2,15$ tháng. Trái lại, tương tự như OS 5 năm, nhóm NCU 3 hay NCU cao có tỷ lệ DFS 5 năm giảm rõ rệt là $33,87 \pm 3,48$ tháng. Tỷ lệ bệnh nhân có DFS 5 năm ở nhóm NCU 1 và NCU 2 lần lượt là 95,0% và 84,7%, nhóm NCU thấp chiếm tỷ lệ 88,2%. Trái lại, tất cả các bệnh nhân UTDD ở nhóm NCU3 hoặc NCU cao tử vong trước khi đạt DFS 5 năm, kết quả này tương tự OS 5 năm. Tỷ lệ thời gian sống thêm 5 năm của các bệnh nhân UTDD trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình $43,02 \pm 1,77$ tháng, trong đó nhóm NCU 1 và NCU 2 lần lượt là $73,71 \pm 3,04$ và $76,28 \pm 2,76$ tháng kết hợp NCU 1 và NCU 2 thành nhóm NCU thấp thì OS trung bình là $78,91 \pm 2,00$ tháng; trong khi đó tỷ lệ OS 5 năm trung bình của NCU3 hay NCU cao giảm rõ rệt, là $36,69 \pm 3,45$ tháng. Các bệnh nhân với NCU 1 và NCU 2 có tiên lượng tốt hơn với OS 5 năm lần lượt là 85,7% và 90,8%, nhóm NCU thấp là 90,3%. Trái lại, không bệnh nhân nào có NCU 3 hay NCU cao đạt thời gian sống thêm 5 năm. Trong phân tích đơn biến và đa biến, test Log-rank cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian sống thêm toàn bộ với 3 mức độ này chồi u ($p < 0,001$, A và B), cũng như với 2 nhóm NCU ($p < 0,001$, C và D). Theo nghiên cứu của Ulase và cs thời gian sống còn toàn bộ trung bình (OS) là 14,6 tháng, bệnh nhân không NCU (OS là 48 tháng), có NCU thấp (OS là 12,7 tháng) và nhóm NCU cao (OS là 12,8 tháng). Tuy nhiên, khi phân tích đa biến, NCU không phải là yếu tố tiên lượng độc lập [4].

Thời gian sống thêm không bệnh 5 năm của bệnh nhân ung thư dạ dày theo nhóm NCU: (Biểu đồ 1). Trong phân tích đơn biến và đa biến, test Log-rank cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian sống thêm không bệnh với 3 mức độ này chồi u ($p < 0,001$, A và B), cũng như với 2 nhóm NCU ($p < 0,001$, C và D). Theo nghiên cứu của Ulase và cs thời gian sống thêm đặc hiệu u là 16,5 tháng. Tuy nhiên, khi phân tích đa biến, NCU không phải là yếu tố tiên lượng độc lập [4].

Phân tích đa biến và sử dụng mô hình mối nguy theo tỷ lệ Cox, Che và cs (2019) cho thấy các đặc điểm GPB-LS ý nghĩa thống kê sau phân tích đơn biến cần được phân tích sâu hơn. Sự hiện diện của NCU một lần nữa được quan sát thấy tiên lượng tác động bất lợi ($p < 0,05$). Trong số các biến được phân tích, NCU dường như có tác dụng độc lập trên [3].

OS 5 năm được trích xuất từ 5 nghiên cứu (1833 bệnh nhân) và phân tích dữ liệu tổng hợp với mô hình hiệu ứng cố định ($I^2 = 0,0\%$, = 0,549) cho thấy mức độ NCU cao có liên quan đến OS 5 năm kém (HR = 1,79, CI 95%: 1,53-2,05, $p < 0,01$). Sau đó, 2 nghiên cứu (572 bệnh nhân) về UTDD typ ruột cũng cho thấy NCU cao có liên quan đến OS 5 năm bất lợi (HR = 1,93, 95% CI: 1,45-2,42, $p < 0,01$) và không thấy có sự không đồng nhất có ý nghĩa [8].

V. KẾT LUẬN

- **Mức độ này chồi u:** Độ NCU tăng dần từ thấp tới cao và NCU độ thấp chiếm tỷ lệ lớn hơn nhóm NCU độ cao.

- **Thời gian sống thêm:** NCU cao chiếm tỷ lệ tử vong lớn (89,7%), trái lại 78,6% bệnh nhân có NCU thấp vẫn sống sau 5 năm theo dõi ($p < 0,001$). Không có bệnh nhân nào đạt OS và DFS sau theo dõi 5 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Burden of Disease Cancer Collaboration, F.C.,** Allen C, Barber RM, et al, Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: a systematic analysis for the global burden of disease study. *AMA Oncol*, 2017. **3**(4): p. 524–548.
2. **Lugli A, K.R., Ajioka Y, et al,** Recommendations for reporting tumor budding in colorectal cancer based on the International Tumor Budding Consensus Conference (ITBCC) 2016. *Modern Pathology*, 2017. **30**: p. 1299–1311.
3. **Che K, Y.Z., Xiao Qu, Zhaofei Pang, Yang Ni, Tiehong Zhang, Jiajun Du, and Hongchang Shen,** Prognostic significance of tumor budding and single cell invasion in gastric adenocarcinoma.

- OncoTargets and Therapy, 2017. **10**: p. 1039–1047.
4. **Ulase D, S.H.**, Hans-Michael Behrens, Sandra Krüger, and Christoph Röcken, Prognostic significance of tumour budding assessed in gastric carcinoma according to the criteria of the International Tumour Budding Consensus Conference. *Histopathology*, 2020. **76**(3): p. 433–446.
 5. **Kemi N, E.M., Ikäläinen J, Karttunen TJ, Kauppila JH**, Tumor budding and prognosis in gastric adenocarcinoma. *Am. J. Surg Pathol*, 2019. **43**(2): p. 229– 234.
 6. **Viktor H. Koelzer, R.L.**, Inti Zlobec, and Alessandro Lugli, Tumor Budding in Upper Gastrointestinal Carcinomas. *Front Oncol*, 2014. **4**: p. 21.
 7. **Olsen S, J.L.**, Fields RC, Yan Y, Nalbantoglu I, Tumor budding in intestinal-type gastric adenocarcinoma is associated with nodal metastasis and recurrence. *Hum Pathol*, 2017. **68**: p. 26–33.
 8. **Guo Y.X, Z.-Z.Z.**, Gang Zhao, and En-Hao Zhao, Prognostic and pathological impact of tumor budding in gastric cancer: A systematic review and meta-analysis. *World journal of gastrointestinal oncology*, 2019. **11**(10): p. 898-908.

KIẾN THỨC SƠ CỨU BỎNG VÀ NHU CẦU ĐƯỢC CUNG CẤP THÔNG TIN CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ DƯỚI 6 TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH ĐỊNH NĂM 2019

Nguyễn Thị Như Tú¹, Võ Hồng Phong²,
Trần Thị Xuân Tâm², Phan Trọng Lân³

TÓM TẮT

Kết quả nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 61 người chăm sóc trẻ điều trị bỏng từ tháng 7/2019-12/2019 được tiến hành tại Khoa Ngoại chấn thương bỏng của Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định cho thấy số người có kiến thức sơ cứu bỏng xếp ở mức độ đạt còn thấp, chỉ chiếm 54,1% đối tượng nghiên cứu. Trong đó, chỉ có 6 người biết chính xác thời gian cần thiết để làm mát vết bỏng bằng nước sạch, nước mát chiếm 9,8%. Số người có thực hành sơ cứu bỏng ở mức độ đạt chiếm 23%. Gần 1/3 đối tượng nghiên cứu chưa từng nghe về cách sơ cứu bỏng ban đầu chiếm tỷ lệ 31,1%. Trong số 42 người chăm sóc trẻ đã từng nghe về cách sơ cứu bỏng ban đầu thì phần lớn nguồn thông tin nhận từ internet chiếm 38,1%; Các nguồn thông tin khác từ hàng xóm, bạn bè và người thân, chiếm các tỷ lệ lần lượt là: 9,5%, 11,9% và 14,3%. 98,4% đối tượng nghiên cứu mong muốn được cung cấp thông tin về cách sơ cứu bỏng ban đầu. Từ kết quả nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy cần thiết phải có Chương trình can thiệp thông qua các Chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe để cải thiện nâng cao kiến thức cho cộng đồng về sơ cứu bỏng đặc biệt chú trọng đến giáo dục người dân sử dụng nước lạnh, nước mát để sơ cứu ngay tại nhà và giáo dục thời gian cần thiết cho việc làm mát vết bỏng là vô cùng quan trọng để hạn chế biến chứng, tổn thương sâu và nhiễm trùng vết bỏng.

Từ khóa: người chăm sóc trẻ, trẻ dưới 6 tuổi, sơ cứu bỏng, tỉnh Bình Định

¹Sở Y tế Bình Định

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định

³Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như Tú

Email: nhutu66@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

SUMMARY

THE KNOWLEDGE ON BURNING FIRST-AID AND NEEDS TO BE PROVIDED INFORMATION FOR THE CAREGIVERS OF CHILDREN UNDER 6 YEARS OLD TREATED AT BINH DINH HOSPITAL, 2019

The results of a cross-sectional study on 61 caregivers of children treated burns from July to December, 2019 conducted at the Traumatic Surgery and Burning Department in Binh Dinh General Hospital showed that the number of people with knowledge on burning first-aid which ranked at attained level was still low, accounted for only 54.1% of subjects. Among them, only 5 people who know exactly the time required to cool burns with clean water, cool water accounted for 8.2%. Nearly one third of the subjects had never heard of the first aid method at 31.1%. Among 42 child caregivers who have heard about first aid, the majority of information received from the internet accounted for 38.1%; Other sources from neighbors, friends and relatives, accounting for 9.5%, 11.9% and 14.3% respectively. 98.4% of the subjects wanted to provide informations on burning first-aid. From the results, we realized that it was necessary to have an intervention program through the Health Education Communication Program to improve the knowledge of the community on burning first-aid specially focus on education people using clean water, cool water for burning first-aid at home and educate the time needed for cooling burns was extremely important to limit complications, deep damages and burn infections.

Key words: Child caregivers, children under years old, burning first – aid, Binh Dinh province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là một vấn đề sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu, hàng năm có khoảng 180.000 ca tử vong do bỏng. Phần lớn các trường hợp này xảy

ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình và gần 2/3 xảy ra ở các khu vực Châu Phi và Đông Nam Á [10].

Cũng theo nghiên cứu của Nguyễn Thống [5] về bỏng ở trẻ em được điều trị tại Bệnh viện Saint Paul, Hà Nội trong 5 năm (2010-2014) cho thấy lứa tuổi hay gặp là trẻ 1-3 tuổi chiếm 54,5%. Tuy nhiên số trẻ không được sơ cứu hoặc xử trí cấp cứu ban đầu chưa đúng theo khuyến cáo chiếm tỷ lệ cao là 68,5%.

Việc sơ cứu ngay lập tức và đúng cách làm giảm tình trạng bệnh và biến chứng [8]. Kết quả nghiên cứu của Alomar [6] cho thấy hiểu biết về sơ cứu bỏng của những người chăm sóc cho trẻ khi bị bỏng rất hạn chế và họ đã áp dụng nhiều biện pháp sơ cứu không khoa học. Tại Việt Nam, các trường hợp bỏng nặng xảy ra phải nhập viện điều trị, nguyên nhân đều do người dân thiếu kiến thức đúng về sơ cứu bỏng và thiếu sự hướng dẫn đúng các biện pháp phòng tránh [4]. Nghiên cứu của một số tác giả tại Việt Nam và một số nước cũng cho thấy sự hạn chế về kiến thức trong sơ cứu bỏng của cả người lớn và trẻ em là vấn đề rất cần phải xem xét, cải thiện [1], [7], [9].

Người dân chưa có kiến thức đúng, thái độ tích cực trong sơ cứu bỏng có thể do nhiều yếu tố tác động, một trong số đó là do thiếu thông tin hoặc là do thiếu hướng dẫn của ngành y tế [4]. Hiện nay nguồn cung cấp thông tin về sơ cứu bỏng cho người dân theo thống kê chủ yếu là từ các trường Y, trên internet hoặc qua sách báo [2].

Để có cơ sở khoa học tiến hành các biện pháp cải thiện tình trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về thực trạng kiến thức sơ cứu bỏng và nguồn cung cấp thông tin cho những người chăm sóc trẻ dưới 6 tuổi điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Người chăm sóc bệnh nhân bỏng là trẻ em dưới 6 tuổi;

Tiêu chuẩn chọn: Người chăm sóc trẻ tình táo hoàn toàn, đủ khả năng tiếp xúc và trả lời các câu hỏi (không bị câm điếc, mắc các bệnh tâm thần...). Tự nguyện, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu: 07 tháng từ 01/6/2019 đến 31/12/2019.

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Tại Khoa Ngoại Chấn thương bỏng bệnh viện tỉnh Bình Định

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

2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu toàn bộ.

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học:

- Tuổi: lấy năm 2019 trừ đi năm sinh, tính tuổi trung bình

- Giới: tỷ lệ % nam, nữ

- Dân tộc: tỷ lệ % dân tộc kinh, thiểu số

- Học vấn: tỷ lệ % chưa đến trường, cấp 1, 2, 3, trung cấp, cao đẳng, đại học và trên đại học

- Nghề nghiệp: tỷ lệ % sinh viên, học sinh, nông dân, công nhân, công/viên chức, nội trợ, thất nghiệp, hưu trí, khác

- Điều kiện kinh tế: tỷ lệ % giàu, khá, trung bình, cận nghèo, nghèo

- Quan hệ với BN: tỷ lệ % cha/mẹ, ông/bà, anh/chị, khác

- Số thành viên trong HGD: tính số người trung bình của HGD

Kiến thức sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ điều trị bỏng:

- Biết nhận diện các nguyên nhân có thể làm cho trẻ bị bỏng: tỷ lệ % trả lời nước sôi, thức ăn nóng, dầu mỡ sôi, đồ nhà bếp...

- Biết nhận diện các hoàn cảnh có thể làm cho trẻ bị bỏng: tỷ lệ % trả lời bếp lửa, ở nhà một mình, khu vực nấu ăn, gần phích nước...

- Các việc cần làm ngay lập tức ngay sau khi bỏng: tỷ lệ % trả lời đưa trẻ đến cơ sở y tế, làm mát vùng bỏng và không biết

- Cách làm mát vùng bỏng: Tỷ lệ % trả lời dùng đá/ nước đá chườm, kem đánh răng, dầu mỡ, mật ong, lá dâm bụt, nước mắt, trứng gà, dầu nhớt, khác

- Thời gian cần thiết để làm mát vùng bỏng dưới vòi nước chảy: Tỷ lệ % trả lời dưới 20 phút, 20 phút và trên 20 phút

- Chất liệu thích hợp để bảo vệ, che chở vết bỏng: Tỷ lệ % dùng bông thấm nước, gạc có sợi, màng không dính và để trống

- Tháo bỏ quần/áo/đồng hồ tại vùng bỏng: Tỷ lệ % đúng, sai

- Phải giữ ấm cho trẻ: Tỷ lệ % đúng, sai

- Tìm kiếm sự hỗ trợ của y tế sau sơ cứu: Tỷ lệ % đúng, sai

Nguồn tiếp cận thông tin:

- Có từng nghe về sơ cứu bỏng: Tỷ lệ % có nghe, chưa nghe

- Nguồn thông tin: tỷ lệ % sách báo, trường học, internet...

- Nhu cầu cung cấp thông tin: tỷ lệ % có nhu cầu, không có

2.7. Nội dung nghiên cứu chính

- Mô tả các thông tin về dân số học của người chăm sóc trẻ;

- Đánh giá hiểu biết của người chăm sóc trẻ về cách sơ cứu bỏng, bằng cách sử dụng bộ câu

hỏi phỏng vấn trực tiếp trong ngày đầu khi BN nhập viện;

- Đánh giá nhu cầu cần cung cấp thông tin sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ

2.8. Kỹ thuật thu thập thông tin và bộ công cụ thu thập thông tin

Nghiên cứu thu thập thông tin bằng mẫu phỏng vấn đối tượng nghiên cứu trực tiếp.

- **Bộ công cụ nghiên cứu:** Nhóm nghiên cứu tự xây dựng trên cơ sở tham khảo các công trình nghiên cứu của các tác giả Chirongoma (2017), Alomar (2016), Kattan (2016), Fiandeiro (2015) và Harvey (2011) để phỏng vấn trực tiếp các ĐTNC,

2.9. Quy ước điểm số, cách tính điểm, đánh giá kiến thức

+ Mỗi câu hỏi trong từng nội dung trả lời đúng hoặc thực hiện đúng được tính tương ứng 1 điểm nhân với hệ số, nếu trả lời sai không có điểm;

+ Cách xây dựng hệ số tùy thuộc vào mức độ, ý nghĩa, tầm quan trọng của nội dung, nhóm nghiên cứu đã tự xây dựng hệ số cho bộ phiếu khảo sát.

Biến số	Hệ số	Điểm chuẩn
Cần phải làm mát vùng bỏng ngay lập tức sau khi tai nạn bỏng xảy ra	2	2
Đặt vùng bỏng dưới vòi nước sạch cho chảy với tốc độ nhẹ nhàng	2	2
Thời gian cần thiết đặt vùng bỏng dưới vòi nước sạch là 20 phút	3	3
Bảo vệ vùng bỏng bằng Cling film (màng dính) hoặc băng sạch không dính, không có sợi	1	3
Cởi bỏ ngay quần/áo/đồ trang sức tại vùng bỏng	1	3
Giữ ấm cơ thể tránh hạ thân nhiệt	1	3
Sau sơ cứu đưa trẻ đến cơ sở y tế chuyên khoa	1	3
Tổng cộng:		11

Kiến thức được phân loại như sau:

+ Xếp loại đạt: Nếu tổng số điểm đạt từ 50% tổng số điểm chuẩn trở lên

+ Xếp loại không đạt: Nếu tổng điểm đạt dưới 50% tổng điểm chuẩn

Vì điểm chuẩn là 11 điểm nên kiến thức và thực hành được xếp ở mức độ đạt nếu tổng số điểm đạt từ 6 điểm trở lên và xếp không đạt nếu dưới 6 điểm.

2.10. Sai số và các biện pháp khống chế sai số

- Bộ công cụ được thiết kế rõ ràng, dễ hiểu, thống nhất và có sự cố vấn của các chuyên gia về lĩnh vực y tế bỏng;

- Tiến hành điều tra thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi tiến hành điều tra;

- Điều tra viên và cán bộ giám sát sẽ được tập huấn, giao nhiệm vụ cụ thể và được giám sát khi thực hiện các hoạt động điều tra.

2.11. Phương pháp quản lý, xử lý và phân tích số liệu

- Phiếu điều tra được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm EpiData và xử lý số liệu trên phần mềm Stata 14.00;

- Phân tích đơn biến để mô tả tần suất, tỷ lệ phần trăm về kiến thức của người chăm sóc trẻ, sự khác biệt coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$;

2.12. Đạo đức trong nghiên cứu.

- Đề cương nghiên cứu được phê duyệt và thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương của Ngành Y tế trước khi triển khai;

- Các thông tin do đối tượng cung cấp được cam kết giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích của nghiên cứu;

- Việc khảo sát chỉ được thực hiện khi ĐTNC tự nguyện, không ép buộc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về người chăm sóc nạn nhân bỏng là trẻ em

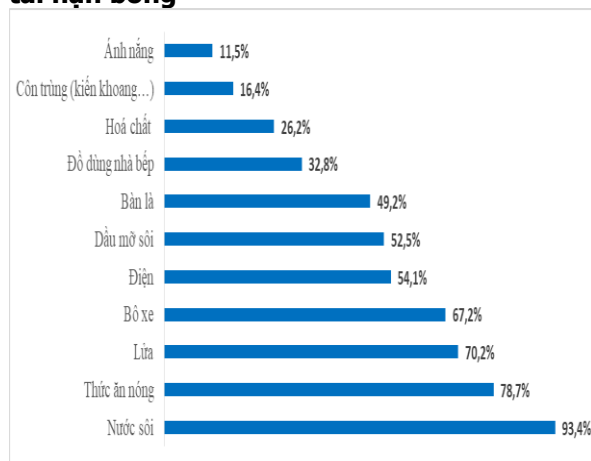
Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của người chăm sóc trẻ (n=61)

Đặc trưng	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới:		
Nam	07	11,5
Nữ	54	88,5
Dân tộc:		
Kinh	57	93,4
Dân tộc	04	6,6
Nơi sinh sống		
Thành thị (phường, thị trấn)	26	42,6
Khác (nông thôn, miền núi, hải đảo)	35	57,4
Nghề nghiệp:		
Nông dân	20	32,8
Công chức, viên chức, công nhân	10	16,4
Nội trợ	21	34,4
Khác (làm tóc, lái xe, kinh doanh, học sinh)	10	16,4
Kinh tế hộ gia đình		
Nghèo, cận nghèo	11	18,1
Bình thường	49	80,3
Khá	01	1,6

Nhận xét: Trong số 61 người chăm sóc trẻ, nữ giới chiếm đa số 88,5%, dân tộc Kinh là chủ

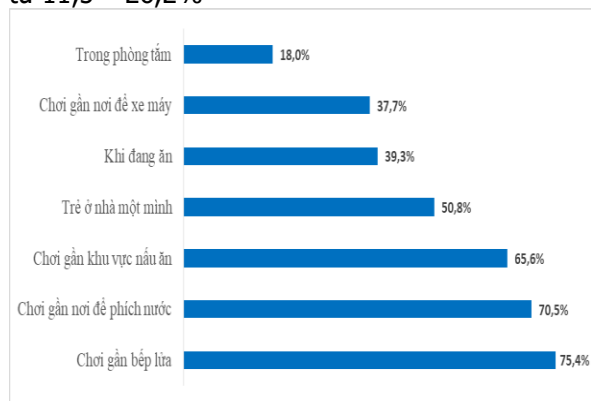
yếu 93,4%; người chăm sóc sống ở nông thôn, miền núi, hải đảo chiếm 57,4%, nội trợ chiếm 34,4%, nông dân chiếm 32,8%, kinh tế hộ gia đình chỉ từ mức khá trở lên không có hộ gia đình ở mức giàu, chiếm 1,6%.

3.2. Kiến thức của người chăm sóc trẻ về tai nạn bỏng



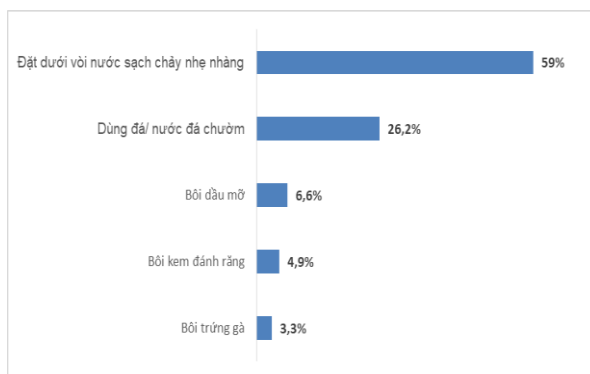
Hình 3.1. Kiến thức về nhận diện nguy cơ gây ra tai nạn bỏng (n=61)

Nhận xét: Hầu hết những người chăm sóc trẻ đều nhận biết được nguyên nhân gây ra tai nạn bỏng là do nước sôi chiếm 93,4%, kế đến là thức ăn nóng là 78,7%, thứ ba là lửa chiếm 70,2%, thứ tư là ô tô 67,2%, điện 54,1%, dầu mỡ sôi 52,5%, do bàn là chiếm 49,2%, đồ dùng nhà bếp 32,8%; các nguyên nhân khác như: hoá chất, côn trùng và ánh nắng, tỷ lệ nhận biết thấp từ 11,5 – 26,2%



Hình 3.2. Kiến thức về nhận diện hoàn cảnh gây ra tai nạn bỏng (n=61)

Nhận xét: Những người chăm sóc trẻ nhận biết được hoàn cảnh có thể gây ra tai nạn bỏng là bếp lửa 75,4%, phích nước 70,5%, khu vực nấu ăn 65,6%, trẻ ở nhà một mình 50,8%; nguyên nhân: phòng tắm, xe máy, bàn ăn tỷ lệ 18-39,3%



Hình 3.3. Kiến thức về cách làm mát tại vùng bỏng (n=61)

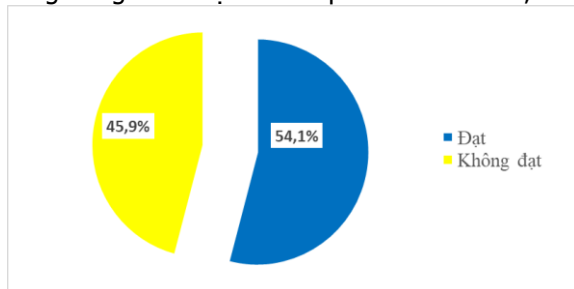
Nhận xét: Hầu hết những người chăm sóc trẻ đều biết ngay sau khi có tai nạn bỏng xảy ra phải làm mát tại vùng trẻ bị bỏng chiếm tỷ lệ rất cao 95,1%. Qua phỏng vấn 61 người chăm sóc trẻ thì hơn một nửa đã trả lời đúng sẽ làm mát vùng trẻ bị bỏng bằng cách đặt dưới vòi nước sạch cho chảy với tốc độ nhẹ nhàng chiếm 59%; tuy nhiên số người chăm sóc trẻ trả lời dùng đá hoặc nước đá để chườm lên vị trí bỏng chiếm 26,2%; dùng dầu mỡ, kem đánh răng, trứng gà bôi trực tiếp lên vùng bỏng lần lượt là: 6,6%, 4,9% và 3,3%.

Bảng 3.2. Kiến thức đúng về sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ (n=61)

Nội dung phỏng vấn và trả lời đồng ý	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Điểm trung bình 6,1 ± 1,5; thấp nhất 3 điểm, cao nhất 10 điểm, điểm chuẩn: 11		
Cần phải làm mát vùng bỏng ngay lập tức sau khi tai nạn bỏng xảy ra (*)	58	95,1
Đặt vùng bỏng dưới vòi nước sạch cho chảy với tốc độ nhẹ nhàng (*)	36	59,0
Thời gian cần thiết đặt vùng bỏng dưới vòi nước sạch là 20 phút (**)	05	8,2
Bảo vệ vùng bỏng bằng Cling film (màng dính) hoặc băng sạch không dính, không có sợi	00	0,0
Cởi bỏ ngay quần/áo/đồ trang sức tại vùng bỏng	57	93,4
Giữ ấm cơ thể tránh hạ thân nhiệt	52	85,2
Sau sơ cứu đưa trẻ đến cơ sở y tế chuyên khoa	57	100

Nhận xét: Trong số 61 người chăm sóc trẻ, có 36 người biết sử dụng nước sạch để làm mát vùng bỏng chiếm 59%; nhưng số người trả lời

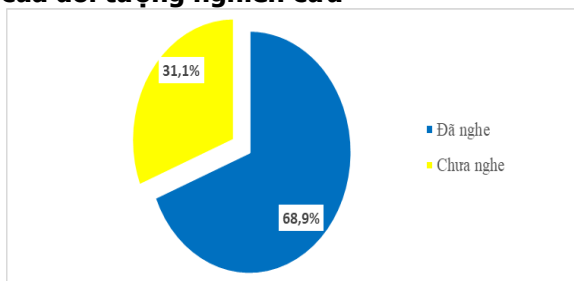
chính xác thời gian cần thiết để làm mát vùng bỏng bằng nước sạch là 20 phút chỉ chiếm 8,2%



Hình 3.4. Mức độ kiến thức sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ (n=61)

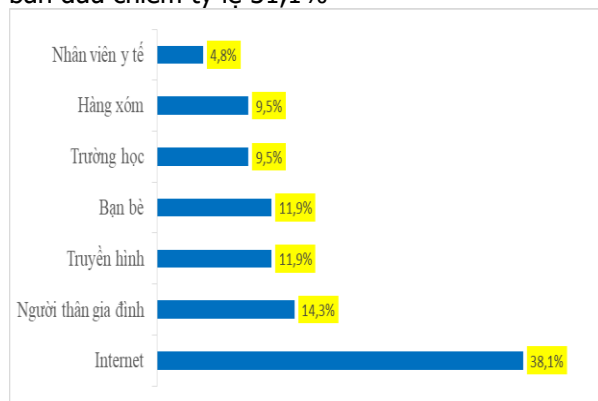
Nhận xét: Hơn 50% người chăm sóc trẻ có kiến thức sơ cứu bỏng ở mức độ đạt

3.3. Nhu cầu được cung cấp thông tin của đối tượng nghiên cứu



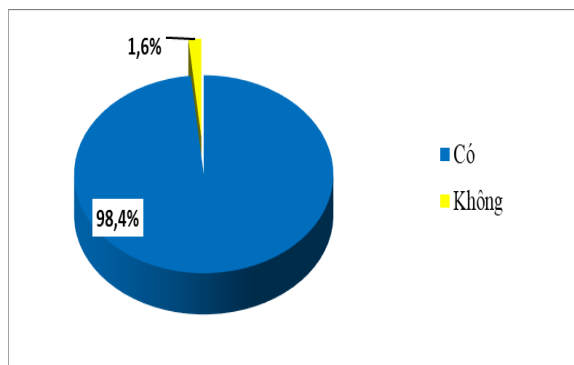
Hình 3.5. Tình hình nhận thông tin sơ cứu bỏng ban đầu (n=61)

Nhận xét: Trong số 61 người chăm sóc trẻ thì gần 1/3 chưa từng nghe về cách sơ cứu bỏng ban đầu chiếm tỷ lệ 31,1%



Hình 3.6. Nguồn cung cấp thông tin về sơ cứu bỏng ban đầu (n=42)

Nhận xét: Trong số 42 người chăm sóc trẻ đã từng nghe về cách sơ cứu bỏng ban đầu thì phần lớn nguồn thông tin nhận từ internet chiếm 38,1%, từ truyền hình chiếm 11,9%, từ trường học 9,5%, chỉ có 4,8% nhận được thông tin từ nhân viên y tế; Các nguồn thông tin khác từ hàng xóm, bạn bè và người thân, chiếm các tỷ lệ lần lượt là: 9,5%, 11,9% và 14,3%



Hình 3.7. Nhu cầu nhận thông tin sơ cứu bỏng của người chăm trẻ (n=61)

Nhận xét: Trong số 61 người chăm sóc trẻ thì hầu như tất cả 98,4% mong muốn được cung cấp thông tin về cách sơ cứu bỏng ban đầu

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng kiến thức sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ. Nghiên cứu của Lâm Thị Thu Tâm và cộng sự (2013) tiến hành phỏng vấn 384 người tại quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh về kiến thức và thái độ của người dân về sơ cứu bỏng thì có 314 người được phỏng vấn biết nguyên nhân bỏng do nước nóng chiếm 82% [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, hầu hết những người chăm sóc trẻ đều nhận biết được nguyên nhân gây ra tai nạn bỏng là do nước sôi chiếm 93,4%, kế đến là thức ăn nóng là 78,7%, thứ ba là lửa chiếm 70,2%, thứ tư là bộ xe 67,2%, điện chiếm tỷ lệ 54,1%, dầu mỡ sôi 52,5%, do bàn là chiếm 49,2%; một số nguyên nhân khác tỷ lệ nhận biết thấp hơn như: đồ dùng nhà bếp chiếm 32,8%, hoá chất 26,2%, côn trùng 16,4% và ánh nắng 11,5% (Hình 3.1).

Alomar và cộng sự (2016), đã sử dụng bảng câu hỏi có cấu trúc để phỏng vấn 408 người chăm sóc cho các bệnh nhân nhi tại bốn khoa cấp cứu thuộc các bệnh viện của Saudi Arabia. Kết quả nghiên cứu cho thấy hiểu biết về việc cấp cứu trong số những người chăm sóc rất hạn chế, 97% có kiến thức không thích hợp hoặc không biết về thời gian sử dụng nước mát hoặc nước sạch để chữa bỏng. Chỉ có 15% được đào tạo sơ cứu. 65% người chăm sóc cho biết đã tìm mọi cách dập tắt ngay ngọn lửa, 24% cho biết sẽ cởi bỏ ngay quần áo cháy sau khi tai nạn xảy ra [6]. Nghiên cứu của Đặng Quốc Hùng và cộng sự (2015) tiến hành nghiên cứu qua phỏng vấn 200 người dân tại xã An Đồng, An Dương, Hải Phòng về kiến thức sơ cứu ban đầu khi bị bỏng. Kết quả cho thấy: 48% người dân có kiến thức về sơ cứu khi bị bỏng nhiệt, 18% người được hỏi có kiến thức về sơ cứu bỏng điện, 6% có kiến thức về sơ

cứu bỏng hóa chất. Đánh giá chung cho thấy chỉ có 5% người dân có kiến thức về sơ cứu khi bị bỏng chung. Theo nhóm tác giả Đặng Quốc Hùng việc thiếu hụt kiến thức như vậy là một thực trạng rất đáng lo ngại vì đây là một trong những tai nạn thương tích thường gặp nhất. Do vậy, cần phải có các Chương trình can thiệp phù hợp để nâng cao kiến thức sơ cứu bỏng ban đầu dành cho cộng đồng [1].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kiến thức sơ cứu bỏng của người chăm sóc tại Bệnh viện Bình Định tốt hơn, người chăm sóc trẻ có kiến thức sơ cứu bỏng ở mức độ đạt chiếm 54,1%. Hầu hết những người chăm sóc đều biết cần phải làm mát vùng bỏng ngay lập tức sau khi tai nạn bỏng xảy ra chiếm 95,1% nhưng không có bất kỳ người chăm sóc nào biết cần phải dùng Cling film (màng dính) để bọc, bảo vệ, che chở tại vùng bỏng. Tỷ lệ người chăm sóc biết sẽ cởi bỏ ngay quần/áo/đồ trang sức tại vùng bỏng cao chiếm 93,4%, biết giữ ấm cơ thể cho trẻ tránh hạ thân nhiệt chiếm 85,2% và tất cả những người chăm sóc đều trả lời sau sơ cứu tại nhà sẽ đưa trẻ đến cơ sở y tế chuyên khoa (Bảng 3.2). Kết quả nghiên cứu của Lâm Thị Thu Tâm và cộng sự (2013) tại thành phố Hồ Chí Minh cũng tìm thấy khi bị bỏng người dân đã sử dụng nước lạnh sạch để sơ cứu bỏng chiếm tỷ lệ 63% nhưng chỉ có 59% trường hợp trả lời đây là phương pháp đầu tiên được lựa chọn [4]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, số người chăm sóc biết sử dụng nước sạch để làm mát vùng bỏng chiếm 59%.

Mặc dầu việc làm mát vết bỏng bằng nước lạnh sẽ giúp làm giảm tỷ lệ tử vong, giảm đau đớn, giảm tổn thương tế bào, giảm sưng, hạn chế mức độ bỏng sâu [2] và có thể ngăn chặn những biến chứng nặng nề khác do bỏng gây ra tuy nhiên số người bị bỏng và cộng đồng biết thời gian cần thiết để làm mát vết bỏng bằng nước lạnh là không nhiều. Fiandero và cộng sự (2015) đã kết luận việc làm mát sớm các trường hợp bỏng nặng trước khi vào viện là rất cần thiết. Nhiều BN sẽ được lợi từ việc làm mát các vết bỏng sớm và các cơ sở cần cung cấp thông tin này cho BN[9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, số người chăm sóc trẻ được phỏng vấn biết chính xác thời gian cần thiết để làm mát vùng bỏng chỉ chiếm 8,2% (Bảng 3.2).

4.2. Nhu cầu được cung cấp thông tin về sơ cứu bỏng của đối tượng nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hơn 1/3 người chăm sóc trẻ chưa từng được nghe về cách sơ cứu bỏng ban đầu chiếm tỷ lệ 31,1%

(Hình 3.3). Trong số những người chăm sóc trẻ đã từng nghe về cách sơ cứu bỏng ban đầu thì nguồn thông tin từ nhân viên y tế chiếm 4,8%, từ bạn bè, người thân, hàng xóm chiếm phần lớn là 35,7% (Hình 3.6). Từ các kết quả nghiên cứu cho thấy có sự thiếu hụt thông tin về sơ cứu bỏng và nguồn thông tin đáng tin cậy từ cơ quan chuyên môn. Nghiên cứu của Nguyễn Như Lâm (2017) cũng cho thấy các nguồn thông tin chủ yếu đến từ đa phương tiện và chỉ có 8% qua giáo dục chính thức tại trường học [3].

V. KẾT LUẬN

Số người có kiến thức sơ cứu bỏng xếp ở mức độ đạt còn thấp, chỉ chiếm 54,1% đối tượng nghiên cứu. Trong số 61 người chăm sóc trẻ, chỉ có 6 người biết chính xác thời gian cần thiết để làm mát vết bỏng bằng nước sạch, nước mát chiếm 9,8%. Số người có thực hành sơ cứu bỏng ở mức độ đạt chiếm 23%.

Gần 1/3 đối tượng nghiên cứu chưa từng nghe về cách sơ cứu bỏng ban đầu chiếm tỷ lệ 31,1%. Trong số 42 người chăm sóc trẻ đã từng nghe về cách sơ cứu bỏng ban đầu thì phần lớn nguồn thông tin nhận từ internet chiếm 38,1%; Các nguồn thông tin khác từ hàng xóm, bạn bè và người thân, chiếm các tỷ lệ lần lượt là: 9,5%, 11,9% và 14,3%. 98,4% đối tượng nghiên cứu mong muốn được cung cấp thông tin về cách sơ cứu bỏng ban đầu

Từ kết quả nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy cần thiết phải có Chương trình can thiệp thông qua các Chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe để cải thiện nâng cao kiến thức cho cộng đồng về sơ cứu bỏng đặc biệt chú trọng đến giáo dục người dân sử dụng nước lạnh, nước mát để sơ cứu ngay tại nhà và giáo dục thời gian cần thiết cho việc làm mát vết bỏng là vô cùng quan trọng để hạn chế biến chứng, tổn thương sâu và nhiễm trùng vết bỏng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đặng Quốc Hùng (2015)**, "Đánh giá về kiến thức sơ cứu ban đầu khi bị bỏng của người dân tại xã An Đông, An Dương, Hải Phòng", Tạp chí Y học thảm họa và bỏng. 3.
- Thái Quang Hùng (2006)**, "Dịch tễ học chấn thương do bỏng ở bệnh nhân nhập viện điều trị tại bệnh viện Daklak 1998 - 2002", Tạp chí Y tế Công cộng. 3(3), tr. 23-26
- Nguyễn Như Lâm, Nguyễn Gia Tiến và Chu Anh Tuấn (2017)**, "Nhận thức về sơ cứu bỏng ở nhóm nguy cơ cao", Tạp chí Y học thảm họa và bỏng. 6(2017).
- Lâm Thị Thu Tâm, Susan Norwood và Trần Thiện Trung (2013)**, "Kiến thức và thái độ của người dân về sơ cứu bỏng tại quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí

- Mình. 17(4), tr. 223-228.
5. **Nguyễn Thông và Đặng Tất Thắng (2015)**, "Đánh giá thực trạng tai nạn bỏng trẻ em tại khoa Bỏng, Bệnh viện Saint Paul Hà Nội trong 5 năm từ 2010-2014", Tạp chí Y học thăm hợa và bỏng. 2.
 6. **Alomar, M., Rouqi, F. A., and Eldali, A. (2016)**, "Knowledge, attitude, and belief regarding burn first aid among caregivers attending pediatric emergency medicine departments", Burns. 42(4), pp. 938-43.
 7. **Chirongoma, F., Chengetanai, S., and Tadyanemhandu, C. (2017)**, "First aid practices, beliefs, and sources of information among caregivers regarding paediatric burn injuries in Harare, Zimbabwe: A cross-sectional study", Malawi Med J. 29(2), pp. 151-154.
 8. **Fadeyibi, I. O., et al. (2015)**, "Practice of first aid in burn related injuries in a developing country", Burns. 41(6), pp. 1322-32.
 9. **Fiandeiro, D., Govindsamy, J., and Maharaj, R. C. (2015)**, "Prehospital cooling of severe burns: Experience of the Emergency Department at Edendale Hospital, KwaZulu-Natal, South Africa", S Afr Med J. 105(6), pp. 457-60.

LẤY DỊ VẬT TRONG TIM BẰNG DỤNG CỤ QUA ỔNG THÔNG KINH NGHIỆM TỪ 25 BỆNH NHÂN TRƯỞNG THÀNH TẠI BV CHỢ RẪY

Nguyễn Thượng Nghĩa*

TÓM TẮT

Cơ sở nghiên cứu: Dị vật trong buồng tim và các mạch máu lớn trong tim xảy ra thường do biến chứng của các thủ thuật xâm lấn như đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để nuôi ăn hoặc truyền thuốc,... và có thể gây biến chứng nặng: nhiễm trùng, thuyên tắc, tử vong. Tại BV Chợ rẫy, chúng tôi đó tổng kết 25 trường hợp dị vật trong buồng tim và các mạch máu lớn từ 4/2006 tới 11/2019. **Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu, mô tả loạt ca. Tại khoa Tim mạch Can thiệp từ 04/2006 đến 11/2019, chúng tôi đó thực hiện thành công 23/25 trường hợp (92%) lấy dị vật nội mạch qua da bằng thông lợng gập góc (goose neck snare). Dị vật là một đoạn ống thông tĩnh mạch trung tâm bị gãy hoặc dây dẫn bị tụt rời đi chuyển và ket lại trong tim phải và tĩnh mạch chủ hoặc stent, dù bít thông liên nhĩ, thông liên thất hoặc ống động mạch bị rớt trong quá trình can thiệp.

Kết quả: Lấy thành công dị vật trong buồng tim và các mạch máu lớn 23/25 (92%) trường hợp bằng thông lợng gập góc qua da. Không có tai biến trong quá trình làm thủ thuật.

Kết luận Lấy dị vật trong buồng tim và mạch máu lớn qua ống thông có tính an toàn, hiệu quả với tỉ lệ thành công cao (92%) và không có ca nào bị biến chứng. Nên kỹ thuật lấy dị vật qua da bằng thông lợng được xem là phương pháp chọn lựa đầu tiên để lấy dị vật trong buồng tim và các mạch máu lớn.

SUMMARY

PERCUTANEOUS RETRIEVAL OF FOREIGN BODIES IN THE HEART AND MAJOR VESSELS

Background: We reviewed our recent experiences with percutaneous retrieval of intravascular foreign bodies and the tools available to

retrieve in Cho Ray hospital. **Materials and methods:** Since 4/2006-11/2019, we attempted retrievals successfully 23/25 (92%) intravascular foreign bodies in 25 patients including: catheter (Cavafix), Implantofix (used in chemotherapy in Cancer patient), a fragment of catheter CVP in intra-arterial, one renal stent & 4 devices for closure of ASD, VSD, PDA. The percutaneous retrieval of foreign bodies in the heart and major vessels could be achieved with a combination of guide catheter, and snare. Not any complication occurred during procedures.

Results: Percutaneous retrieval was successful in 23/25 patients (92%) with the use of goose neck snare. No complication occurred during the procedures.

Conclusion: Percutaneous retrievals with goose neck snares is an effective and safe technique that should be the first choice for removal of foreign bodies in the heart and major vessels.

Keyword: Retrieval foreign body snare

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật trong buồng tim và các mạch máu lớn trong tim xảy ra thường do các biến chứng của các thủ thuật xâm lấn như đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để nuôi ăn hoặc truyền thuốc,... và có thể gây biến chứng nặng như: Huyết khối, Lấp mạch phổi hoặc các máu máu ngoại biên. Do đó, chúng phải được lấy ra khỏi hệ tim mạch hoặc bằng phẫu thuật tim hở rất phức tạp nhiều biến chứng, hoặc bằng kỹ thuật lấy bằng dụng cụ qua da đơn giản hơn. Lấy dị vật bằng dụng cụ trong tim và các mạch máu lớn đó được thực hiện cách đây hơn 40 năm. Từ ca dị vật đầu tiên được lấy qua da là đoạn dây dẫn mềm bị gãy rơi vào trong tĩnh mạch chủ trên và nhĩ phải [5]. Tuy nhiên, do số ca rớt dị vật, rải rác nên cho đến ngày nay vẫn chưa nhiều tổng kết về lấy dị vật bằng dụng cụ qua da [1,2,3]. Tại Việt Nam chúng ta, do kỹ thuật can thiệp qua da chỉ phát triển gần đây từ năm 1999 nên số lượng ca lấy

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: nghia2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

dị vật qua da cũng ít và chưa có nhiều tổng kết. Tại BV Chợ Rẫy, chúng tôi đã tổng kết 25 trường hợp dị vật trong buồng tim và các mạch máu lớn từ năm 4/2006 tới 11/2019 tại phòng thông tim BV Chợ Rẫy.

Các dị vật thường rơi trong thực hành lâm sàng là: ống thông tĩnh mạch trung tâm được sử dụng phổ biến trong hoá trị, chạy thận nhân tạo, nuôi ăn qua đường truyền tĩnh mạch, điều trị kháng sinh lâu dài cũng như theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm trong các trường hợp choáng [3,4]. Các dị vật khác có thể gặp trong các thủ thuật can thiệp trên hệ tim mạch như: dù bít thông liên nhĩ, thông liên thất, còn ống động mạch, stent,... Ngày nay, can thiệp nội mạch các bệnh lý tim mạch qua ống thông ngày càng được hoàn thiện, và trở nên phổ biến thì các biến chứng rơi dị vật trong tim và mạch máu lớn trong tim trong quá trình thủ thuật ngày càng có khuynh hướng dễ gặp hơn. Một trong những biến chứng có thể gặp trong quá trình đặt và sử dụng ống thông tĩnh mạch trung tâm là dây dẫn bị tuột vào trong lòng mạch hoặc ống thông bị vỡ hoặc bị gãy với một đoạn ống thông di chuyển vào sâu hơn trong cơ thể gây thuyên tắc do dị vật. Thường gặp nhất là đoạn ống thông gãy, bị kẹt lại trong tim phải gây loạn nhịp tim hoặc hở van tim. Ít hơn là đoạn gãy này di chuyển lên động mạch phổi và kẹt lại ở đó gây nhồi máu phổi. Nên các kỹ thuật lấy dị vật trong buồng tim và các mạch máu lớn qua ống thông ngày càng thường gặp hơn và hoàn thiện hơn trong thực hành tim mạch can thiệp hoặc Xquang can thiệp. Các kỹ thuật nội mạch có thể lấy dị vật trong lòng mạch máu lớn qua ống thông bao gồm: kèm nội mạch (endovascular forcep), rổ lấy dị vật (retrieval basket) và thông lòng gấp góc (snare)[3,4]

Tại khoa Tim Mạch can thiệp từ 04/2006 – 11/2019, chúng tôi đã thực hiện thành công 23/25 trường hợp (92%) lấy dị vật nội mạch qua da bằng thông lòng gấp góc (goose neck snare). Dị vật thường gặp là một đoạn ống thông tĩnh mạch trung tâm bị gãy hoặc dây dẫn bị tụt rồi di chuyển và kẹt lại trong tim phải và tĩnh mạch chủ hoặc stent, dù bị rơi trong quá trình can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả loạt ca.

Dân số nghiên cứu; Tất cả các trường hợp dị vật rơi trong tim và các mạch máu lớn được hội chẩn với tim mạch can thiệp có chỉ định lấy dị vật qua ống thông từ 04/2006 – 11/2019 tại Phòng thông tim BV Chợ Rẫy.

Phương pháp thực hiện. Tất cả các bệnh

nhân đều được khám lâm sàng cẩn thận và xét nghiệm tiền phẫu đầy đủ. Các dị vật sẽ được xác định bằng soi chụp XQ, soi trên màn tăng sáng của máy DSA, hoặc chụp CT cắt lớp mô tả rõ vị trí, chiều dài, hình dạng trong không gian 3D. Sau khi chuẩn bị đầy đủ, bệnh nhân được tiến hành thủ thuật tại phòng thông tim.

Các dữ liệu nghiên cứu sẽ được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 210, thống kê bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 4/2006 -11/2019, tại phòng thông tim BV Chợ Rẫy, chúng tôi thực hiện thành công lấy dị vật qua ống thông 23/25 bệnh nhân (92%) bằng thông lòng gấp góc (goose neck snare), không có biến chứng xảy ra (0%) (Bảng 4)

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=25)	Trung bình ± độ lệch chuẩn n (%)
Tuổi (*)	42,2 ± 19,04
Giới: Nam	20 (80%)
Nữ	5 (20%)
(*)Bệnh nhân nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 81 tuổi	

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu 42.2 tuổi, đa số là nam giới chiếm tỉ lệ 80%

Bảng 2: Đặc điểm vị trí tiếp cận mạch máu

Đặc điểm (n=25)	Trung bình ± độ lệch chuẩn n (%)
Vị trí tiếp cận	
Tĩnh mạch đùi phải	18 (72%)
Tĩnh mạch đùi trái	2 (8%)
Cả 2 tĩnh mạch đùi	9 (36%)
Động mạch đùi phải	2 (8%)
Khác (*)	1 (4%)
Heparin (đơn vị)	2900 ± 730,5
Kháng sinh dự phòng	14 (56%)
(*) Một trường hợp rạch da lấy Mini wire ở động mạch quay	

Heparin phải sử dụng trong thủ thuật với liều trung bình 2900 UI, Hơn 50% bệnh nhân phải sử dụng kháng sinh dự phòng. Đa số BN được tiếp cận qua đường TM đùi phải 18/25 (72%), có 9 BN tiếp cận từ cả hai TM đùi (36%), 2 BN tiếp cận từ TM đùi trái (8%). Hầu hết BN đều được sử dụng thông lòng gấp góc 23/25 ca (92%), 4 ca phải sử dụng thêm ống thông đuôi heo 5F (pigtail catheter), 3 ca phải sử dụng thêm ống thông JR4 5F, 4 ca sử dụng thêm ống thông đa năng MP 5F để hỗ trợ thay đổi hướng xoay, vị trí, tư thế của dị vật trong buồng tim & mạch máu lớn từ đó thông lòng gấp góc dễ dàng bắt lấy đầu nút của dị vật. (Bảng 3)

Bảng 3: Đặc điểm thủ thuật lấy dị vật (n=25 bệnh nhân)

TT	Vị trí rơi dị vật	Dị vật	Dụng cụ lấy dị vật chính	Dụng cụ kết hợp	Sheath
1	ĐM phổi	Dù ASO	Snare	Pigtail	14
2	TM chủ dưới	Guidewire 0,035 50cm	Snare	JR 4.0	7
3	ĐM cảnh T – thất trái	Guidewire 0,035 50cm	Snare	JR 4.0	7
4	TM chủ dưới – TM chủ trên	Guidewire 0,035 50cm	Snare	MP	9
5	TM cảnh trong P-TM chủ dưới	Guidewire 0,035 50cm	Snare		9
6	Nhĩ P	Catheter TM trung tâm	Snare	Pigtail	8
7	TMCT – Nhĩ P – Thất P	Catheter TM trung tâm	Snare		8
8	ĐM quay	Mini wire	Rạch da		-
9	TM chủ dưới – TM chậu P	Guidewire 0,035 50cm	Snare		8
10	TM cảnh trong P	Không ghi nhận dị vật	-		10
11	TMC trong P	Guidewire 0,035 50cm	Snare		9
12	TM chủ trên – Nhĩ P	Ống thông Hickman	Snare		10
13	ĐM phổi	Dù ASO	Snare		10
14	TM chủ trên – TM đùi P	Guidewire 0,035 50cm	Snare	Pigtail	8
15	TM chủ dưới- Nhĩ P	Catheter TM trung tâm	Snare		10
16	Thất P – ĐM phổi	Dây dẫn PM vĩnh viễn	Snare	Pigtail	8
17	TM cảnh trong P-TM chủ dưới	Guidewire 0,035 50cm	Snare	MP	8
18	TM dưới đờn P-TM chủ dưới	Guidewire 0,035 50cm	Snare	MP	8
19	TM chủ trên – TM chủ dưới	Guidewire 0,035 50cm	Snare		10
20	ĐM phổi T	Dù ADO I 16/14	Snare		12
21	ĐM phổi P	Dù ADO II 5/4	Snare	JR 4.0; MP	10
22	TM chủ trên – TM chủ dưới	Ống thở oxy 10F 40cm	Snare		14
23	TM chủ trên-TM chủ dưới	Catheter TM trung tâm	Snare		7
24	TM chủ trên-TM chủ dưới	Guidewire 0,035 50cm	Snare		7
25	ĐM chủ bụng	Stent ĐM thận 5*18mm	Snare		8

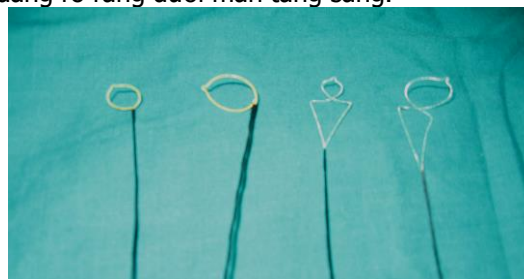
ĐM: động mạch; TM: tĩnh mạch; P: phải, T: trái, PM: máy tạo nhịp; Snare: Thông lọng gập góc

Bảng 4: Kết quả lấy dị vật

Đặc điểm (n=25)	Trung bình ± độ lệch chuẩn n (%)
Thành công về mặt kỹ thuật	23 (92%)
Thành công về mặt thủ thuật	21 (84%)
Biến chứng	0

Các bệnh nhân đều bị rút dị vật trong quá trình thực hiện thủ thuật/phẫu thuật tại các chuyên khoa khác, bệnh viện khác. Chỉ có 4 ca tim bẩm sinh rút dù sau can thiệp tại Khoa Tim mạch Can thiệp BV Chợ Rẫy. 4 bệnh nhân tim bẩm sinh bị biến chứng sau thủ thuật can thiệp qua ống thông, bao gồm 1 BN thông liên nhĩ bị rút dù ASO sau khi bít dù ½ tháng, 1 BN rút dù ASO sau 2 tháng, 1 BN còn ống động mạch bị biến chứng rút dù ADO 1 sau 6 tháng, 1 BN thông liên thất rút dù ADO II trong quá trình thủ thuật bít dù điều trị bệnh tim bẩm sinh bằng dụng cụ qua ống thông. Cả 4 ca tim bẩm sinh được can thiệp đều rút dù trong động mạch phổi. Dị vật đa số bị rút trong quá trình thủ thuật đặt TM trung tâm, 12/25 (48%) bệnh nhân bị rút dây dẫn mềm

kim loại (guidewires), 4/25 (16%) BN bị rút ống thông mềm (catheters), 1 BN bị rút ống thông Hickman, 1 BN bị rút ống thông thở Oxy rút vào TMC trong quá trình phẫu thuật cắt bỏ U xơ tử cung lớn, 1 BN bị một dây dẫn máy tạo nhịp tim bị gãy. Tất cả các dây dẫn mềm (guidewires), ống thông TM trung tâm đều cản quang dưới màn tăng sáng, có chiều dài khoảng 50cm, và hai đầu mút tự do trong TMC trung tâm. Chỉ có 1 bệnh nhân có 1 đầu dây dẫn mềm (guidewires) nằm ngay dưới da, chỗ đâm kim nên đã dễ dàng rạch da để lấy ra, và chỉ ống thông thở Oxy không cản quang rõ ràng dưới màn tăng sáng.

**Hình 1:** Các loại thông lọng gập góc với các kiểu dáng và kích thước khác nhau

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù, lấy dị vật trong tim và các mạch máu lớn không phải là một khái niệm mới trên thế giới, tuy nhiên ở bệnh viện Chợ Rẫy cũng như một số tỉnh thành phía nam, đây là những ca đầu tiên thực hiện lấy dị vật qua da bằng dụng cụ can thiệp. Do chúng tôi không có nhiều kinh nghiệm, và khi thực hiện chúng tôi làm theo kinh nghiệm một số chuyên gia nước ngoài. Các dụng cụ rơi trong tim và các mạch máu lớn mà chúng tôi gặp tại bệnh viện chúng tôi đều là các đoạn ống thông hoặc dây dẫn mềm kim loại hoặc stent, dù ASO (2 ca), dù ADO (2 ca) bị đứt hoặc rút ra trong quá trình thủ thuật nên chúng tôi đều có một đầu tự do trong mạch máu lớn nên chúng tôi sử dụng các loại thông lọng gập góc để lấy dị vật ra. Theo tác giả Cekirge, thông lọng gập góc là dụng cụ sử dụng đầu tiên khi lấy dị vật trong tim và các mạch máu lớn [6]. Khi sử dụng thông lọng gập góc thường chọn thông lọng có đường kính vòng xấp xỉ đường kính mạch máu nơi chứa dị vật. Tất cả các trường hợp lấy dị vật trong nghiên cứu của chúng tôi đều sử dụng thông lọng gập góc đường kính 20 mm (23 ca). Theo một số báo cáo của các tác giả nước ngoài, thông lọng gập góc có thể lấy thành công hầu hết các dị vật trong tim và các mạch máu lớn. Do sự phát triển của tim mạch can thiệp, X quang can thiệp, mà càng ngày càng nhiều loại dụng cụ lấy dị vật như: Kềm gấp dị vật (forcep), Rổ gấp dị vật (basket),... nhưng thông lọng gập góc vẫn là dụng cụ lấy dị vật đơn giản, dễ sử dụng, thường dùng nhất và rất hiệu quả. (Hình 1)

So sánh với kết quả tổng kết của tác giả Bonvini và cs. trong vòng 3 năm tại một trung tâm, đa số các dị vật rơi trong các buồng tim hoặc các mạch máu lớn là do các ống thông tĩnh mạch nuôi ăn hoặc truyền thuốc và được lấy ra hầu hết thành công với thông lọng gập góc (21/ 22 dị vật) và không có biến chứng [1]. Một tổng kết khác tại San Paulo (Brazil) trong thời gian 6 năm (1985 – 1991) cũng cho kết quả tương tự: Đa số dị vật là ống thông trong tim bị đứt hoặc rút (14 /15 ca, chiếm tỉ lệ 93.3%), một dị vật là dây dẫn mềm can thiệp bị đứt khi can thiệp nhánh động mạch mũ và tất cả các dị vật đều được lấy thành công bằng thông lọng gập góc [2].

Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với tỉ lệ lấy dị vật thành công 92% (23/25 ca) mà không có biến chứng nào xảy ra (0%) (Bảng 1)

Khi tim mạch học can thiệp và X quang can thiệp càng phát triển thì bản chất các dị vật cũng

thay đổi theo, các dị vật là các dụng cụ can thiệp ngày càng nhiều hơn như trong một số tổng kết của các tác giả Erdmann & cs., Eggin &cs. thì các dị vật thường là: đoạn điện cực bị đứt, stent, lưới lọc tĩnh mạch chủ bị trôi, bóng nong van, lò xo làm tắc mạch (coils), stents, dù bit ASD, VSD,...[3,4]. Tuy nhiên hầu hết các dị vật đều được lấy ra thành công bằng thông lọng gập góc mặc dù ngày càng nhiều loại dụng cụ lấy dị vật được chế tạo và sử dụng như: kềm gấp dị vật (endovascular forcep) và rổ gấp dị vật (endovascular basket). Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có 5 ca rút hoặc đứt gãy dụng cụ can thiệp cần phải lấy ra bao gồm: 2 ca rút dù ASO vào động mạch phổi để bit dù thông liên nhĩ một ca thành công một ca thất bại phải gửi bệnh nhân đi phẫu thuật tim hở; 2 ca rút dù trong quá trình bit dù còn ống động mạch và thông liên thất đều lấy ra được bằng thông lọng gập góc; 1ca đứt dây điện cực vĩnh viễn được lấy ra thành công bằng thông lọng gập góc và 1 ca rút stent trong quá trình can thiệp động mạch thận cũng được thu hồi thành công không biến chứng.

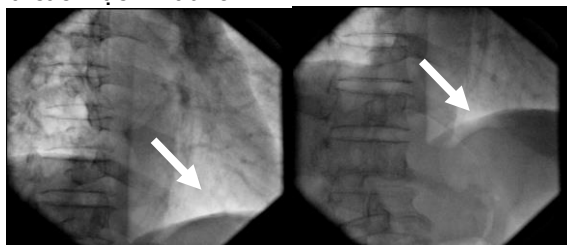
So sánh với các tổng kết nước ngoài, thì thời gian trung bình lấy dị vật của chúng tôi có dài hơn: thời gian lấy dị vật trung bình của chúng tôi 57 phút, Eggin và cs. là 15-30 phút [3].

Ca lâm sàng minh họa. Bệnh nhân nam, 81 tuổi, hậu phẫu ngày thứ ba mổ viêm phúc mạc do thủng dạ dày biến chứng choáng nhiễm trùng. Bệnh nhân được đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm đường tĩnh mạch cảnh trong phải (CVP) bằng ống thông Cavafix trong tình trạng tri giác lơ mơ và kích động. Một đoạn ống thông bị đứt và di chuyển vào sâu hơn bên trong cơ thể. X-quang ngực thẳng nghi ngờ đoạn ống thông này kẹt trong tim. Siêu âm tim khẳng định có dị vật trong nhĩ phải. Bệnh nhân được chuyển khẩn tới khoa tim mạch can thiệp và chúng tôi đã xác định dưới màn huỳnh quang tăng sáng dị vật nằm kéo dài từ nhĩ phải xuống tĩnh mạch chủ dưới (Hình 2). Chúng tôi đó dùng thông lọng lấy dễ dàng ra dị vật là một đoạn ống thông Cavafix dài 13 cm (Hình 3). Thủ thuật kết thúc sau 30 phút, không tai biến.

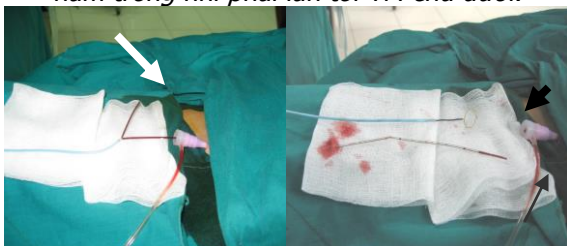
IV. KẾT LUẬN

Lấy dị vật trong buồng tim và các mạch máu lớn qua da không phải là một khái niệm mới, nhưng đối với Việt Nam, đây là những ca đầu tiên được chúng tôi thực hiện. Thủ thuật này đơn giản và được chứng minh về tính an toàn, tính hiệu quả với tỉ lệ thành công cao 92% và không biến chứng (0%). Thủ thuật này tránh cho bệnh nhân khỏi phải trải qua phẫu thuật và

rút ngắn được thời gian nằm viện. Lấy dị vật qua da bằng thông lộng được xem là phương pháp chọn lựa đầu tiên để lấy dị vật trong buồng tim và các mạch máu lớn.



Hình 2: Hình ảnh ống thông cản quang (mũi tên) nằm trong nhĩ phải lan tới TM chủ dưới.



Hình 3: Đoạn ống thông Cavafix (mũi tên nhỏ) được lấy ra bằng thông lộng (mũi tên lớn)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bonvini RF, Rastan A, Sixt S, Noory E, Beschorner U, Leppanen O, Mach F, Schwarzwlder U, Brgelin K, Zeller T. Percutaneous retrieval of intravascular and intracardiac foreign bodies with a dedicated three-dimensional snare: A 3-year single center experience. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2009 Apr 7.
2. Cantarelli MJ, de Paola Ade A, Alves CM, Souza JA, Castello Jnior HJ, Hermann JL, Lamounier EN, Guimares RF, Portugal OP, Martinez Filho EE. Percutaneous retrieval of intravascular foreign bodies][Article in Portuguese]. *Arq Bras Cardiol.* 1993 Mar;60(3):171-5.
3. Eglin TK, Dickey KW, Rosenblatt M, Pollak JS. Retrieval of intravascular foreign bodies: experience in 32 cases. *AJR* 1995;164:1259-12643.
4. Erdmann E et al. Percutaneous transfemoral foreign body removal from the heart or great vessels][Article in German] *Dtsch Med Wochenschr.* 1988 Oct 14;113(41):1594-7.
5. Thomas J, Sinclair SB, Bloomfield D, Davachi A. Nonsurgical retrieval of a broken segment of steel spring guide from right atrium and inferior vena cava. *Circulation* 1964;30:106-108
6. Cekirge S, Foster A, Weiss J, McLean G. Percutaneous removal of an embolized Wallstent during a transjugular intrahepatic portosystemic shunt procedure. *J Vasc Interv Radiol* 1993;4:559-560

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA TRẺ SƠ SINH TẠI ĐƠN VỊ HỒI SỨC CẤP CỨU SƠ SINH – BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hoàng Thị Huệ*, Nguyễn Văn Sơn*, Lê Thị Kim Dung*, Nguyễn Thị Quyên*, Nguyễn Mạnh Tuấn*, Phạm Ngọc Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của trẻ sơ sinh tại Đơn vị hồi sức cấp cứu sơ sinh (NICU) lúc nhập viện và xác định mối liên quan giữa TTDD với một số yếu tố của người mẹ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu mô tả cắt ngang tại NICU – Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên được thực hiện từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 2 năm 2020. Đối tượng nghiên cứu bao gồm trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 33 tuần trở lên được tiếp nhận tại NICU trong vòng 24 giờ tuổi. Các chỉ số nhân trắc được áp dụng để đánh giá TTDD bao gồm cân nặng, chiều dài, vòng đầu theo giới và tuổi thai dựa vào biểu đồ INTERGROWTH – 21st. Mối liên quan giữa một số đặc điểm của người mẹ với tình trạng thấp còi và nhẹ cân so với tuổi thai được phân tích. **Kết quả:** Tổng số có 139 trẻ được nghiên cứu, với tuổi thai trung bình là

36,7 ± 2,2 tuần. Tỷ lệ trẻ sinh non tháng vừa, non tháng muộn, đủ tháng và già tháng lần lượt là 7,2%, 38,8%, 52,5% và 1,4%. Thời gian điều trị trung bình tại NICU là 5,6 ± 3,7 (ngày). Suy hô hấp (82,7%), bú kém/nôn trớ (7,9%), vàng da sớm (2,9%) là những lý do nhập viện thường gặp. Cân nặng, chiều dài và vòng đầu nhỏ hơn so với tuổi thai (dưới bách phân vị thứ 10) chiếm tỷ lệ lần lượt là 22,3%, 26,6% và 22,3%. Tỷ lệ các chỉ số tương ứng lớn hơn so với tuổi thai (trên bách phân vị 90) lần lượt là 5,8%, 4,3% và 8,6%. Tăng cân trong thai kỳ và số con có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng còi cọc và nhẹ cân so với tuổi thai. **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ sơ sinh vào điều trị tại NICU có TTDD kém còn cao. Mẹ sinh con lần đầu hoặc tăng cân thai kỳ thấp hơn bình thường có nguy sinh con suy dinh dưỡng còi cọc và nhẹ cân so với tuổi thai.

Từ khóa: sơ sinh, tình trạng dinh dưỡng, intergrowth, nhẹ cân so với tuổi thai

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF NEONATES IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT – THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: To assess nutritional status of

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Huệ
Email: lily94bg@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.2.2020
Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020
Ngày duyệt bài: 10.4.2020

neonates in the neonatal intensive care unit (NICU) and examine its association with maternal characteristics. **Materials and methods:** A cross-sectional study was undertaken in Thai Nguyen National Hospital during July 2019-February 2020. Subjects were neonates born at 33 weeks of gestation or later and admitted to NICU within 24 hours after birth. Anthropometry-based nutritional status was assessed using the INTERGROWTH – 21st chart, and the association of maternal characteristics with stunting and small for gestational age (SGA) was investigated. **Results:** A total of 139 neonates were recruited, with an average gestational week of 36.7 (SD 2.2). The proportion of moderate preterm, late preterm, term and post-term babies were 7.2%, 38.8%, 52.5% and 1.4%, respectively. Mean length of stay at NICU was 5.6 days (SD 3.7). Neonatal respiratory distress, poor breastfeeding or gastroesophageal reflux and early onset jaundice were the main reasons for NICU admission, with the respective prevalence being 82,7%, 7,9% and 2,9%. The proportion of SGA, short length and small head circumference for gestational age (<10th centile) were 22.3%, 26.6% and 22.3%, respectively. The corresponding data on large newborn sizes for gestational age (>90th centile) were 5.8%, 4.3% and 8.6%, respectively. Gestational weight gain and parity were significantly associated with stunting and SGA. **Conclusions:** The prevalence of poor nutrition status among neonates at NICU remains high. Primigravida and low gestational weight gain may increase the risk of stunting and SGA.

Keywords: neonate, nutrition status, intergrowth, small for gestational age

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng ở trẻ sơ sinh là vấn đề thường gặp tại Việt Nam, trong đó tỷ lệ sơ sinh cân nặng thấp (dưới 2.500 gam) vẫn còn ở mức cao. Một nghiên cứu tại Thái Nguyên năm 2016 cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân so với tuổi thai là 15,6% [6], và số liệu ở Trà Vinh năm 2017 về tỷ lệ trẻ có cân nặng sơ sinh thấp là 8,03% [1]. Sự chênh lệch về tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa các vùng có thể do sử dụng các phương pháp đánh giá khác nhau.

Hiện nay trên thế giới có rất nhiều biểu đồ tăng trưởng dùng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của trẻ sơ sinh, gần như mỗi quốc gia phát triển đều có một biểu đồ riêng. Tuy nhiên, do mỗi quốc gia đều có thước đo riêng dẫn đến khó có thể so sánh sự phát triển giữa các chủng tộc, khu vực địa lý, ... khác nhau. Để khắc phục những hạn chế trên, Hiệp hội phát triển thai nhi và trẻ sơ sinh quốc tế thế kỉ 21 (INTERGROWTH-21st) đã công bố một tiêu chuẩn quốc tế về cân nặng, chiều dài, vòng đầu cho thai nhi, trẻ sơ sinh. Đây là dự án đa trung tâm, đa sắc tộc, được thực hiện tại 8 quốc gia khác nhau và lấy mẫu từ đoàn hệ dân số ít nguy

cơ [7]. Dự án được kỳ vọng đưa ra một thước đo chung áp dụng cho các quốc gia trên thế giới.

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng TTDD khi sinh có ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ sơ sinh. Nghiên cứu của Victoria (2015) cho thấy trẻ sơ sinh suy dinh dưỡng thể gầy còm và còi cọc có nguy cơ bị suy hô hấp cao gấp 2,2 – 4 lần, nhiễm trùng sơ sinh cao hơn 2 lần và nguy cơ tử vong cao gấp 3,7 – 7,4 lần những nhóm trẻ không suy dinh dưỡng [8]. Do đó, việc đánh giá TTDD của trẻ sơ sinh có ý nghĩa quan trọng trong việc phát hiện sớm những trẻ sơ sinh có nguy cơ cao để xây dựng chế độ nuôi dưỡng phù hợp giúp trẻ tăng trưởng tối ưu, tăng khả năng chống lại bệnh tật và làm giảm các biến chứng sau này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: đánh giá TTDD của trẻ sơ sinh được điều trị tại Đơn vị hồi sức cấp cứu sơ sinh (NICU) theo biểu đồ INTERGROWTH-21st và xác định một số yếu tố liên quan giữa một số đặc điểm người mẹ với suy dinh dưỡng thể thấp còi và nhẹ cân so với tuổi thai của trẻ sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng và tiêu chí lựa chọn: Tất cả trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 33 tuần trở lên được điều trị tại NICU – Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên trong vòng 24 giờ tuổi. Những trẻ có sự đồng ý của bố mẹ hoặc người thân được tuyển chọn vào nghiên cứu. Những trẻ chuyển viện hoặc tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện được loại trừ.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại NICU – Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 7/2019 đến tháng 2/2020

2.3 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả những trẻ đáp ứng đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu, thực tế chúng tôi thu thập được 139 trẻ.

2.5 Phương pháp thu thập số liệu: Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng các chỉ số nhân trắc. Các số đo nhân trắc bao gồm: cân nặng được đo bằng cân Seca, độ sai lệch $\pm 10g$, chiều dài được đo bằng băng đo chiều dài, độ sai lệch $\pm 1mm$; vòng đầu được đo bằng thước dây không dẫn $\pm 1mm$. Các thông tin khác về đối tượng nghiên cứu và người mẹ được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp và ghi chép thông tin từ hồ sơ bệnh án tại bệnh viện.

2.6 Xử lý và phân tích số liệu. Các chỉ số nhân trắc được chuẩn hóa thông qua bách phân

vi, bao gồm: cân nặng, chiều dài và vòng đầu theo tuổi thai được tính theo biểu đồ Intergrowth-21st dựa trên phần mềm INTERGROWTH-21st Project [7].

Tình trạng dinh dưỡng được phân loại như sau [7]: cân nặng, chiều dài và vòng đầu nhỏ hơn so với tuổi thai khi cân nặng, chiều dài và vòng đầu theo tuổi thai dưới bách phân vị thứ 10; cân nặng, chiều dài và vòng đầu tương ứng với tuổi thai khi cân nặng, chiều dài và vòng đầu theo tuổi thai từ bách phân vị thứ 10 đến bách phân vị thứ 90; và cân nặng, chiều dài và vòng đầu lớn hơn so với tuổi thai khi cân nặng, chiều dài và vòng đầu theo tuổi thai lớn hơn bách

phân vị thứ 90. Tình trạng còi cọc được xác định khi tỷ lệ cân nặng/chiều dài so với tuổi thai dưới bách phân vị thứ 3.

Số liệu được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến liên tục, số lượng và tỷ lệ đối với biến phân loại. Kiểm định t và Chi bình phương được sử dụng để so sánh các giá trị trung bình và tỷ lệ giữa hai nhóm. Phân tích hồi quy logistic đa biến được thực hiện để đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm người mẹ và tình trạng còi cọc và cân nặng nhỏ hơn so với tuổi thai (SGA). Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, 139 trẻ sơ sinh được thu thập và kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tổng số (n = 139)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Trẻ trai	68	48,9
	Trẻ gái	71	51,1
Tuổi thai	Tuần: TB ± SD	36,7 ± 2,2	
	Non vừa (33 - <34 tuần)	10	7,2
	Non muộn (34 - <37 tuần)	54	38,8
	Đủ tháng (37 - <42 tuần)	73	52,5
Hình thức sinh	Già tháng (≥42 tuần)	2	1,4
	Sinh thường	41	29,5
Lần sinh	Sinh mổ	98	70,5
	Con so	46	33,1
Tuổi mẹ khi mang thai (năm, TB ± SD)	Con rạ	93	66,9
		27,4 ± 5,7	
Các vấn đề sản khoa và bệnh lý khác của mẹ khi mang thai	Có	67	48,2
	Không	72	51,8
Thời gian điều trị tại NICU (ngày, TB ± SD)		5,6 ± 3,7	
Lý do vào viện	Suy hô hấp	115	82,7
	Bú kém, nôn trớ	11	7,9
	Vàng da sớm	4	2,9
	Khác	9	6,5

NICU: Đơn vị hồi sức cấp cứu sơ sinh; TB: Trung bình; SD: độ lệch chuẩn.

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái là 1:1, chủ yếu là trẻ non tháng muộn và đủ tháng. Thời gian điều trị trung bình tại NICU ngắn. Lý do vào viện thường gặp là: suy hô hấp, bú kém/ nôn trớ và vàng da. Hình thức sinh chủ yếu là sinh mổ. Tỷ lệ mẹ có vấn đề về sản khoa hoặc bệnh lý khác khi mang thai cao.

Bảng 2: Tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Đặc điểm	Tổng (n = 139)	Trẻ trai (n = 68)	Trẻ gái (n = 71)	P
Cân nặng trung bình (g)	2574,5 ± 661,2	2617,9 ± 625,1	2532,9 ± 695,9	>0,05
Cân nặng <2500 (g)	69 (49,6)	29 (42,6)	40 (56,3)	>0,05
Chiều dài trung bình (cm)	45,9 ± 2,9	46,2 ± 2,9	45,6 ± 2,8	>0,05
Vòng đầu trung bình (cm)	32,0 ± 2,0	32,3 ± 1,8	31,8 ± 2,2	>0,05
Cân nặng nhỏ hơn so với tuổi thai ^a	31 (22,3)	15 (22,1)	16 (22,5)	>0,05
Cân nặng tương ứng tuổi thai ^b	100 (71,9)	49 (72,1)	51 (71,8)	>0,05
Cân nặng lớn hơn so với tuổi thai ^c	8 (5,8)	4 (5,9)	4 (5,6)	>0,05
Chiều dài nhỏ hơn so với tuổi thai ^a	37 (26,6)	18 (26,5)	19 (26,8)	>0,05
Chiều dài tương ứng tuổi thai ^b	96 (69,1)	48 (70,6)	48 (67,6)	>0,05

Chiều dài lớn hơn so với tuổi thai ^c	6 (4,3)	2 (2,9)	4 (5,6)	>0,05
Vòng đầu nhỏ hơn so với tuổi thai ^a	31 (22,3)	16 (23,5)	15 (21,1)	>0,05
Vòng đầu tương ứng tuổi thai	96 (69,1)	47 (69,1)	49 (69,0)	>0,05
Vòng đầu lớn hơn so với tuổi thai ^c	12 (8,6)	5 (7,4)	7 (9,9)	>0,05
Suy dinh dưỡng thể còi cọc ^d	21 (15,1)	10 (14,7)	11 (15,5)	>0,05
Suy dinh dưỡng thể gầy còm ^e	16 (11,5)	8 (11,8)	8 (11,3)	>0,05

Số liệu được trình bày là giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn cho biến liên tục, số lượng (tỷ lệ %) đối với biến phân loại.

^a<bách phân vị (pct) thứ 10; ^bpct trong khoảng 10 – 90; ^c> pct thứ 90; ^dchiều dài so với tuổi thai < pct thứ 3; ^eTỷ số cân nặng /chiều dài so với tuổi thai <pct thứ 3.

Nhận xét: Nhóm trẻ có chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều dài, vòng đầu) nhỏ hơn so với tuổi thai chiếm tỷ lệ cao, nhóm có chỉ số nhân trắc lớn hơn so với tuổi thai chiếm tỷ lệ thấp. Tỷ lệ suy dinh dưỡng còi cọc và gầy còm trong khoảng 10 đến 15%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số nhân trắc giữa hai giới ($p > 0,05$).

Bảng 3. Môi liên quan giữa một số đặc điểm người mẹ với suy dinh dưỡng thể thấp còi và nhẹ cân so với tuổi thai

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ, %		OR (95% khoảng tin cậy) ^a	
			Thấp còi ^b	Nhẹ cân ^c	Thấp còi ^b	Nhẹ cân ^c
Dân tộc	Kinh	88	13,6	18,2	1 (Nhóm so sánh)	1 (Nhóm so sánh)
	Thiếu số	51	17,6	29,4	1,29 (0,42-3,94)	1,45 (0,56-3,76)
Học vấn	Trung học cơ sở hoặc thấp hơn	30	20	36,7	1 (Nhóm so sánh)	1 (Nhóm so sánh)
	Trung học phổ thông	76	14,5	22,4	0,70 (0,18-2,72)	0,49 (0,16-1,51)
	Trung cấp/cao đẳng	19	10,5	15,8	1,81 (0,16-21,0)	0,33 (0,03-4,22)
	Đại học hoặc cao hơn	14	14,3	0,0	7,45 (0,28-200)	--
Nghề nghiệp	Làm ruộng	44	20,5	27,3	1 (Nhóm so sánh)	1 (Nhóm so sánh)
	Công nhân	35	17,1	28,6	1,09 (0,24-4,81)	2,51 (0,71-8,79)
	Cán bộ	26	7,7	7,7	0,05 (0,00-1,37)	0,92 (0,05-18,08)
	Khác	34	11,8	20,6	0,74 (0,15-3,65)	1,28 (0,33-4,94)
BMI của mẹ trước mang thai (kg/m ²)	Thấp cân (<18,5)	32	21,9	28,1	1,36 (0,37-5,05)	1,68 (0,51-5,50)
	Bình thường (18,5 - <23)	101	13,9	20,8	1 (Nhóm so sánh)	1 (Nhóm so sánh)
	Thừa cân (≥ 23)	6	0,0	16,7	--	0,83 (0,05-14,8)
Tuổi (năm)	<20	16	18,8	25,0	0,19 (0,03-1,39)	0,39 (0,07-2,27)
	20 -24	28	10,7	14,3	0,31 (0,06-1,73)	0,48 (0,11-2,10)
	25 – 29	47	19,1	19,1	1 (Nhóm so sánh)	1 (Nhóm so sánh)
	30 – 35	32	12,5	28,1	1,06 (0,21-5,29)	2,79 (0,71-11,0)
	≥ 35	16	12,5	31,3	1,15 (0,16-8,33)	3,41 (0,70-16,3)
Số con	0	48	22,9	22,9	1 (Nhóm so sánh)	1 (Nhóm so sánh)
	1	63	11,1	22,2	0,15 (0,03-0,66)	0,37 (0,10-1,33)
	≥ 2	28	10,7	21,4	0,12 (0,02-0,85)	0,21 (0,04-1,09)
Tăng cân khi mang thai ^d	Thấp hơn bình thường	47	27,7	36,2	5,54 (1,37-22,39)	2,98 (1,01-8,84)
	Bình thường	55	7,3	14,5	1 (Nhóm so sánh)	1 (Nhóm so sánh)
	Quá mức	37	10,8	16,2	1,46 (0,27-7,84)	1,09 (0,29-4,05)

BMI: Chỉ số khối cơ thể ; OR tỷ suất chênh; --: giá trị không ước lượng được;

^aHiệu chỉnh cho các yếu tố nguy cơ trình bày trong bảng; ^bChiều dài so với tuổi thai <bách phân vị thứ 3; ^cCân nặng so với tuổi thai < bách phân vị thứ 10; ^dPhân loại theo Viện Nghiên cứu Y học (IOM, 2009).

Nhận xét: Người mẹ tăng cân thấp hơn bình thường khi mang thai làm tăng nguy cơ sinh trẻ

suy dinh dưỡng còi cọc gấp 5,5 lần và SGA gấp 3 lần so với những người mẹ tăng cân bình thường. Nguy cơ suy dinh dưỡng thể còi cọc thấp hơn khoảng 85% ở con ra so với con so. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (95% khoảng tin cậy không chứa giá trị 1).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 139 trẻ sơ sinh có tuổi thai ≥ 33 tuần, tỷ lệ nam/nữ là 1:1, phù hợp với nghiên cứu của Victoria (2015) với nam là 51,5% và nữ là 48,5%[8]. Tuổi thai trung bình là $36,7 \pm 2,2$ tuần, trong đó chủ yếu là nhóm trẻ đủ tháng và non tháng muộn.

Thời gian được điều trị tại NICU trung bình của trẻ là $5,6 \pm 3,7$ ngày, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Lê Nguyễn Nhật Trung (2016) có thời gian điều trị trung bình là $28,7 \pm 19,7$ ngày [2]. Do mẫu nghiên cứu của tác giả là những trẻ có tuổi thai từ 26 – 34 tuần, những trẻ non tháng tỷ lệ mắc bệnh thường cao hơn và nặng hơn nên thời gian điều trị sẽ kéo dài hơn.

Các bà mẹ có vấn đề về sản khoa hoặc bệnh lý khác khi mang thai chiếm gần một nửa (48,2%). Đây có thể là lý do làm tăng nguy cơ nhập viện của trẻ sau sinh.

Lý do vào viện thường gặp của nhóm nghiên cứu là: Suy hô hấp (82,7%), bú kém/nôn trớ (7,9%), vàng da (4,0%), ngoài ra còn một số lý do ít gặp khác (suy dinh dưỡng bào thai, đẻ non đơn thuần, xuất huyết,...)

Tình trạng cân nặng theo tuổi thai khi nhập viện. Trẻ có SGA chiếm tỷ lệ 22,3%, trong đó gặp nhiều nhất ở trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 37 – 41 tuần. Cùng sử dụng biểu đồ INTERGROWTH – 21st để phân tích, kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Naoko Kozuki (23,7%) [5]. Nhưng tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn nhiều các nghiên cứu trong và ngoài nước khác: Theo Nguyễn Hồng Phương tại Thái Nguyên (2016), tỷ lệ trẻ nhẹ cân so với tuổi thai là 15,6% [6], Francis (2016) tỷ lệ này chỉ là 4,4% [4]. Sự chênh lệch này có thể là do sự khác nhau về tiêu chí chọn mẫu. Nghiên cứu của chúng tôi chọn những trẻ sơ sinh phải nhập NICU trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Trong khi những nghiên cứu khác loại bỏ những bà mẹ có bệnh lý khi mang thai [4] hoặc thực hiện tại cộng đồng [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ có cân nặng lớn hơn so với tuổi thai xấp xỉ 6%. Tác giả Francis và cộng sự phân tích dựa trên 1 triệu trường hợp sinh đủ tháng của 10 quốc gia, kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ có cân nặng lớn hơn so với tuổi thai tại Ấn Độ là 5,1%, phù hợp với kết quả của chúng tôi [4]. Nhưng cũng theo tác giả này, tỷ lệ trẻ có cân nặng lớn hơn so với tuổi thai chung cho các quốc gia là 20,6%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Francis và cs được thực hiện trên trẻ sơ sinh đủ

tháng ở các nước có điều kiện kinh tế phát triển, ngoại trừ Ấn Độ. Trong khi đó nghiên cứu chúng tôi bao gồm gần 50% trẻ sinh non và tiến hành ở Việt Nam nơi có điều kiện kinh tế thấp hơn các nước phương Tây.

Tình trạng chiều dài và vòng đầu theo tuổi thai khi nhập viện. Tỷ lệ trẻ có chiều dài và vòng đầu nhỏ hơn so với tuổi thai trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao (26,6% và 22,3%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Tân khi đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ non tháng, nhẹ cân nhập viện trong 7 ngày đầu theo biểu đồ Fenton cho thấy tỷ lệ trẻ có chiều dài và vòng đầu nhỏ hơn tuổi thai lần lượt là 8,3% và 10,3%[3], thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Đó có thể là do sự khác biệt về điều kiện dinh dưỡng, biểu đồ phân tích cũng như tiêu chuẩn chọn mẫu.

Như vậy tỷ lệ trẻ có TTDD kém trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao. Nguyên nhân có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại đơn vị chuyên sâu về sơ sinh của một bệnh viện tuyến trung ương, đây là nơi tiếp nhận những bệnh nhân sơ sinh nặng từ các bệnh viện trong tỉnh và một số tỉnh lân cận chuyển đến. Mặt khác, những trẻ sơ sinh có TTDD kém thường chưa có sự phát triển hoàn thiện về cấu trúc và chức năng các cơ quan trong cơ thể, làm tăng nguy cơ mắc bệnh và tử vong sơ sinh nên tỷ lệ nhập viện của nhóm trẻ này thường cao.

Mối liên quan giữa một số đặc điểm người mẹ với suy dinh dưỡng thể thấp còi và nhẹ cân so với tuổi thai. Kết quả phân tích cho thấy, người mẹ tăng cân thấp hơn bình thường khi mang thai làm tăng nguy cơ sinh trẻ suy dinh dưỡng còi cọc gấp 5,5 lần và SGA gấp 3 lần so với những người mẹ tăng cân bình thường. Việc mẹ tăng không đủ cân trong thai kỳ dẫn đến thai không được cung cấp đủ dinh dưỡng để phát triển hoàn thiện về mọi mặt. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy những bà mẹ tăng ≤ 8 kg trong thai kỳ có nguy cơ sinh con nhẹ cân cao gấp 3 – 5 lần những bà mẹ khác [1]. Những người mẹ sinh con lần đầu làm tăng nguy cơ nguy cơ sinh con suy dinh dưỡng còi cọc so với những bà mẹ sinh con từ lần thứ 2 trở đi. Tác giả Victoria (2015) cũng có kết luận tương tự [8]. Nguyên nhân có thể do những bà mẹ sinh con lần đầu không có kinh nghiệm trong việc bổ sung dinh dưỡng hợp lý và vi chất cần thiết khi mang thai.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 139 trẻ ≥ 33 tuần nhập NICU trong vòng 24 giờ sau sinh, chúng tôi nhận thấy các chỉ số nhân trắc của trẻ vào thời điểm nhập

viện còn kém. Tỷ lệ trẻ có cân nặng, chiều dài, vòng đầu nhỏ hơn so với tuổi thai theo biểu đồ INTERGROWTH – 21st đều cao (lần lượt 22,3%; 26,6%; 22,3%). Yếu tố làm tăng khả năng sinh con suy dinh dưỡng còi cọc gồm: mẹ sinh con lần đầu, mẹ tăng cân thấp hơn bình thường khi mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kiên Thị Sarête và Võ Minh Tuấn (2017)**, "Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân và yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 21(1), tr. 174 - 180.
2. **Lê Nguyễn Nhật Trung, Lê Thị Thuỳ Dung, Trần Trọng Phương Trữ và cộng sự. (2016)**, "Kết quả điều trị trẻ sơ sinh sinh non 26 - 34 tuần tuổi thai tại bệnh viện Nhi đồng 2", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 20(2), tr. 30 - 36.
3. **Nguyễn Duy Tân, Phạm Diệp Thùy Dương và Bùi Quang Vinh (2018)**, "Tình trạng dinh dưỡng của trẻ non tháng - nhẹ cân tại Khoa sơ sinh Bệnh viện Nhi đồng 2", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 22(1), tr. 217 - 222.
4. **Francis A, Hugh O and Gardosi J (2018)**, "Customized vs INTERGROWTH-21st standards for the assessment of birthweight and stillbirth risk at term", Am J Obstet Gynecol, 218(2), S692-S699.
5. **Kozuki N, Katz J, Christian P et al. (2015)**, "Comparison of US birth weight references and the international fetal and newborn growth consortium for the 21st century standard", JAMA Pediatrics, 169(7), e151438-e151438.
6. **Nguyen P.H., Addo O.Y., Young M et al. (2016)**, "Patterns of fetal growth based on ultrasound measurement and its relationship with small for gestational age at birth in rural Vietnam", Paediatr Perinat Epidemiol, 30(3), 256-266.
7. **Villar J, Ismail L.C., Victoria C.G. et al. (2014)**, "International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project", The Lancet, 384(9946), 857-868.
8. **Victoria C.G., Villar J, Barros F.C. et al. (2015)**, "Anthropometric characterization of impaired fetal growth: risk factors for and prognosis of newborns with stunting or wasting", JAMA Pediatrics, 169(7), e151431-e151431.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÔ MẮT BẰNG SODIUM HYALURONAT 0,18% TRÊN MẮT GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT NHÃN ÁP ĐIỀU CHỈNH VỚI MỘT THUỐC TRỊ MẮT NHÓM PROSTAGLANDIN

Bùi Thị Vân Anh¹, Dương Diệu Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả của Sodium Hyaluronat 0,18% trong điều trị khô mắt do sử dụng thuốc nhóm prostaglandin trên mắt glôcôm góc mở. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mắt được chuẩn đoán khô mắt trên glôcôm góc mở nguyên phát nhãn áp điều chỉnh với 1 thuốc tra nhóm prostaglandin tại khoa Glôcôm, bệnh viện Mắt Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 1 đến tháng 9/2015. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi OSDI, bảng phân loại tổn thương bề mặt nhãn cầu Oxford 2003, test BUT, Schirmer và nhuộm fluorescein, Rose belgan để đánh giá tiến triển của khô mắt trước và sau khi tra Sodium Hyaluronat 0,18% 1 và 3 tháng. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 27 BN, 46 mắt. Triệu chứng cơ năng giảm mức độ nặng sau 1 và 3 tháng là 0%. Chế tiết nước mắt cải thiện dần lên sau các đợt điều trị, từ 9.5 ± 5.92 mm trở về bình thường sau 1 tháng (13.63 ± 7.82) và 3 tháng (15.85 ± 7.11). Sau 1 tháng và 3 tháng điều trị

TBUT mức độ nặng giảm từ 29 mắt còn 30.4% và 6.5%. SH cải thiện mức độ nhuộm bề mặt nhãn cầu ở test fluorescein (số mắt tổn hại nhẹ giảm từ 33 mắt xuống còn 14 mắt sau 3 tháng) nhưng ở test rose bengal thì không có sự cải thiện. Sau 3 tháng, mức độ khô mắt nhẹ tăng lên 80.4%, khô mắt vừa giảm xuống 2.2%, không có khô mắt nặng. **Kết luận:** Sodium Hyaluronat 0,18% có hiệu quả làm giảm mức độ khô mắt trên các đối tượng khô mắt dùng 1 thuốc tra hạ nhãn áp nhóm prostaglandin điều trị glôcôm góc mở nguyên phát

Từ khóa: khô mắt, Sodium Hyaluronat 0,18%, glôcôm góc mở, thuốc nhóm prostaglandin

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF SODIUM HYALURONAT 0.18% ON DRY EYE IN POAG WITH IOP CONTROLLED BY ONE PROSTAGLANDINE ANALOGE DROP

Purpose: Effect of Sodium Hyaluronat 0,18% on dry eye management in POAG with IOP controlled by 1 prostaglandine analoge drop. **Patient and method:** cross- section study in 46 POAG eyes of 27 patients having dry eye and IOP controlled by 1 prostaglandine analoge drop has been conducted in VNIO from Jan to Sept 2015. We have reported OSDI score, TBUT, Schirmer test, Oxford 2003 score of fluorescein and Rose Bengal before and after using Sodium Hyaluronate 0,18% 1, 3 months. **Result:**

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Bệnh viện Mắt Việt Nhật

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Vân Anh

Email: buivananh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 6.4.2020

Severe symptoms of DE reduced to 0% after 1 and 3 months. Lacrimal secretion improved from 9.5 ± 5.92 mm before using SH to 13.63 ± 7.82 mm after 1 month and 15.85 ± 7.11 mm after 3 months.. severe TBUT result changed from 63% to 30,4% after 1 month and 6,5% after 3 months. Fluorescein score improved but Rose Bengal score unchanged. DE is improved after 3 months using SH 0,18%. **Conclusion:** Sodium Hyaluronat 0,18% is effective on dry eye management in POAG with IOP controlled by 1 PG analoge drop.

Key words: POAG, dry eye, Sodium Hyaluronat 0,18%, prostaglandine analoge drop

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rất nhiều thành phần trong thuốc tra mắt, đặc biệt là các chất bảo quản có thể gây tổn hại đến bề mặt nhãn cầu. BAK là chất bảo quản được dùng phổ biến trong các thuốc hạ nhãn áp nhờ khả năng diệt khuẩn cả gr(-) và gram(+). Tuy nhiên việc dùng kéo dài các thuốc có chất bảo quản BAK có thể dẫn đến độc tế bào biểu mô và phá vỡ lớp lipid trên bề mặt giác mạc. Bên cạnh đó hoạt chất chính nhóm prostaglandin thường gây xung huyết và kêu gọi bạch cầu khiến biểu hiện viêm trên bề mặt tăng dẫn đến rối loạn áp suất thẩm thấu của lớp film nước mắt. Các đặc điểm này khiến cho mắt tra thuốc hạ nhãn áp nhóm prostaglandin kéo dài trở nên khô mắt nhanh chóng. Thuốc Sodium Hyaluronat 0,18% với tính năng bắt giữ phân tử nước và dàn trải tốt có khả năng giữ nước lâu dài trên bề mặt nhãn cầu, giúp cải thiện phần nào tình trạng khô mắt. Nghiên cứu này tập trung đánh giá hiệu quả của Sodium Hyaluronat 0,18% trong điều trị khô mắt do sử dụng thuốc nhóm prostaglandin kéo dài trên mắt glôcôm góc mở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Mắt được chuẩn đoán khô mắt trên bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát NA điều chỉnh sau dùng 1 thuốc tra mắt thuộc nhóm prostaglandin, theo tiêu chuẩn chẩn đoán sau: có ít nhất 2 trong 3 triệu chứng: OSDI >12 điểm, test BUT <10 giây hoặc test Schirmer I <10mm sau 5 phút; test fluorescein hoặc rose bengal dương tính. Chúng tôi loại khỏi nhóm nghiên cứu mắt glôcôm thứ phát, BN dưới 18 tuổi, mắt đang bị viêm nhiễm bán phần trước, đang sử dụng các loại nước mắt nhân tạo, đang sử dụng kính tiếp xúc hoặc đã phẫu thuật khúc xạ, BN không có khả năng theo dõi.

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Sử dụng thuốc Vismed (Hoạt chất: Natri hyaluronate 0.18%, do TRB Chemedica – Switzerland sản xuất) tra mắt 2 lần/ ngày. Các chỉ số OSDI, kết quả test BUT, Schirmer I và nhuộm fluorescein, Rose Bengal được ghi nhận trước và

sau điều trị 1 tháng, 3 tháng. Chỉ số OSDI đánh giá các biểu hiện cơ năng được tính điểm và phân độ theo hướng dẫn của DEWS 2007 (Bình thường: OSDI= 0-12 điểm, khô mắt nhẹ: OSDI= 13-22 điểm, khô mắt trung bình: OSDI = 23-32 điểm, khô mắt nặng: OSDI = 33-100 điểm). Mức độ tổn thương bề mặt nhãn cầu được đánh giá theo bảng Oxford 2003 qua test nhuộm fluorescein và Rose Bengal và phân độ theo Joon Young Hyon(2014): bình thường: 0 điểm, nhẹ: 1 - 3 điểm, trung bình: 4 - 6 điểm, nặng: 7 - 9 điểm, rất nặng: ≥ 10 điểm. Test Schirmer I đánh giá chế tiết nước mắt toàn phần: Bình thường ≥ 10 mm, khô mắt nhẹ >6 và <10mm, khô mắt trung bình 3-6mm, khô mắt nặng <3mm. Test BUT đánh giá thời gian phá vỡ phim nước mắt: bình thường ≥ 10 s, khô mắt nhẹ >6 và <10s, khô mắt trung bình 3-6s, khô mắt nặng <3s. Đánh giá chung chia làm 3 mức độ khô mắt: Khô mắt nhẹ (TBUT > 6s, có ít nhất 1 test nhuộm bề mặt mức độ nhẹ, test Schirmer I > 6mm); khô mắt vừa (TBUT 3-6s, có ít nhất 1 test nhuộm bề mặt mức độ vừa, test Schirmer I 3-6 mm); khô mắt nặng (TBUT <3s, có ít nhất 1 test nhuộm bề mặt mức độ nặng, test Schirmer I < 3mm).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 27 BN (16 nữ chiếm 59,3% - 11 nam chiếm 40,7%) - 46 mắt được chẩn đoán xác định khô mắt trên mắt glôcôm góc mở nguyên phát nhãn áp điều chỉnh với một thuốc nhóm prostaglandin trong thời gian từ tháng 1 năm 2015 tới tháng 9 năm 2015 tại khoa Glôcôm bệnh viện Mắt Trung ương. Bệnh nhân có tuổi trung bình là 48 tuổi.

Đặc điểm glôcôm trên mắt nghiên cứu: Các mắt thuộc nhóm nghiên cứu đều được chẩn đoán glôcôm góc mở nguyên phát và có tiền sử dùng nhiều thuốc khác nhau trước khi sử dụng thuốc tra mắt nhóm prostaglandin cuối cùng trong đó nhóm thuốc prostaglandin khác chiếm tỷ lệ cao 84.9%, nhóm dùng thuốc ức chế beta chiếm 6.5% và nhóm dùng thuốc phối hợp chiếm 8.6%. Trong thời điểm nghiên cứu có 2 nhóm thuốc prostaglandin được sử dụng là Taflotan 0,0015% (17 mắt chiếm 37,0%) và Travatan 0,004% (29 mắt chiếm 63%). Nhóm điều trị Travatan 0.004%, thời gian sử dụng trên 12 tháng chiếm 44.8%, Taflotan 0.0015% thời gian sử dụng thuốc dưới 6 tháng chiếm 70.6%. Thời gian trung bình điều trị Travatan là 16.83 ± 17.81 tháng, với Taflotan là 3.24 ± 2.33 tháng. Ở 7 mắt điều trị bằng nhóm chẹn beta và phối hợp thuốc chúng tôi không khai thác được thời gian sử dụng cũng như số lần tra các thuốc do

bệnh nhân chưa ý thức được tầm quan trọng của việc theo dõi diễn biến của bệnh.

Các mắt thuộc nhóm nghiên cứu có nhãn áp trung bình là 12.22 ± 2.49 mmHg, nhãn áp thấp nhất là 8 mmHg và cao nhất là 18 mmHg. Tỷ lệ lồi đĩa xuất hiện nhiều nhất trong nghiên cứu là

0.3 (18 mắt - 39.1%). Lồi đĩa trung bình là 0.4 ± 0.2 . Tổn thương thị trường ở giai đoạn sơ phát là hay gặp nhất 30 mắt (65.2%), giai đoạn tiến triển là 9 mắt, giai đoạn trầm trọng là 6 mắt và giai đoạn gần mù chỉ ở 1 mắt (2.2%).

Mức độ triệu chứng cơ năng chia theo điểm OSDI

Bảng 1. Mức độ triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị

OSDI	Trước điều trị		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Bình thường	21	45.7	26	56.5	33	71.7
Nhẹ	13	28.3	12	26.1	11	23.9
Vừa	10	21.7	4	8.7	2	4.3
Nặng	2	4.3	4	8.7	0	0
Điểm trung bình	17.39 ± 13.38		12.85 ± 8.99		9.46 ± 6.66	

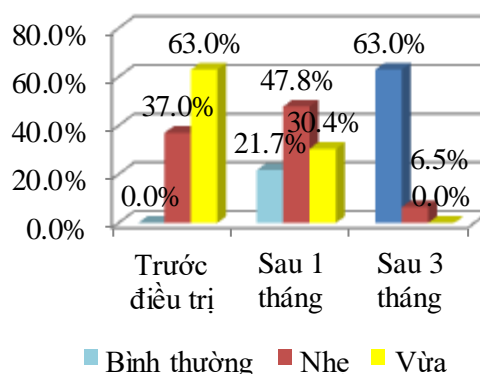
Hơn một nửa số mắt tham gia nghiên cứu (54.3%) có số điểm OSDI biểu hiện của hội chứng khô mắt. Trong đó, 28.3% mắt có điểm ở mức độ nhẹ, 21.7% mức độ trung bình 4.3% mức độ nặng. Nghiên cứu của Fetchner năm 2010 [1] sử dụng bộ câu hỏi OSDI cho biết 48,4% BN glôcôm có khô mắt, tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Theo hội thảo khô mắt quốc tế DEWS (2007), tăng áp suất thẩm thấu nước mắt là cơ chế chính dẫn tới các triệu chứng khó chịu tại mắt, tổn hại bề mặt nhãn cầu và gây viêm. Dựa vào lý luận này, một số nước mắt nhân tạo SH nhược trương đã được phát triển trong sự mong đợi điều chỉnh tăng áp suất thẩm thấu của màng nước mắt và cân bằng áp suất thẩm thấu bình thường trong môi trường bề mặt nhãn cầu, và được chứng minh là có hiệu quả trong việc cải thiện các triệu chứng điển hình của khô mắt, tăng sức sống của các tế bào biểu mô giác mạc và cải thiện tình trạng kết mạc. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng SH 0.18% nhược trương điều trị cho 46 mắt, kết quả là triệu chứng cơ năng mức độ nhẹ giảm từ 28.3% (trước điều trị) – 23.9% (sau 3 tháng), mức độ vừa từ 21.7% (trước điều trị) – 4.3% (sau 3 tháng), mức độ nặng sau 1 tháng và 3 tháng là 0%, sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ (test χ^2).

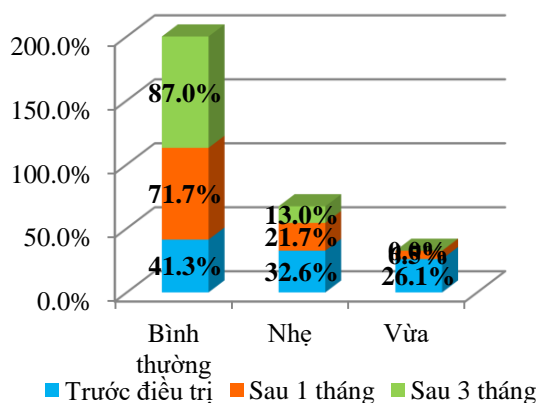
Nghiên cứu của Liu X. và cộng sự năm 2015 cũng trên đối tượng glôcôm nhưng sử dụng SH nồng độ cao hơn 0.3% [2] sau 90 ngày điều trị thì triệu chứng cơ năng OSDI về bình thường là 53.3%, nhẹ 30%, vừa 16.7%. Ngoài ra, các nghiên cứu của R. Vogel (2010) và Lee H.S. (2014) cũng sử dụng SH 0.18 điều trị khô mắt nhưng không trên đối tượng glôcôm [3] cũng cho kết quả tốt dần lên về số điểm OSDI.

Thời gian phá vỡ film nước mắt (test BUT) -

Chế tiết nước mắt toàn phần (test Schirmer I)



Biểu đồ 1. Thời gian vỡ phim nước mắt



Biểu đồ 2. Chế tiết nước mắt

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng 2 nhóm thuốc prostaglandin với 2 chất bảo quản khác nhau là BAK và polyquad. Tại thời điểm ban đầu, 100% (46 mắt) có thời gian vỡ phim nước mắt bất thường (<10s) và chỉ có 58.7% (27 mắt) có test Schirmer I bất thường. So sánh với

Leung (2008) trên đối tượng dùng thuốc hạ nhãn áp có tỷ lệ test BUT <10s là 78%, test Schirmer I <10 là 62%, tỷ lệ này khá phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này hoàn toàn phù hợp do tác động chủ yếu của chất bảo quản là lên tế bào chế tiết nhầy của tế bào goblet và lớp lipid dẫn đến dẫn đến biến đổi chất lượng của lớp film nước mắt, làm giảm khả năng bám dính của nước trên bề mặt nhãn cầu, rút ngắn thời gian ổn định film nước mắt (thể hiện qua test BUT). Trong khi đó, test Schirmer đánh giá sự chế tiết nước mắt thông qua đánh giá lớp nước của film nước mắt, lớp này chỉ chịu ảnh hưởng gián tiếp do bị bay hơi quá nhanh khi lớp nhày không ổn định. Việc bổ sung Sodium Hyaluronat 0,18% giúp giữ nước khiến test kiểm tra chế tiết nước mắt cải thiện dần lên sau các đợt điều trị, từ 9.5 ± 5.92 mm trước điều trị trở về bình thường sau 1 tháng (13.63 ± 7.82) và 3 tháng (15.85 ± 7.11). Sau 1 tháng điều trị, tỷ lệ test Schirmer I bình thường tăng lên 71.7% (33 mắt), mức độ nhẹ giảm đi còn 21.7% (10 mắt), mức độ vừa là 6.5% (3 mắt). Sau 3 tháng, test Schirmer I bình thường tăng lên 87% (40 mắt), mức độ nhẹ chỉ còn 13% (6 mắt), và không còn mắt nào ở mức độ nặng. Kết quả này khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. So sánh với nghiên cứu Lee H.S. (2014) chế tiết nước mắt

cũng cải thiện dần lên sau 1 tháng điều trị và thời gian điều trị càng dài thì chế tiết nước mắt càng cải thiện rõ rệt[3].

Sau 1 tháng điều trị TBUT mức độ nặng giảm từ 29 mắt còn 14 mắt (30.4%). Sau 3 tháng điều trị, tỷ lệ TBUT bình thường 30.4%, mức độ nặng giảm chỉ còn 6.5%. Kết quả có sự khác biệt với $p < 0.05$. Thời gian vỡ phim nước mắt trung bình tăng từ 5.84 s lên 9.15 s ($p < 0.05$, T-test), dù vậy vẫn chưa trở về mức bình thường. Sự thay đổi thời gian vỡ màng nước mắt cũng cải thiện dần lên sau từng đợt điều trị, sự khác biệt về thời gian vỡ màng nước mắt là có ý nghĩa thống kê ở từng thời điểm tái khám với $p < 0.05$, tuy nhiên vẫn chưa trở về bình thường sau 3 tháng. Thời gian vỡ phim nước mắt phụ thuộc vào nhiều yếu tố, TBUT chỉ bình thường khi màng nước mắt có chiều dày các lớp lipid- nước- mucin sinh lý được trải đều trên bề mặt nhãn cầu trơn nhẵn, phản xạ chớp mi bình thường giúp film nước mắt được thay đổi liên tục và kịp thời. SH là một polymer sinh học tự nhiên, được cấu tạo bởi 1 chuỗi các phân tử saccharide, các phân tử kỵ nước này giúp cho SH có khả năng giữ nước rất tốt, cùng với đặc tính đàn hồi cao giữa các lần chớp mắt nên SH có khả năng tăng ổn định màng nước mắt, giảm thời gian bốc hơi nước mắt.

Kết quả nhuộm màu kết giác mạc

Bảng 2. Kết quả nhuộm kết giác mạc

	Test fluorescein			Test Rose bengal		
	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
Trung bình	1.24 ± 1.25	0.85 ± 0.89	0.91 ± 1.48	0.46 ± 1.04	0.39 ± 0.61	0.46 ± 0.88
Bình thường	11 (23.9%)	20(43.5%)	28 (60.9%)	34 (73.9%)	31 (67.4%)	33 (71.7%)
Nhẹ	33 (71.7%)	26(56.5%)	14(30.4%)	11 (23.9%)	15 (32.6%)	12 (26.1%)
Vừa	2 (4.3%)	0	4 (8.7%)	1 (2.2%)	0	1 (2.2%)
Nặng	0	0	0	0	0	0

Chúng tôi sử dụng 2 test fluorescein và rose Bengal để đánh giá mức độ tổn hại tế bào beef mặt kết giác mạc. Vùng bắt màu fluorescein thể hiện cấu trúc liên kết kín giữa các tế bào biểu mô bị phá vỡ. Rose bengal nhuộm cả các tế bào biểu mô sống và chết mà không được bảo vệ bởi màng nước mắt. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ bắt màu kết giác mạc ở test fluorescein (65.2%) cao hơn test rose bengal (30.4%). Như vậy xu hướng các tế bào biểu mô có xu hướng bị đứt gãy liên kết nhiều hơn là bị bộc lộ không có lớp nước mắt che phủ. SH cải thiện mức độ nhuộm bề mặt nhãn cầu ở test fluorescein (số mắt tổn hại nhẹ giảm từ 33 mắt xuống còn 14 mắt sau 3 tháng) nhưng ở test rose bengal thì không có sự cải thiện, tuy nhiên

không có sự khác biệt ở 2 test sau từng thời điểm điều trị. Trong nghiên cứu trên mô hình động vật cho rằng SH có khả năng làm liền biểu mô bằng cách kích thích sự di chuyển, bám dính và tăng sinh biểu mô giác mạc. Gần đây, Gomes và cộng sự [4] nghiên cứu in vitro trên giác mạc người cho thấy SH kích thích di cư tế bào biểu mô giác mạc, làm liền tổn thương bằng kết dính với CD44 (thụ thể gắn với khung actin giác mạc người) tạo lớp bảo vệ vùng tổn thương.

Kết quả khô mắt chung. Mức độ khô mắt trong nghiên cứu này có 17 mắt mức độ nhẹ và 29 mắt mức độ vừa, không có mắt nào ở mức độ nặng. Tỷ lệ khô mắt trên nhóm chứa chất polyquad 29 mắt (63%) cao hơn nhóm chứa BAK 17 mắt (37%), tuy nhiên không có sự khác biệt

về mức độ khô mắt ở cả 2 nhóm. Theo nghiên cứu của Tuomas Paimela và cộng sự [5] thấy rằng polyquad 0.001% trong travatan gây ra độc tố tương tự hoặc cao hơn BAK 0.001% sau 15 phút trong phân tích độc tố tế bào. Như vậy hiệu quả giảm khô mắt khi sử dụng polyquad 0.001% còn cần được xem xét thêm với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian kéo dài hơn. Mức độ khô mắt nhẹ và vừa ở nhóm dùng travatan có tỷ lệ cao nhất ở thời gian dùng thuốc trên 12 tháng (44,8%) và tỷ lệ thấp nhất dưới 6 tháng (24,1%). Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa mức độ khô mắt và thời gian dùng thuốc với $p > 0.05$ (test χ^2). Trong khi đó, mức độ khô mắt nhẹ và vừa xuất hiện với tỷ lệ cao ở thời điểm dùng thuốc taflotan dưới 6

tháng (70,6%), tỷ lệ thấp hơn ở thời gian từ 6-12 tháng (29,4%), không có trường hợp nào dùng quá 12 tháng (do thuốc mới được nhập về Việt Nam trong năm 2014), mức độ khô mắt ở các thời điểm dùng thuốc khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

Kết quả điều trị nhìn chung có sự thay đổi tốt hơn sau từng đợt điều trị. Sau 1 tháng, mức độ khô mắt nhẹ tăng từ 37% (trước điều trị) lên 71.7%, khô mắt vừa giảm từ 63% (trước điều trị) xuống 21.8%. Sau 3 tháng, mức độ khô mắt nhẹ tăng lên 80.4%, khô mắt vừa giảm xuống 2.2%. Tuy vậy, sự cải thiện này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Bảng 3. Kết quả điều trị theo từng mức độ khô mắt

Kết quả điều trị / Mức độ khô mắt	Sau điều trị 1 tháng				Sau điều trị 3 tháng				Tổng
	Khỏi	Giảm khô mắt	Không thay đổi	Nặng lên	Khỏi	Giảm khô mắt	Không thay đổi	Nặng lên	
Bình thường	3 6.5%	0	0	0	8 17.4%	0 0%	0 0%	0 0%	3 6.5%
Nhẹ	0 0%	25 54.3%	8 17.4%	0	1 2.2%	32 69.6%	4 8.7%	0 0%	33 71.7%
Vừa	0 0%	4 8.7%	5 10.9%	1 2.2%	0 0%	1 2.2%	0 0%	0 0%	10 21.8%
Tổng	3 6.5%	29 63%	13 28.3 %	1 2.2%	9 19.6%	33 71.7%	4 8.7%	0 0%	46 100%
P	p < 0.05 (test χ^2)				p < 0.05 (test χ^2)				

Sau 1 tháng, có 3 mắt khỏi khô mắt, trong 33 mắt mức độ nhẹ thì có 25 mắt giảm khô mắt, 10 mắt mức độ vừa có 4 mắt giảm khô mắt. Sau 3 tháng điều trị mức độ khô mắt trở về bình thường là 8 mắt, mức độ khô mắt nhẹ sau điều trị giảm đi nhiều, hiệu quả điều trị còn chưa cao do bệnh nhân có viêm tắc tuyến Meibomius kèm theo. Tuy nhiên, các kết quả trên đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Sau 3 tháng điều trị, trong 8 mắt bình thường thì có 7 mắt ở nhóm polyquad và 1 mắt ở nhóm chứa BAK. 37 mắt khô mắt nhẹ thì có 21 mắt ở nhóm polyquad và 16 mắt ở nhóm BAK. 1 mắt mức độ khô mắt vừa ở nhóm polyquad. Kết quả này không có sự khác biệt với $p > 0.05$ (test χ^2). Như vậy, trước điều trị và sau điều trị thì mức độ khô mắt là không khác nhau ở 2 nhóm thuốc chứa polyquad và BAK.

IV. KẾT LUẬN

Sodium Hyaluronat 0,18% có hiệu quả làm giảm các triệu chứng cơ năng, cải thiện các triệu chứng thực thể và làm giảm mức độ khô mắt trên các đối tượng khô mắt do dùng 1 thuốc tra

hạ nhãn áp nhóm prostaglandin điều trị glôcôm góc mở nguyên phát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **R. D. Fechtner, D. G. Godfrey, D. Budenz (2010)**. Prevalence of ocular surface complaints in patients with glaucoma using topical intraocular pressure-lowering medications. *Cornea*, 29 (6), 618-621.
2. **X. Liu, F. F. Yu, Y. M. Zhong (2015)**. Therapeutic Effects of Sodium Hyaluronate on Ocular Surface Damage Induced by Benzalkonium Chloride Preserved Anti-glaucoma Medications. *Chin Med J (Engl)*, 128 (18), 2444-2449.
3. **H. S. Lee, Y. S. Ji và K. C. Yoon (2014)**. Efficacy of hypotonic 0.18% sodium hyaluronate eye drops in patients with dry eye disease. *Cornea*, 33 (9), 946-951.
4. **J. A. P. Gomes, R. Amankwah, A. Powell-Richards (2004)**. Sodium hyaluronate (hyaluronic acid) promotes migration of human corneal epithelial cells in vitro. *The British Journal of Ophthalmology*, 88 (6), 821-825.
5. **T. Paimela, T. Ryhänen, A. Kauppinen (2012)**. The preservative polyquaternium-1 increases cytotoxicity and NF-kappaB linked inflammation in human corneal epithelial cells. *Molecular Vision*, 18, 1189-1196.

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ CÁC CHỈ SỐ HỒNG CẦU, NỒNG ĐỘ VITAMIN B12 VÀ HOMOCYSTEINE TRÊN BỆNH NHÂN SA SÚT TRÍ TUỆ

Đinh Thị Yến Phương*, Huỳnh Nghĩa**, Nguyễn Văn Chinh**

TÓM TẮT

Mở đầu: Sa sút trí tuệ (SSTT: Alzheimer) là hội chứng gặp ở người lớn tuổi, ảnh hưởng xấu đến cuộc sống của người bệnh và thân nhân, làm tăng gánh nặng bệnh tật tử vong. Thiếu máu mạn, thiếu Vitamin B12, tăng Homocysteine là các yếu tố có liên quan đến các bệnh thoái hóa thần kinh, trong phạm vi đề tài này chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên người Việt nam trên 60 tuổi để đánh giá mức độ liên quan của các yếu tố nguy cơ này và SSTT. **Mục tiêu:** So sánh sự khác biệt về các chỉ số hồng cầu ở máu ngoại vi, nồng độ Vitamin B12, Homocysteine trên những người SSTT và những người > 60 tuổi không SSTT, đồng thời đánh giá mức độ liên quan của các yếu tố này với bệnh SSTT. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh - chứng thực hiện trên các đối tượng đến khám và điều trị tại Đơn vị trí nhớ và SSTT bệnh viện 30/4, TP.HCM. 54 bệnh nhân đưa vào nhóm bệnh được chẩn đoán SSTT (bằng bộ test chuyên biệt, MMSE \leq 26, kết quả MRI não). 60 người đưa vào nhóm chứng có độ tuổi \geq 60 và có điểm số MMSE $>$ 26. **Kết quả:** Có sự khác biệt có ý nghĩa về chỉ số MCHC, B12, Homocysteine giữa hai nhóm bệnh - chứng. Những người có MCHC $<$ 32 g/dl có số chênh (OR) bị SSTT gấp 6,8 lần so với những người có MCHC \geq 32g/dl. Những người có Homocysteine $>$ 8 μ Mol/ml có số chênh mắc bệnh cao hơn 1,31 lần so với những người Homocysteine \leq 8 μ Mol/ml. **Kết luận:** Có mối liên quan về chỉ số MCHC, Vitamin B12 và Homocysteine với bệnh SSTT. Trong đó các chỉ số MCHC thấp và tăng Homocysteine có thể trở thành các yếu tố nguy cơ mắc SSTT.

Từ khóa: sa sút trí tuệ, Alzheimer, thiếu máu, Vitamin B12, Homocysteine

SUMMARY

HEMATOLOGICAL INDICES, PLASMA HOMOCYSTEINE AND SERUM VITAMIN B12 LEVELS IN DEMENTIA PATIENTS

Background: Dementia (about 70% Alzheimer disease (AD)) is a common syndrome in the elderly, affecting quality life of patients and family caregivers and increasing the burden of death. Vitamin B12, Homocysteine and anemia are considered factors that can be used to assess of neurodegenerative diseases. We therefore want to research in Vietnam to find the relevance of these risk factors for AD in Vietnamese elderly (>60 years old). **Objectives:** To compare the differences in Vitamin B12, Homocysteine and

complete blood count indices between people with dementia and those non-dementia, then to measure their association with dementia. **Method:** A case-control study was conducted on the subjects who are diagnosed dementia at the Memory Dementia Unit in 30/4 Hospital, HCM city including 54 patients of the case group with cognitive assessment test, MMSE score \leq 26 and MRI brain results. 60 patients in the control group were selected at ages 60 and older and had an MMSE score $>$ 26. **Results:** There are differences in MCHC, B12 and Homocysteine indexes between case group and control group. People with MCHC index $<$ 32g/dl are 6,8 times more likely to get dementia than those with MCHC index \geq 32g/dl. People with hyper-homocysteine index $>$ 8 μ Mol/ml are 1,31 times more likely to get dementia than those with Homocysteine index \leq 8 μ Mol/ml. Most of all Vietnamese people older than 60 have serum vitamin B12 is less than 500pmol/L, but it is not significantly different between 2 groups. **Conclusion:** low MCHC, low vitamin B12 and hyper-homocysteine related to dementia. In particular, low level MCHC and hyper-Homocysteine indicators can become risk factors for dementia.

Key words: Dementia, Alzheimer, anemia, vitamin B12, Homocysteine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ (Alzheimer) là một hội chứng đặc trưng bởi suy giảm chức năng nhận thức có xu hướng tăng dần theo thời gian cuối cùng dẫn đến suy giảm các hoạt động chức năng hàng ngày gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người cao tuổi cũng như gia đình của họ và là một trong những gánh nặng sức khỏe toàn cầu. Tính đến năm 2015 số người bị SSTT trên toàn thế giới khoảng 46,8 triệu người. Ở Châu Á Thái Bình Dương ước tính số người SSTT là 23 triệu người vào năm 2015 [2,9]. Ở Việt Nam tỷ lệ SSTT ở một số nơi từ 4,5%-8%[1]. Diễn biến của bệnh SSTT kéo dài nhiều năm qua nhiều giai đoạn từ nhẹ đến nặng và cuối cùng tử vong (thường do các bệnh lý khác như nhiễm trùng, suy kiệt...). SSTT nếu được phát hiện sớm và quản lý từ giai đoạn đầu sẽ có kết quả tốt hơn, cải thiện chức năng nhận thức, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [2] do đó việc xác định các yếu tố nguy cơ, sớm phát hiện và điều trị bệnh là vô cùng quan trọng.

Thiếu máu mạn được xem là một yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh SSTT tuy nhiên cơ chế ảnh hưởng không rõ ràng với nhiều giả thuyết đặt ra. Có thể do tình trạng thiếu oxy não mãn tính ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ góp phần vào

*Bệnh viện 30/4 Bộ Công an

**Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Yến Phương

Email: yenphuongdinh304@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 7.4.2020

SSTT. Ngoài ra, một số thiếu máu do bệnh thận mạn làm giảm nồng độ erythropoietin có thể làm tăng nguy cơ các bệnh lý thoái hóa tế bào thần kinh. Hay thiếu máu do suy dinh dưỡng, dấu hiệu của sức khỏe kém do các bệnh mãn tính cũng được xem là yếu tố tiềm ẩn của SSTT [8]. Trong khi đó, Vitamin B12 là một vi chất dinh dưỡng thiết yếu, không chỉ giúp các tế bào thần kinh mà còn trực tiếp tham gia vào quá trình tạo hồng cầu mới và còn góp phần vào sự bình thường hóa nồng độ Homocysteine huyết thanh, là yếu tố tác động đến quá trình viêm và tổn thương mạch máu, thần kinh. Khi thiếu Vitamin B12 sẽ ảnh hưởng đến chất lượng hồng cầu dẫn đến giảm khả năng vận chuyển oxy lên não, ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ, góp phần làm nặng nề thêm cơ chế gây bệnh sa sút trí tuệ, do góp phần giải phóng nhiều gốc tự do ảnh hưởng đến dẫn truyền thần kinh và phá hủy tế bào thần kinh[6,7]. Tuy nhiên đo B12 huyết thanh thường không đáng tin cậy, do đó thường được cùng với các chỉ số khác, trong đó có tăng Homocysteine như một dấu hiệu của thiếu B12. Khi thiếu hụt B12, Homocysteine không được biến đổi và tích lũy dần trong tế bào làm tăng nồng độ Homocysteine, tuy nhiên liệu giảm nồng độ VitB12 có là nguyên nhân dẫn đến SSTT hay không? vẫn còn là điều đang tranh cãi.

Từ các lý do trên cộng với thực tế tại Việt Nam chưa tìm thấy nghiên cứu nào trên vấn đề này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu "Khảo sát giá trị các chỉ số hồng cầu, nồng độ vitamin B12 và Homocysteine trên bệnh nhân sa sút trí tuệ" tại bệnh viện 30-4 nhằm góp phần trong chẩn đoán bệnh sớm hơn, theo dõi và cảnh báo các yếu tố nguy cơ liên quan đến SSTT giúp cải thiện chất lượng sống và điều trị hiệu quả hơn.

Mục tiêu: So sánh sự khác biệt về các chỉ số hồng cầu ở máu ngoại vi, nồng độ Vitamin B12, Homocysteine trên những người SSTT và những người > 60 tuổi không SSTT, đồng thời đánh giá mức độ liên quan của các yếu tố này với bệnh SSTT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng Những người đến khám và điều trị tại Đơn vị trí nhớ và SSTT Bệnh viện 30-4, thời gian từ 10/2019-4/2020 tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Nhóm bệnh gồm: MMSE<26 điểm, bộ test

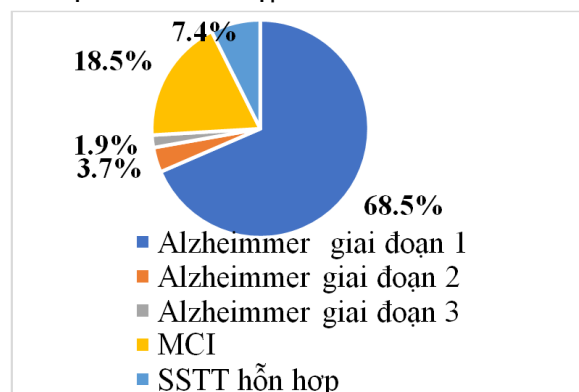
chuyên biệt đánh giá khả năng trí nhớ, khả năng ngôn ngữ, test thị giác không gian, sự chú ý... theo phác đồ chuẩn của Đơn vị trí nhớ và SSTT, có kết quả chụp MRI não ghi nhận teo hồi hải mã hoặc teo não trên MRI. Nhóm tham chiếu (chứng) gồm những người ≥ 60 tuổi, không than phiền về trí nhớ và nhận thức và có điểm MMSE > 26.

Tất cả các đối tượng đưa vào nghiên cứu được thực hiện các xét nghiệm: định lượng Vitamin B12, công thức máu (Hb, MCH, MCHC), Homocysteine và các xét nghiệm cần thiết khác. Các bệnh nhân không có đủ các thông số xét nghiệm chẩn đoán xác định AD, bệnh nhân bị tâm thần phân liệt, bệnh nhân không thực hiện đủ quy trình đánh giá không đưa vào nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu để ước lượng khác biệt giữa 2 trung bình là 52 người ứng với xác suất sai lầm loại I là $\alpha = 0.1$; sai lầm loại 2 là $\beta = 0.2$; các độ lệch chuẩn tương ứng là $\sigma_1 = 72,6$; $\sigma_2 = 61,6$ [4].

Phân tích thống kê: Sự khác biệt giữa nhóm bệnh và chứng xác nhận thông qua kiểm định Man-Whitney. Hồi quy logistic được sử dụng để xác định mối liên quan. Để kiểm soát tất cả các yếu tố liên quan đến bệnh SSTT, các biến số có ý nghĩa lâm sàng và thống kê được đưa vào mô hình hồi quy logistic.

Kết quả: Từ 104 người tham gia nghiên cứu chia làm 2 nhóm: 54 người thuộc nhóm bệnh (47,4%) và 60 người thuộc nhóm chứng (52,6%). Trong nhóm bệnh: Alzheimer: 74%; AD giai đoạn 1: 68.5%; GĐ 2: 3.7%; GĐ 3: 1.9%, MCI:18,5%, thể bệnh SSTT hỗn hợp: 7.4%.



Hình 1. Các thể SSTT được chẩn đoán
Không có sự khác biệt về tuổi và giới tính giữa nhóm bệnh với nhóm chứng (Bảng 1).

Bảng 1. Sự khác biệt về tuổi và giới giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

Đặc điểm	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		OR (KTC 95%)	P
	Tần số	Tỉ lệ	Tần số	Tỉ lệ		
Giới					0,63 (0,25 –	0,276

Nam	13	24,1%	20	33,3%	1,55)
Nữ	41	75,9%	40	66,7%	
Tuổi	64 (59 – 71)*		67 (64 – 70)*		0,068

*: Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Không thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm ở hầu hết các chỉ số hồng cầu, ngoại trừ chỉ số MCHC. Nhóm chứng có chỉ số MCHC cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh ($p = 0,029$). Nồng độ Homocysteine ở nhóm bệnh cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p=0,001$). (bảng 2)

Bảng 2. Sự khác biệt về chỉ số hồng cầu, Homocysteine giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		p
	TV	TPV	TV	TPV	
Hb	13,24	12,61 – 14,08	13,22	12,59 – 14,21	0,907
HCT	40,22	38,41 – 41,99	40,18	39,25 – 40,76	0,640
MCHC	32,59	31,59 – 34,00	32,94	32,61 – 33,93	0,029
Homocysteine	10,27	8,32 – 13,44	8,59	6,83 – 10,11	0,001

Kết quả so sánh nồng độ Vitamin B12 cho thấy có sự khác biệt giữa nhóm bệnh và chứng, tuy nhiên, ở nhóm bệnh cho thấy nồng độ Vit B12 cao hơn so với nhóm chứng ($p<0,014$). So sánh chi tiết giữa nhóm cho thấy nhóm MCI có nồng độ B12 thấp nhất, và thấp hơn so với nhóm chứng (Bảng 3).

Bảng 3. Sự khác biệt về chỉ số hồng cầu giữa các nhóm trong nghiên cứu

	Alzheimer		MCI		Nhóm bệnh		Nhóm chứng	
	TV	TPV	TV	TPV	TV	TPV	TV	TPV
B12	474	321–605	422,5	323,5–455,5	492.5	415,5-557	431	326 – 531,4
	p = 0,308				p = 0,014			

Nhận xét mối liên quan của các yếu tố: MCHC, B12, Homocysteine có kết quả khác với nhóm chứng. Kết quả phân tích đơn biến cho thấy chỉ có MCHC và Homocysteine có thể hiện mối liên quan với SSTT. Các bệnh nhân có chỉ số MCHC < 32 (thấp hơn so với nhóm chứng) có số chênh mắc bệnh SSTT cao hơn và gấp 5,89 lần so với các bệnh nhân có chỉ số MCHC bình thường (KTC 95% 1,7 – 25,71) và người có chỉ số Homocysteine > 8 (cao hơn bình thường) có số chênh mắc bệnh cao gấp 2,99 lần so với các bệnh nhân có chỉ số Homocysteine bình thường (KTC 95% 1,21 – 7,64). Trong khi đó Hb và B12 không cho thấy mối liên quan với SSTT (Bảng 4).

Bảng 4. Mối liên quan giữa các chỉ số HB, MCHC, B12, Homocystein và SSTT (phân tích đơn biến)

Đặc điểm	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		OR (KTC 95%)	p
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ		
Hb <12	5	9,26	1	1,67	6,02 (0,63 – 289,4)	0,07
MCHC <32	16	29,6	4	6,7	5,89 (1,7 – 25,71)	0,001
B12 < 500	37	68,5	33	55	1,78 (0,77 – 4,13)	0,139
Homocysteine > 8	43	79,6	34	56,7	2,99 (1,21 – 7,64)	0,009

Chỉ số MCHC và Homocysteine được đưa vào kiểm soát trong mô hình logistic đa biến. Lúc này, cả 2 chỉ số trên vẫn cho thấy mối liên quan đến SSTT. Các bệnh nhân có chỉ số MCHC < 32 có số chênh mắc bệnh SSTT cao hơn gấp 6,8 lần so với các bệnh nhân có chỉ số MCHC ≥ 32 (KTC 95% 1,99 – 23,24) và các bệnh nhân có chỉ số Homocysteine > 8 có số chênh mắc bệnh cao gấp 1,31 lần so với khi Homocysteine ở chỉ số bình thường (KTC 95% 1,13 – 1,52). (Bảng 5)

Bảng 5. Các yếu tố nguy cơ của bệnh SSTT (phân tích đa biến)

Đặc điểm	OR	KTC 95%	p
MCHC <32	6,8	1,99 – 23,24	0,002
Homocysteine > 8	1,31	1,13 – 1,52	0,001

IV. BÀN LUẬN

Già hóa dân số là một thách thức về y tế tại Việt Nam, theo dự báo đến năm 2038, tỉ lệ người trên 60 tuổi chiếm đến 10% và nhu cầu y tế và chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi cũng tăng lên đặc biệt ở người bệnh SSTT. Bệnh thường tiến triển trong thời gian dài và ảnh hưởng cùng nhiều yếu tố như lối sống, dinh dưỡng, các bệnh mạn tính nội tiết, chuyển hóa, tim mạch, thiếu máu... Việc phát hiện sớm các yếu tố liên quan đến SSTT góp phần chẩn đoán sớm, điều trị và phòng ngừa, nâng cao chất lượng cuộc sống.

Trong nghiên cứu gồm 104 đối tượng: 60 ở nhóm chứng và 54 ở nhóm bệnh gồm các thể bệnh Alzheimer, MCI và SSTT hỗn hợp. Các đặc điểm tuổi và giới tính không khác biệt đáng kể giữa nhóm bệnh so với nhóm chứng ($p>0,05$). Tuổi được xem là một yếu tố nguy cơ

quan trọng của SSTT, khi ở độ tuổi > 80, có đến 30% có nguy cơ SSTT, đồng thời tại Việt Nam cũng cho thấy nữ giới có tuổi thọ trung bình cao hơn nam giới nên thống kê trong nhóm bệnh của chúng tôi có đến 70% là nữ giới. Do đó, tuổi và giới đều có khả năng ảnh hưởng đến các thông số nghiên cứu trong đề tài này cũng như vitamin B12, Homocysteine và thiếu máu với SSTT. Đảm bảo sự khác biệt không đáng kể về tuổi và giới tính thông qua chọn mẫu giúp tăng khả năng so sánh giữa 2 nhóm và loại trừ vai trò gây nhiễu của tuổi và giới tính.

Nghiên cứu đã ghi nhận chỉ số MCHC có liên quan mạnh mẽ với SSTT. Nồng độ trung bình của hemoglobin trong một thể tích hồng cầu (dl) ở bệnh nhân SSTT thấp hơn so với những người không SSTT. Trong mô hình đa biến với sự kiểm soát Homocysteine cho thấy khi chỉ số MCHC thấp (< 32 g/dL) thì có khả năng bị SSTT cao hơn gấp 6,8 lần so với những người có chỉ số MCHC bình thường. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của NG Faux và cộng sự cho thấy chỉ số MCHC cùng giảm ở bệnh nhân Alzheimer và MCI. Giảm MCHC do giảm chất lượng hồng cầu, có thể do giảm nồng độ Hb hoặc tăng HCT (thường do cô đặc máu). Cả hai tình trạng thiếu máu (giảm Hb) và cô đặc máu (tăng Hct) có xu hướng phổ biến hơn ở bệnh nhân SSTT, tình trạng giảm Hb ở bệnh nhân SSTT có liên quan đến rối loạn chuyển hóa sắt ghi nhận trong nghiên cứu của NG Faux và cộng sự. Theo nghiên cứu của Chang HH và cộng sự cho thấy những người bị thiếu máu (Hb<13 g/dl ở nam và Hb<12g/dl ở nữ) từ 2 năm trở lên có nguy cơ SSTT cao hơn đáng kể so với những người không thiếu máu và tình trạng SSTT tỉ lệ thuận với số năm bị thiếu máu. Thực tế cũng cho thấy xu hướng ít uống nước ở bệnh nhân SSTT có thể làm gia tăng tình trạng cô đặc máu (tăng Hct). Người nhà bệnh nhân thường xuyên báo cáo với nhân viên y tế rằng bệnh nhân uống rất ít nước. Bổ sung đủ lượng nước là một điểm đáng lưu ý khi chăm sóc người cao tuổi và bệnh nhân SSTT. Mặc dù nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt riêng về Hb và Hct giữa 2 nhóm nghiên cứu, chỉ số MCHC vẫn giảm đáng kể ở nhóm bệnh đã chỉ ra độ nhạy cao hơn của MCHC trong đánh giá chất lượng hồng cầu. Chất lượng hồng cầu thấp đồng nghĩa với giảm khả năng mang oxy đến các mô khác trong đó có não bộ, dẫn đến não bị thiếu oxy và tổn thương. Cùng với đó, tình trạng thiếu oxy não còn ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ và cơ chế dọn dẹp mảng bám Amyloid- β làm thúc đẩy thoái hóa thần kinh. Như vậy, cần lưu ý khi MCHC <32 g/dl

là một chỉ báo chất lượng hồng cầu thấp do đó cần tầm soát thêm các chỉ số sinh học và biểu hiện lâm sàng liên quan đến thiếu máu, suy dinh dưỡng, suy nhược ở người cao tuổi để có thể can thiệp sớm.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ số Homocysteine cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh so với nhóm chứng. Sau khi đưa vào phân tích đa biến cùng với MCHC, nó vẫn cho thấy mối quan hệ đối với bệnh SSTT. Những kết quả trên đã cho thấy nồng độ Homocysteine tăng cao gắn liền với sự tiến triển của SSTT. Điều này cũng được ghi nhận ở một số nghiên cứu khác [3, 5]. Nghiên cứu Framingham trên số lượng lớn bệnh nhân trong thời gian trên 10 năm cho thấy tăng nồng độ Hcy (> 12 μ mol/L ở người châu Âu) và thiếu hụt các vitamin nhóm B có liên quan mật thiết đến các bệnh lý thoái hóa thần kinh, đặc biệt trên người trên 65 tuổi. Giảm nồng độ các vitamin nhóm B và tăng nồng độ Hcy > 15 μ Mol/L đều có sự liên quan chặt chẽ tới bệnh lý mạch máu nhỏ, tai biến mạch máu và sa sút trí tuệ. Ở Việt nam vẫn chưa có công bố chính thức về giới hạn Hcy trên người bình thường và chưa có thống kê về sự thay đổi của trị số này trên người lớn tuổi. Theo tác giả Dale E., nồng độ lý tưởng ở người > 45 tuổi muốn phòng ngừa AD cần duy trì nồng độ Homocysteine < 7 μ Mol/ml, Vitamin B6 60-100 (μ g/L); Vitamin B12: 500-1500 (pg/ml); Folate :10-25 (10-25ng/ml) để phòng ngừa AD. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu này bằng phép thống kê hồi quy đa biến cho thấy những người có nồng độ Homocysteine > 8 μ Mol/ml có nguy cơ SSTT cao hơn những người có nồng độ Homocysteine \leq 8 μ Mol/ml, nếu Homocysteine tăng lên 1 μ Mol/ml nguy cơ tăng thêm 1.31 lần. Đồng thời, chúng tôi nhận thấy ở những người MCI và những bệnh nhân AD đã hoặc chưa điều trị với các vitamin nhóm B hầu hết (> 70%) có nồng độ Vitamin B12 dưới 500 pg/ml, rất ít bệnh nhân (< 5%) đạt nồng độ 1000 pg/ml. Tăng Homocysteine là yếu tố nguy cơ gây bệnh lý mạch máu lớn và nhỏ, các nghiên cứu cho thấy rằng khoảng 25% các trường hợp sa sút trí tuệ có bằng chứng tai biến mạch máu não, và khoảng 75% số còn lại có thể ngăn chặn tai biến mạch máu nếu duy trì nồng độ thấp Homocysteine \leq 7 μ Mol/ml. Theo tác giả Kessler H, tăng Homocysteine thường xuyên là nguyên nhân thường thấy và cũng là một trong các nguy cơ gây sa sút trí tuệ AD hoặc thể hỗn hợp (mix) và sút trí tuệ mạch máu. Tuy nhiên, vai trò của homocysteine trong trực tiếp gây bệnh hay chỉ là chỉ báo của tình trạng thiếu chất dinh dưỡng (vitamin B12, vitamin B6 và

folate) vẫn là một chủ đề tranh cãi. Dù có vai trò trực tiếp hay chỉ báo tình trạng dinh dưỡng thì những thay đổi Homocysteine cần được phát hiện sớm để bổ sung kịp thời các chất dinh dưỡng và duy trì nồng độ Homocysteine thấp giúp phòng ngừa SSTT.

Vitamin B12 có vai trò quan trọng trong tạo hemoglobin của hồng cầu. Khi thiếu vitamin B12 sẽ dẫn đến thiếu máu hồng cầu to (Anemic megaloblastic) thường thấy ở người từ trên 60 tuổi và có liên quan đến kém hấp thu tại dạ dày hoặc do giảm cung cấp dinh dưỡng hoặc do các thuốc ức chế hấp thu vitamin B12 và a-xít folic. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên nhóm SSTT có nồng độ vitamin B12 bằng 492.5 pg/ml cao hơn so với nhóm không bệnh với nồng độ vitamin B12 bằng 431pg/ml. Nhóm bệnh nhân Alzheimer trong nghiên cứu của chúng tôi được bổ sung vitamin B12 thường xuyên, và nhóm này cũng chiếm đến hơn 70% trong nhóm SSTT do đó nồng độ vitamin B12 đã tăng đáng kể ở nhóm này. Để loại bỏ ảnh hưởng của bổ sung vitamin B12, chúng tôi đã xem xét nồng độ vitamin B12 ở nhóm MCI là nhóm bệnh nhân mới được phát hiện và chưa có tác động của bổ sung vitamin B12. Kết quả cho thấy nhóm MCI có nồng độ vitamin B12 thấp nhất bằng 422,5pg/ml và thấp hơn so với nhóm không bệnh. Đáng chú ý, ở cả nhóm bệnh SSTT và nhóm không bệnh đều cho thấy nồng độ vitamin B12 dưới ngưỡng phòng ngừa bệnh theo tác giả Dale E. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu về nhu cầu cũng như giới hạn bình thường của vitamin B12 trên người >60 tuổi. Theo tác giả Dale E. (2017) nồng độ lý tưởng ở người > 45 tuổi muốn phòng ngừa Alzheimer cần duy trì nồng độ Vitamin B12: 500-1500 (pg/ml). Cũng từ kết quả so sánh nồng độ vitamin B12 giữa nhóm Alzheimer và MCI, chúng tôi nhận thấy dù không có sự khác biệt thống kê nhưng cả 2 nhóm đều có nồng độ vitamin B12 <500pg/ml, dưới ngưỡng phòng ngừa. Hơn nữa như chúng tôi đã đề cập ở trên trong nhóm bệnh nhân Alzheimer đa số đã được bổ sung vitamin nhóm B (B1,B6,B12) trong thời gian dài điều trị SSTT, còn nhóm MCI hầu hết chưa được bổ sung các thuốc vitamin nhóm B, nên kết quả chưa thực sự phản ánh tình trạng thiếu hụt vitamin B12 liên quan đến SSTT, cần có thời gian nghiên cứu dài hơn trên nhiều đối tượng nghiên cứu hơn. Nghiên cứu phát hiện nồng độ vitamin B12 trung bình dưới ngưỡng 500pg/ml ở các nhóm kể cả nhóm không SSTT là bằng chứng về việc cần bổ sung vitamin B12 ở người > 60 tuổi giúp cải thiện MCHC và giảm Homocysteine để

ngăn ngừa bệnh mạch máu và SSTT.

Với thiết kế nghiên cứu này, chúng tôi chưa thể kết luận rõ ràng vai trò nguyên nhân của giảm MCHC, tăng Homocysteine cũng như tình trạng thiếu Vitamin B12 ở các trường hợp bệnh SSTT. Hơn nữa, việc định lượng vai trò của từng chỉ số trong tác động làm thay đổi tình trạng SSTT cũng gặp nhiều hạn chế do nghiên cứu chỉ quan tâm đến tình trạng có hoặc không bệnh SSTT mà chưa phân tích dựa trên mức độ của bệnh. Trên thực tế, mức độ bệnh có biến thiên lớn giữa những bệnh nhân khác nhau. Yếu tố bệnh nền cũng có thể gây nhiễu lớn đến kết quả đặc biệt là bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận có thể phổ biến ở đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên do hạn chế trong thiết kế và thời gian nghiên cứu đã không thể kiểm soát được các yếu tố này.

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan về chỉ số MCHC, Vitamin B12 và Homocysteine với bệnh SSTT. Trong đó các chỉ số giảm MCHC và tăng Homocysteine có thể trở thành các yếu tố nguy cơ dẫn đến SSTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thắng, Lương Chí Thành (2010)** "Nghiên cứu dịch tễ về sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại cộng đồng". Y học thực hành, 715 (số 5/2010), tr.53-55.
2. **Phạm Thắng (2010)** Bệnh Alzheimer và các thể sa sút trí tuệ khác, Y Học, Hà Nội, tr.7-35.
3. **S. Seshadri, A. Beiser, J. Selhub, P. F. Jacques, I. H. Rosenberg, R. B. D'Agostino, et al. (2002)** "Plasma homocysteine as a risk factor for dementia and Alzheimer's disease". N Engl J Med, 346 (7), pp.476-483.
4. **M. Malaguarnera, R. Ferri, R. Bella, G. Alagona, A. Carnemolla, G. Pennisi (2004)** "Homocysteine, vitamin B12 and folate in vascular dementia and in Alzheimer disease". Clin Chem Lab Med, 42 (9), pp.1032-1035.
5. **A. D. Smith (2008)** "The worldwide challenge of the dementias: a role for B vitamins and homocysteine?". Food Nutr Bull, 29 (2 Suppl), S143-172.
6. **H. Sanchez, C. Albala, L. Lera, J. L. Castillo, R. Verdugo, M. Lavados, et al. (2011)** "Comparison of two modes of vitamin B12 supplementation on neuroconduction and cognitive function among older people living in Santiago, Chile: a cluster randomized controlled trial. a study protocol [ISRCTN 02694183]". Nutr J, 10, 100.
7. **E. Moore, A. Mander, D. Ames, R. Carne, K. Sanders, D. Watters (2012)** "Cognitive impairment and vitamin B12: a review". Int Psychogeriatr, 24 (4), 541-556.
8. **C. Hyung Hong, C. Falvey, T. B. Harris, et al. (2013)** "Anemia and risk of dementia in older adults". Findings from the Health ABC study, pp.528-533.
9. **C. Reitz, R. Mayeux (2014)** "Alzheimer disease: epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers". Biochem Pharmacol, 88 (4), pp.640-651.

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ NHIỄM HPV VÀ MỐI LIÊN QUAN ĐẾN CHỈ ĐỊNH CẮT TỬ CUNG DO U XƠ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Lưu Vũ Dũng*, Vũ Văn Tâm*

TÓM TẮT

Chỉ định cắt tử cung hoàn toàn hay bán phần trong u xơ tử cung căn cứ vào nhiều yếu tố trong đó có kết quả xét nghiệm HPV. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ nhiễm HPV và mối liên quan đến chỉ định cắt tử cung do u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 420 bệnh nhân có chỉ định cắt tử cung do u xơ tử cung từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2019 tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm HPV là 7,1%. Trong đó bệnh nhân nhiễm typ nguy cơ cao: typ 16 là 30,5% và typ18 là 33,3%; nhiễm 12 type nguy cơ trung bình là 36,2%. Nhóm có HPV dương tính tỉ lệ cắt tử cung hoàn toàn là 86,7%, so với tỉ lệ cắt tử cung bán phần là 13,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm HPV là 7,1%. Nhóm bệnh nhân u xơ tử cung có HPV dương tính cắt tử cung hoàn toàn cao hơn nhóm cắt tử cung bán phần ($p < 0,001$).

Từ khóa: u xơ tử cung, cắt tử cung, HPV Cobas

SUMMARY

DETERMINING THE PREVALENCE OF HVP INFECTION AND THE RELATIONSHIP WITH INDICATIONS OF HYSTERECTOMY DUE TO UTERINE LEIOMYOMA IN HAI PHONG HOSPITAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY

Indications of complete hysterectomy or partial hysterectomy due to Uterine Leiomyoma base on many factors, one of them is HPV testing. **Objectives:** To determine the prevalence of HPV infection and the relationship with hysterectomy for uterine leiomyoma in Hai Phong Hospital Of Obstetrics and Gynecology. **Subjects and methods:** 420 patients who have hysterectomy indication due to Uterine Leiomyoma from 6/2017 to 6/2019 Hai Phong Hospital Of Obstetrics and Gynecology. **Result:** HPV positive is 7.1%. In which patients with high-risk type: type 16 are 23,3% and type 18 are 26,7%; patients with 12 average-risk types are 50,0%. In the HPV-positive group, the prevalence of complete hysterectomy is 86.7%, compared to the partial hysterectomy, which is 13.3%. This difference is statistically significant with $p = 0.001$. **Conclusion:** The prevalence of HPV infection is 7.1%. The group of patients with uterine Leiomyoma who are HPV positive have a complete hysterectomy higher than the partial hysterectomy group ($p < 0.001$).

*Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Vũ Dũng

Email: Luuvudung1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

Key words: uterine leiomyoma, hysterectomy, HPV Cobas.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là khối u lành tính phát triển từ cơ tử cung. Đây là loại khối u sinh dục hay gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị u xơ tử cung bao gồm: điều trị nội khoa như dùng đồng vận nhóm progesteron, đồng vận GnRH, làm tắc động mạch tử cung có chọn lọc, hay điều trị ngoại khoa như: phẫu thuật bóc u xơ tử cung, phẫu thuật cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn, trong đó, cắt tử cung được coi là phương pháp triệt để nhất [1].

Quan điểm hiện nay luôn có xu hướng bảo tồn cổ tử cung với mục đích đảm bảo vấn đề sức khỏe tâm sinh lý tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh, giảm những biến cố trong phẫu thuật cũng như ảnh hưởng đến tình trạng sa tạng chậu sau này. Vấn đề hiện nay được quan tâm đến và đặt ra là chỉ định cắt tử cung hoàn toàn hay bán phần [1]. Hiện nay trên thế giới có nhiều công trình nghiên cứu về nhiễm HPV với bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định loại bỏ u. Nhưng tại Việt Nam nói chung và tại Hải Phòng nói riêng chưa có nghiên cứu về chỉ định cắt tử cung hoàn toàn hay bán phần đánh giá tổn thương cổ tử cung qua xét nghiệm HPV (Human Papilloma Virus).

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Xác định tỷ lệ nhiễm HPV và mối liên quan đến chỉ định cắt tử cung do u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu: 420 bệnh nhân có chỉ định cắt tử cung do u xơ tử cung từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2019 tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2019.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán u xơ tử cung đã được phẫu thuật cắt tử cung.

+ Bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm sàng lọc nhiễm virus HPV.

+ Có kết quả mô bệnh học sau mổ là u xơ tử cung.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân không được làm xét nghiệm sàng lọc nhiễm virus HPV.

- Bệnh nhân không có đầy đủ các thông tin cần thiết trong hồ sơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu báo cáo loạt ca có phân tích.

2.2.2. Chỉ số nghiên cứu:

- Kết quả xét nghiệm HPV: (máy Cobas 480 của hãng Roche Diagnostic)

+ HPV dương tính: typ 16/typ 18/12 typ nguy cơ trung bình (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68).

+ HPV âm tính: không nhiễm HPV hoặc nhiễm HPV typ không gây nguy cơ ung thư cổ tử cung.

- Phương pháp phẫu thuật cắt tử cung:

+ Cắt hoàn toàn

+ Cắt bán phần

2.3. Quy trình thực hiện:

- Chọn lọc tất cả các hồ sơ bệnh án có chỉ định phẫu thuật cắt tử cung do u cơ tử cung được làm xét nghiệm HPV.

- Chọn lọc những hồ sơ đủ tiêu chuẩn chọn vào và loại bỏ những hồ sơ theo tiêu chuẩn loại trừ.

- Ghi nhận các thông tin vào bảng thu thập số liệu sẵn có.

- Xử lý và phân tích số liệu.

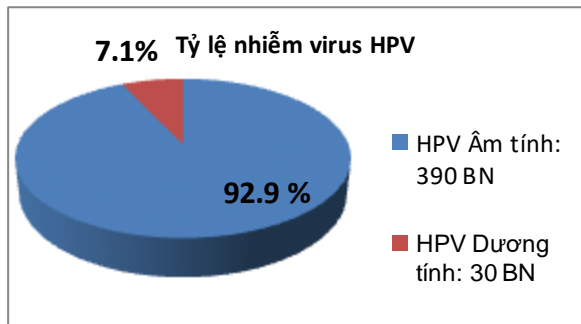
2.4. Xử lý số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS22.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Các thông tin cá nhân đều được đảm bảo giữ bí mật. Nghiên cứu nhằm mục đích đóng góp vào việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe. Đề tài đã thông qua hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng cho phép tiến hành.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ nhiễm virus HPV ở nhóm nghiên cứu

- Tỷ lệ nhiễm virus HPV



Biểu đồ 0.1. Tỷ lệ nhiễm HPV-DNA(+) của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong tổng số 420 bệnh nhân có: 390 bệnh nhân có kết quả HPV âm tính chiếm tỷ lệ 92,9%; số bệnh nhân nhiễm HPV dương tính có

nguy cơ ung thư cổ tử cung là 30 chiếm tỷ lệ 7,1%.

- Kết quả định type HPV nguy cơ ung thư cổ tử cung

Bảng 3.1. Kết quả định type HPV

Kết quả định typ HPV	n	%
HPV 16	7	23,3
HPV 18	8	26,7
12 type nguy cơ trung bình	15	50,0
Tổng	30	100

Nhận xét: - Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm typ 16 và 18 lần lượt là 23,3% và 26,7%.

- Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm 12 type nguy cơ trung bình là 50,0% chiếm tỷ lệ cao nhất.

3.2. Liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV với cách thức phẫu thuật

Bảng 3.2. Liên quan tình trạng nhiễm HPV, loại typ HPV và thái độ xử trí

	Cắt tử cung hoàn toàn n (%)	Cắt tử cung bán phần n (%)	p
Tình trạng nhiễm HPV			
HPV dương tính	26(86,7)	4(13,3)	0,001
HPV âm tính	177(45,4)	213(54,6)	
Loại typ HPV			
Typ 16,18	14(53,8)	1(25)	0,2
12 typ nguy cơ trung bình	12(46,2)	3(75)	

Nhận xét: - Ở nhóm có HPV dương tính tỉ lệ cắt tử cung hoàn toàn là 86,7%, so với tỉ lệ cắt tử cung bán phần là 13,3%, còn ở nhóm HPV âm tính tỉ lệ cắt tử cung hoàn toàn và bán phần không có khác biệt nhiều. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,001.

- Không có sự khác biệt về thái độ xử trí cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn giữa nhóm nhiễm typ 16,18 và nhóm 12 typ nguy cơ trung bình.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm HPV ở nhóm nghiên cứu.

Để định typ Human Papilloma virus lây nhiễm ở phụ nữ Hải Phòng, chúng tôi áp dụng thực hiện bằng kỹ thuật HPV DNA của hãng Roche. Hệ thống xét nghiệm này đã được Cơ quan Quản lý Thuốc và Dược phẩm của Hoa Kỳ (FDA) và Cộng đồng chung Châu Âu (CE) phê chuẩn xây dựng thành quy trình sàng lọc ung thư cổ tử cung theo tiêu chuẩn Mỹ [2]. Trong số 420 trường hợp có chỉ định cắt tử cung được đưa vào nghiên cứu, kết quả ghi nhận tỷ lệ nhiễm HPV là 7,1% với 30 trường hợp dương tính HPV (biểu đồ 3.1). Như vậy, tỷ lệ nhiễm HPV của của nhóm đối tượng có chỉ định cắt tử cung là trong khoảng 10% phù hợp với kết quả của các tác giả như Nguyễn Trọng Hiếu (2004) [3], Vũ Thị Nhung (2010) [3], Lê Quang Vinh (2015) [5].

Hiện nay, trên thế giới đã định danh được hơn 100 typ HPV [6,7]. Kết quả của HPV Cobas sẽ cho biết các typ sau: typ 16, typ 18 và nhóm 12 typ (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68). Trong đó, typ 16 và 18 là typ nguy cơ cao, nhóm 12 typ là nguy cơ trung bình, các typ còn lại được đánh giá là âm tính. Kết quả định typ Human Papilloma Virus của đối tượng nghiên cứu: Bảng 3.1 cho thấy có 30 trường hợp dương tính HPV, trong đó có 7 trường hợp dương tính HPV type 16 (23,3%), 8 trường hợp dương tính HPV typ 18 (26,7%) và 15 trường hợp dương tính HPV 12 typ nguy cơ cao (50,0%). Tham khảo nghiên cứu của Vũ Thị Nhung số nhiễm 12 typ là 34,27% với nhiễm typ nguy cơ cao 16, 18 là 54,72%, còn lại là các typ khác [3]. Kết quả của Trần Thị Lợi có tỷ lệ nhiễm typ 16 và 18 là 69,4%; nhiễm 12 typ nguy cơ trung bình là 30,6% [8]. Có sự khác nhau này là do đối tượng được chọn khác nhau, hệ thống trang thiết bị xét nghiệm HPV khác nhau trong các nghiên cứu.

4.2. Liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV với cách thức phẫu thuật. Theo kết quả nghiên cứu của Bảng 3.2 tỉ lệ cắt tử cung hoàn toàn ở nhóm bệnh nhân có dương tính với HPV chiếm tỉ lệ rất cao là 86,7% trong khi đó chỉ có 13,3% là cắt tử cung bán phần.

Theo kết quả được ghi nhận về liên quan giữa các typ nguy cơ với cách thức phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy trong 4 trường hợp được cắt tử cung bán phần thì có 1 trường hợp dương tính với HPV nguy cơ cao ung thư cổ tử cung (typ16) còn lại 3 trường hợp dương tính với 12 typ nguy cơ trung bình, còn trong 26 trường hợp có cắt tử cung hoàn toàn chúng tôi thấy rằng có 14 trường hợp chiếm 53,8% là dương tính với typ nguy cơ cao 16, 18 trong khi đó có 12 trường hợp chiếm 46,2% là dương tính với 12 typ nguy cơ trung bình.

Với trường hợp có dương tính với HPV ở typ nguy cơ cao ung thư cổ tử cung và bệnh nhân đã lớn tuổi thì khi đó sẽ có chỉ định cắt cổ tử cung để dự phòng. Trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân dương tính HPV được chỉ định cắt tử cung bán phần: 3 bệnh nhân dương tính với nhóm 12 typ nguy cơ trung bình (được tư vấn khám sàng lọc ung thư cổ tử cung định kì); 1 bệnh nhân dương tính typ nguy cơ cao (typ 16), bác sĩ đã tư vấn bệnh nhân chỉ định cắt tử cung hoàn toàn, tuy nhiên lại cắt tử cung bán phần là do yêu cầu của bệnh nhân mong muốn giữ lại cổ tử cung. Phẫu thuật viên xác định bệnh nhân mới 39 tuổi, nếu như cắt toàn bộ cổ tử cung của bệnh nhân có thể làm

suy yếu sản chậu. Chính vì những lí do đó nên sau khi bệnh nhân đã hiểu được những nguy cơ của mình và sẽ tuân thủ quy trình sàng lọc ung thư cổ tử cung thì phẫu thuật viên đã quyết định để lại cổ tử cung cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

U xơ tử cung có HPV dương tính tỉ lệ cắt tử cung hoàn toàn là 86,7%, so với tỉ lệ cắt tử cung bán phần là 13,3%, còn ở nhóm HPV âm tính tỉ lệ cắt tử cung hoàn toàn và bán phần không có khác biệt nhiều. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

KHUYẾN CÁO

Cần có đánh giá về tình trạng nhiễm HPV trước khi chỉ định cắt tử cung hoàn toàn hay cắt bán phần ở bệnh nhân điều trị u xơ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Phương Nhung (2016)**, "Nhận xét thái độ xử trí u xơ tử cung bằng phương pháp phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2014", Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Đại học Y Hà Nội
2. **Al-Thani, Asma AJ, Abu-Rub A, Al-Ansai, Abushama, Al-Khanji, el al, (2010)**, "Prevalence of Human Papilloma virus infection in women attending a Gynecology / Oncology clinic in Qatar", *Future Virol*, 5(4), pp. 513- 519.
3. **Nguyễn Trọng Hiếu, Nguyễn Thị Thùy, Phạm Hoàng Anh, et al. (2004)**, "Tần suất nhiễm HPV ở phụ nữ Thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội", Hội nghị Khoa học kỹ thuật Bệnh viện Hùng Vương năm 2004, pp. 36 - 44.
4. **Vũ Thị Nhung (2010)**, "Cập nhật kiến thức về HPV", Sản phụ khoa từ bằng chứng đến thực hành, Nhà Xuất bản Y học chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh, pp. 41 - 49.
5. **Lê Quang Vinh, Phạm Thị Thanh Yên, Nguyễn Khánh Dương, Lê Hoàng Linh, Đào Duy Quân và cộng sự, (2015)**, "Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Human Papilloma virus ở cán bộ nữ Bệnh viện Phụ Sản Trung ương", *Tạp chí Phụ Sản*, Tập 13,(2), tr. 9-11
6. **Almonte M, Ferreccio C, Winkler J.L, Cruzick J, (2007)**, "Cervical screening by visual inspection, liquid-based and conventional cytology in Amazonian Peru", *Int J Cancer*, 121, pp.796- 802.
7. **Castro F A, Dominguez A, Puschel K, De Wyngard V.V, Snijders P JF, et al, (2014)**, "Serological prevalence and persistence of high-risk Human Papilloma virus infection among women in Santiago, Chile", *BMC Infection Diseases*, 14, pp. 361- 369.
8. **Trần Thị Lợi, Hồ Văn Phúc (2010)**, "Tỷ lệ nhiễm Human Papilloma virus và các yếu tố liên quan của phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 14 (Phụ bản của số 1), pp. 311 - 320.

BIẾN CỐ BỆNH TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH NẶNG

Hoàng Văn Sỹ*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp động mạch cảnh do xơ vữa có hoặc không có triệu chứng là một biểu hiện của bệnh lý tim mạch do xơ vữa. Sự hiện diện của các biến cố tim mạch do xơ vữa làm thay đổi chiến lược điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân. Đánh giá các đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng giữa bệnh nhân có hoặc không biến cố tim mạch là cần thiết cho điều trị và phòng ngừa biến cố tim mạch nguyên phát và thứ phát ở bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân hẹp động mạch cảnh nặng có và không có biến cố tim mạch chính do xơ vữa, bao gồm đột quỵ, nhồi máu cơ tim và bệnh mạch máu ngoại biên. **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Trong 83 bệnh nhân hẹp động mạch cảnh nặng được nhận vào nghiên cứu, độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $65,8 \pm 11,6$, nam:nữ = 4:1. Mức độ hẹp động mạch cảnh trung bình là $75,6 \pm 15,3\%$. Có 45 (54,2%) bệnh nhân ghi nhận mắc biến cố tim mạch chính. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có và không có biến cố tim mạch về các đặc điểm lâm sàng như tuổi, giới. Về đặc điểm của bilan lipid máu có sự khác biệt quan trọng giữa 2 nhóm; nồng độ Cholesterol toàn phần ở nhóm có biến cố cao hơn ($174,6 \text{ mg/dL}$ so với $207,6 \text{ mg/dL}$; $p = 0,017$), nồng độ LDL-C ở nhóm có biến cố thấp hơn ($89,5 \text{ mg/dL}$ so với $118,5 \text{ mg/dL}$; $p = 0,016$), chỉ số HDL-C ở nhóm có biến cố cao hơn ($38,7 \text{ mg/dL}$ so với $31,7 \text{ mg/dL}$; $p = 0,004$) và chỉ số Non-HDL-C ở nhóm có biến cố thấp hơn ($135,9 \text{ mg/dL}$ so với $175,9 \text{ mg/dL}$; $p = 0,041$). Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị rối loạn mỡ máu lần lượt là 40% và 39,5%. Tỷ lệ bệnh nhân ở 2 nhóm có nồng độ LDL-C < 70 mg/dL lần lượt là 33,3% và 18,4% với $p = 0,13$, nồng độ Non-HDL-C < 100 mg/dL lần lượt là 20% và 13,2% với $p = 0,41$. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân hẹp động mạch cảnh nặng do xơ vữa xảy ra biến cố tim mạch có đặc điểm lâm sàng cơ bản giống với nhóm không có biến cố. Tỷ lệ bệnh nhân hẹp nặng động mạch cảnh được điều trị rối loạn mỡ thấp. Nhóm bệnh nhân có biến cố tim mạch có nồng độ Cholesterol toàn phần, LDL-C, Non-HDL-C thấp hơn và chỉ số HDL-C cao hơn với nhóm không có biến cố. Nhìn chung, tỷ lệ đạt ngưỡng điều trị LDL-C hoặc Non-HDL-C theo khuyến cáo còn thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Từ khóa: Biến cố tim mạch, xơ vữa, hẹp động mạch cảnh.

SUMMARY

CARDIOVASCULAR EVENTS IN PATIENTS

*Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

WITH SEVERE CAROTID ARTERY STENOSIS

Background: Asymptomatic or symptomatic carotid artery stenosis are closely related to cardiovascular events. The development of cardiovascular events changes the treatment strategy and prognosis for patients with severe carotid artery stenosis. Assessment of clinical and laboratory characteristics between patients with or without cardiovascular events is necessary for the treatment and prevention of primary and secondary cardiovascular events. **Objective:** To demonstrate the clinical and laboratory characteristics between patients with or without cardiovascular events. **Methods:** A cross-sectional study. **Results:** We studied in 83 consecutive patients presenting with severe carotid artery stenosis, the mean age of population study was 65.8 ± 11.6 years; male: female ratio was 4: 1. The average carotid artery stenosis was $75.6 \pm 15.3\%$. The cardiovascular event occurred in 45 patients (54.2%) in the study population. There were no statistically significant differences between the 2 groups with and without cardiovascular events in terms of clinical characteristics such as age, gender. Regarding the characteristics of lipid bilan, there was a statistically significant difference between the 2 groups; the level of the total cholesterol in the event group was lower (174.6 mg/dL versus 207.6 mg/dL ; $p = 0.017$), the level of LDL-C in the event group was lower (89.5 mg/dL compared to 118.5 mg/dL ; $p = 0.016$), the level of HDL-C in the event group was higher (38.7 mg/dL vs 31.7 mg/dL ; $p = 0.004$) and the level of Non-HDL-C was in the event group was lower (135.9 mg/dL vs 175.9 mg/dL ; $p = 0.041$). The proportion of patients treated for dyslipidemia in 2 groups were 40% and 39.5%, respectively. The proportion of patients in the two groups with LDL-C level <70mg/dL were 33.3% and 18.4%, respectively ($p=0.13$); Non-HDL-C level <100mg/dL were 20% and 13.2%, respectively ($p = 0.41$). **Conclusion:** The study revealed that patients with severe carotid stenosis with or without cardiovascular event had the similar baseline clinical characteristics. The proportion of patients with severe carotid arterie stenosis being treated for lipid disorders was low. The cardiovascular event group had lower levels of total cholesterol, LDL-C, Non-HDL-C and higher level of HDL-C than in the non-event group. Overall, the proportion of patients reached their recommended LDL-C level or Non-HDL-C were low, and there was no difference between the two groups.

Keywords: Cardiovascular event, atherosclerosis, carotid artery stenosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ vữa động mạch là một tình trạng tổn thương viêm hệ thống mạch máu ảnh hưởng tới nhiều hệ động mạch vừa và lớn. Trên bệnh nhân hẹp động mạch cảnh nặng do xơ vữa, thường đi

kèm theo tình trạng xơ vữa và hẹp các hệ động mạch khác như động mạch vành, mạch máu não, động mạch ngoại biên. Do vậy, bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh không chỉ tăng nguy cơ bị đột quỵ, mà nó đặt bệnh nhân vào nhóm bệnh nhân có nguy cơ rất cao xảy ra các biến cố tim mạch do xơ vữa khác, đặc biệt là các biến cố liên quan đến động mạch vành. Mặc dù điều thuốc và tái thông mạch máu đã cải thiện đáng kể tiên lượng ở những bệnh nhân có bệnh mạch máu do xơ vữa nhưng các biến cố tim mạch chính liên quan đến xơ vữa và biến cố mạch máu não vẫn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, chiếm 46% các trường hợp tử vong ở các nước phát triển [1].

Ở bệnh nhân hẹp động mạch cảnh không triệu chứng vẫn có nguy cơ xảy ra biến cố đột quỵ. Một phân tích cho thấy bệnh nhân hẹp động mạch cảnh không triệu chứng tăng đáng kể nguy cơ tử vong do tim mạch/nhồi máu cơ tim/đột quỵ so với nhóm không hẹp động mạch cảnh (6,03% so với 4,29%; $p < 0,0001$) [2]. Đối với những trường hợp hẹp động mạch cảnh có triệu chứng nguy cơ bị đột quỵ trong vòng 5 năm tăng theo mức độ hẹp của động mạch cảnh, cụ thể nếu động mạch cảnh hẹp 50-69% nguy cơ này là 27,7%, nếu hẹp 70-99% thì nguy cơ sẽ là 32,7% [3].

Bên cạnh các điều trị như thay đổi lối sống, chế độ ăn và can thiệp như bóc nội mạch động mạch cảnh, đặt stent động mạch cảnh, thì điều trị nội khoa với thuốc kháng kết tập tiểu cầu và statin vẫn là hòn đá tảng trong điều trị và phòng ngừa biến cố nguyên phát và thứ phát [4]. Nếu đối với điều trị bằng thuốc kháng kết tập tiểu cầu đã có sự đồng thuận nhất định giữa các Hiệp hội về chiến lược điều trị, thì đối với statin vẫn còn nhiều tranh cãi xung quanh mục tiêu cần đạt của các thành phần trong bilan lipid máu. Như chúng ta đã biết, tình trạng rối loạn mỡ máu dù là rối loạn thành phần nào cũng là yếu tố nguy cơ của hình thành và tiến triển mảng xơ vữa động mạch cảnh. Bệnh nhân mắc bệnh động mạch cảnh được coi là có nguy cơ biến cố tim mạch rất cao và theo các Hướng dẫn được công nhận về phòng ngừa bệnh tim mạch nên được điều trị bằng statin với mức LDL-C mục tiêu < 70 mg/dL [5]. Cụ thể, Amarengo và cộng sự cho thấy với mục tiêu LDL-C < 70 mg/dL so với mục tiêu < 100 mg/dL thì sẽ giảm được biến cố lâm sàng nhiều hơn [6]. Miura và cộng sự còn chỉ ra rằng các thành phần mỡ máu khác cũng liên quan đến hình thành và xảy ra biến cố ở bệnh nhân hẹp động mạch cảnh như HDL-C, triglyceride, Non-HDL-C [7].

Vấn đề khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở bệnh nhân hẹp động mạch cảnh nặng có biến cố và không biến cố tim mạch chính do xơ vữa là cần thiết. Kết quả sẽ cung cấp những thông tin giúp quản lý và điều trị, phòng ngừa tối ưu biến cố tim mạch do xơ vữa nguyên phát cũng như thứ phát. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị rối loạn mỡ máu ở bệnh nhân hẹp động mạch cảnh nặng có và không có biến cố tim mạch chính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chọn liên tiếp từ khoa Tim mạch Can Thiệp – Bệnh viện Chợ Rẫy, hẹp $> 50\%$ đường kính động mạch cảnh ngoài sọ qua chụp động mạch cảnh cản quang qua ống thông.

Tiêu chuẩn chọn vào: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, hẹp $> 50\%$ đường kính động mạch cảnh ngoài sọ trên chụp mạch cảnh xâm lấn, đồng ý và ký vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đột quỵ cấp hay gần đây (trong vòng 1 tháng); nhồi máu cơ tim hay đau thắt ngực không ổn định trong vòng 1 tháng; điểm Rankin > 3 điểm; tắc nghẽn hoàn toàn động mạch cảnh, tổn thương lỗ động mạch cảnh chung; đã đặt stent tại động mạch cảnh đích trước đó hay đã đặt stent động mạch cảnh đối bên trong vòng 1 tháng; hẹp động mạch cảnh đoạn nội sọ; khối u nội sọ, dị dạng động tĩnh mạch nội sọ, phình động mạch nội sọ; rung nhĩ mạn, rung nhĩ cơn trong vòng 6 tháng trước hay cần phải dùng kháng đông.

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Các bước tiến hành. Bệnh nhân trong nghiên cứu được chia thành nhóm có (**Nhóm 1**) và không có (**Nhóm 2**) biến cố tim mạch chính do xơ vữa trên lâm sàng. Biến cố tim mạch chính do xơ vữa trên lâm sàng được định nghĩa bao gồm bệnh mạch động mạch vành (hẹp có ý nghĩa động mạch vành khi chụp mạch vành, nhồi máu cơ tim cũ, tiền căn được PCI/CABG), nhồi máu não và bệnh động mạch ngoại biên.

Bệnh nhân sau khi được chọn vào nghiên cứu sẽ được thu thập các thông tin lâm sàng, tiền sử bệnh, các xét nghiệm cận lâm sàng và được chụp động mạch cảnh 2 bên.

Xử lý thống kê: Dữ liệu được nhập và xử trí 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. So sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm bằng phép kiểm t-test nếu là biến định lượng, bằng phép kiểm Chi bình phương nếu là biến định

tính. Các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi chọn được 83 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu. Tất cả những bệnh nhân này được chụp động mạch cảnh cản quang với mức độ hẹp trung bình là $75,6 \pm 15,3\%$, giới nam chiếm gấp khoảng 4 lần giới nữ. Tỷ lệ hẹp động mạch cảnh bên trái có 36 trường hợp và hẹp động mạch cảnh bên phải có 46 trường hợp. Vị trí cụ thể hẹp phân theo lỗ xuất phát, đoạn giữa và xa trên động mạch lần lượt là 8,4%, 41% và 50,6%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu

Biến số	Chung(N=83)	Nhóm 1(N=45)	Nhóm 2(N = 38)	Giá trị P
Tuổi (năm)	65,8 ± 11,6	67,2 ± 10,5	64,3 ± 12,7	0,26
Giới nam, n (%)	70 (84,3)	37 (82,2)	33 (86,8)	0,56
Hút thuốc lá, n (%)	32 (38,6)	21 (46,7)	11 (29,0)	0,26
Tăng huyết áp, n (%)	65 (78,3)	33 (73,3)	32 (84,2)	0,23
Đái tháo đường, n (%)	18 (21,7)	12 (26,7)	6 (15,8)	0,23
Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm, n (%)	6 (7,2)	4 (8,9)	2 (5,3)	0,69
HA tâm thu, mmHg	135,0 ± 23,8	132,0 ± 25,8	138,4 ± 20,9	0,22
HA tâm trương, mmHg	75,5 ± 12,0	74,3 ± 11,5	76,9 ± 12,5	0,32
Tần số tim, lần/phút	76,9 ± 11,7	77,2 ± 10,0	76,5 ± 13,7	0,79
BMI, Kg/m ²	22,9 ± 2,6	23,0 ± 2,4	22,6 ± 2,8	0,50
Vòng eo, cm	85,3 ± 6,5	86,0 ± 5,6	84,3 ± 7,5	0,24

Bảng 2 cho thấy giá trị các thông số cận lâm sàng cơ bản của bệnh nhân hẹp động mạch cảnh. Theo đó, giữa nhóm có và không có biến cố tim mạch không ghi nhận có sự khác biệt về các chỉ số công thức máu, chức năng thận và phân suất tổng máu thất trái.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của dân số nghiên cứu

Biến số	Chung(N=83)	Nhóm 1(N=45)	Nhóm 2(N=38)	Giá trị P
Hemoglobin, G/L	132,0 ± 16,0	132,8 ± 17,5	131,0 ± 14,3	0,61
Creatinine máu, mg/dL	1,05 ± 0,22	1,04 ± 0,22	1,08 ± 0,22	0,40
Phân suất tổng máu thất trái, %	60,9 ± 10,1	61,0 ± 11,3	61,0 ± 8,6	1,00
Cholesterol toàn phần, mg/dL	189,7 ± 63,5	174,6 ± 47,9	207,6 ± 74,9	0,017
LDL-C, mg/dL	102,6 ± 53,0	89,5 ± 37,9	118,5 ± 63,8	0,016
HDL-C, mg/dL	35,2 ± 11,4	38,7 ± 11,7	31,7 ± 9,8	0,004
Triglyceride, mg/dL	258,2 ± 101,6	250,9 ± 103,7	266,9 ± 99,7	0,48
Non-HDL-C, mg/dL	154,2 ± 64,4	135,9 ± 47,0	175,9 ± 75,3	0,041

Về các chỉ số thành phần trong bilan lipid máu, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Cụ thể, Cholesterol toàn phần ở nhóm 1 thấp hơn so với nhóm 2, với giá trị tương ứng lần lượt là 174,6 mg/dL so với 207,6 mg/dL ($p = 0,017$). Tương tự, chỉ số LDL-C ở nhóm 1 cũng có giá trị thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 2 với $p = 0,016$. Điều này

Trong 83 bệnh nhân, có 45 bệnh nhân ghi nhận biến cố tim mạch do xơ vữa, chiếm 54,2% và 38 bệnh nhân không có biến cố, chiếm 47,8%. Đặc điểm lâm sàng của 2 nhóm được thể hiện trong Bảng 1. Tăng huyết áp là bệnh lý đi kèm phổ biến, ghi nhận ở 78,3%, tỷ lệ này ở nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 73,3% so với 84,2%, $p = 0,23$. Bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số huyết áp trung bình $< 140/90$ mmHg tại thời điểm nhập viện. Giá trị BMI cũng nằm trong giới hạn bình thường. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về các đặc điểm lâm sàng được ghi nhận.

cũng được ghi nhận ở chỉ số Non-HDL-C. Chỉ có chỉ số Triglyceride không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm, $p = 0,48$.

Khi đánh giá về tỷ lệ được điều trị rối loạn mỡ máu ở 2 nhóm, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm và tỷ lệ được điều trị chung là thấp với dưới 50% số bệnh nhân được nhận điều trị rối loạn mỡ máu (Bảng 3).

Bảng 3 Đặc điểm về điều trị rối loạn mỡ trong nghiên cứu

Biến số	Chung(N=83)	Nhóm 1(N=45)	Nhóm 2(N=38)	Giá trị P
RLLM được điều trị, n (%)	33 (39,8)	18 (40,0)	15 (39,5)	0,98
LDL- C < 55 mg/dL, n (%)	10 (12,1)	6 (13,3)	4 (10,5)	0,70
LDL- C < 70 mg/dL, n (%)	22 (26,5)	15 (33,3)	7 (18,4)	0,13

Non-HDL-C < 85 mg/dL, n (%)	7 (8,4)	4 (8,9)	3 (7,9)	0,87
Non-HDL-C < 100 mg/dL, n (%)	14 (16,9)	9 (20,0)	5 (13,2)	0,41

Tỷ lệ bệnh nhân hẹp động mạch cảnh có ngưỡng LDL-C đạt < 55 mg/dL và < 70 mg/dL là thấp, lần lượt là 12,1% và 26,5%. Đồng thời, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về tỷ lệ đạt được 2 ngưỡng điều trị trên với $p = 0,70$ và $p = 0,13$. Tương tự, đối với chỉ số Non-HDL-C, tỷ lệ bệnh nhân đạt ngưỡng < 85 mg/dL và < 100 mg/dL thấp hơn so với tỷ lệ bệnh nhân đạt các ngưỡng tương ứng (Bảng 3). Nhóm 1 và nhóm 2 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nhân đạt 2 ngưỡng Non-HDL-C trên với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu ở 83 bệnh nhân hẹp động mạch cảnh đáng kể (hẹp > 50% đường kính), chúng tôi ghi nhận có 45 bệnh nhân có biến cố tim mạch do xơ vữa. Khi so sánh giữa nhóm có và không có biến cố, ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm lâm sàng và một số chỉ số cận lâm sàng giữa 2 nhóm (Bảng 1, 2). Khi đánh giá về đặc điểm của bilan lipid máu, chúng tôi nhận thấy, ở nhóm có biến cố tim mạch do xơ vữa có nồng độ các thành phần thuộc nhóm gây xơ vữa gồm Cholesterol toàn phần, LDL-C và Non-HDL-C thấp hơn so với nhóm không có biến cố (Bảng 2). Ngược lại, nồng độ HDL-C ở nhóm có biến cố là cao hơn so với nhóm không có biến cố. Chưa đến 50% bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị rối loạn mỡ máu và tỷ lệ bệnh nhân đạt các ngưỡng điều trị của LDL-C (< 55 mg/dL; < 70 mg/dL) và Non-HDL-C (< 85 mg/dL; 100 mg/dL) là thấp.

Theo một báo cáo tổng quan năm 2019 của Miura và cộng sự cho thấy tất cả các chỉ số thành phần trong bilan lipid máu đều có liên quan đến tiến trình xơ vữa và xuất hiện các biến cố tim mạch do xơ vữa [7]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy ở nhóm có biến cố tim mạch do xơ vữa có nồng độ Cholesterol toàn phần, LDL-C, Non-HDL-C thấp hơn và có nồng độ HDL-C cao hơn so với nhóm không có biến cố tim mạch. Điều này có thể được lý giải bằng những lý do sau. Hơn 50% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không được điều trị rối loạn mỡ máu và chỉ số được coi là liên quan mạnh với xơ vữa là nồng độ LDL-C không đạt ngưỡng điều trị theo các khuyến cáo chiếm tỷ lệ cao (66,7% ở nhóm 1 và 81,6% ở nhóm 2). Khi so sánh ngưỡng điều trị LDL-C ở 2860 bệnh nhân sau đột quỵ, Amarenco và cộng sự cho thấy ngưỡng điều trị < 70 mg/dL và < 110

mg/dL, biến cố tim mạch chính do xơ vữa xảy ra cao hơn đáng kể ở nhóm < 110 mg/dL so < 70 mg/dL (10,9% và 8,5%; $p = 0,04$) [6]. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có ngưỡng LDL-C > 70 mg/dL cao hơn có thể xảy ra biến cố. Bên cạnh đó, có thể do bệnh nhân đã có chẩn đoán biến cố tim mạch nên vấn đề điều trị và thay đổi lối sống có thể tốt hơn, từ đó làm cho các chỉ số về mỡ máu có xu hướng tốt hơn nhưng chưa đủ để giảm biến cố hoàn toàn. Ngoài ra, có thể bệnh nhân đã hẹp động mạch cảnh nặng do mảng xơ vữa tích tụ lâu ngày, điều trị thuốc hoặc thay đổi lối sống chỉ đủ làm thay đổi chỉ số mỡ trong máu mà chưa làm ảnh hưởng đến mảng xơ vữa ở động mạch cảnh cũng như hệ động mạch khác và biến cố vẫn xảy ra. Conrad và cộng sự đã tiến hành đánh giá 794 bệnh nhân hẹp động mạch cảnh với thời gian theo dõi 5 năm, cho thấy điều trị nội khoa tối ưu (LDL-C luôn dưới 100 mg/dL) vẫn thấp bại trong ngăn ngừa tiến triển và xuất hiện triệu chứng ở 45% bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh ở mức độ 50-69% mà trước đây không có triệu chứng [8].

Nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa nêu lên thực trạng rằng tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh lý mạch máu do xơ vữa, cụ thể là hẹp nặng động mạch cảnh được điều trị với các thuốc rối loạn mỡ máu là thấp. Đồng thời tỷ lệ rất cao các bệnh nhân bị hẹp động mạch nặng dù đã có hoặc không có biến cố tim mạch chưa đạt được ngưỡng điều trị mục tiêu về rối loạn mỡ máu. Cần có những nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá toàn diện vấn đề điều trị và theo dõi điều trị về rối loạn mỡ máu ở bệnh nhân hẹp động mạch cảnh nặng do xơ vữa nhằm phòng ngừa tối ưu biến cố tim mạch do xơ vữa nguyên phát hoặc thứ phát.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân hẹp động mạch cảnh nặng có những đặc điểm lâm sàng giống nhau giữa nhóm có và không có biến cố tim mạch do xơ vữa. Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh có biến cố tim mạch do xơ vữa có nồng độ Cholesterol toàn phần, LDL-C, Non-HDL-C thấp hơn và có nồng độ HDL-C cao hơn so với nhóm không có biến cố tim mạch, có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh nhân hẹp động mạch cảnh nặng được điều trị rối loạn mỡ máu là thấp. Phần lớn những bệnh nhân này có chỉ số LDL-C và Non-HDL-C cao hơn so với ngưỡng điều trị theo các khuyến cáo hiện hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nichols M., Townsend N., Scarborough P. et al.** Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J.* 2014;35(42):2929.
2. **Aichner F. T., Topakian R., Alberts M. J. et al.** High cardiovascular event rates in patients with asymptomatic carotid stenosis: the REACH Registry. *Eur J Neurol.* 2009;16(8):902-908.
3. **Rothwell P. M., Eliasziw M., Gutnikov S. A. et al.** Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. *Lancet.* 2004;363(9413):915-924.
4. **Kernan W. N., Ovbiagele B., Black H. R. et al.** Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2014;45(7):2160-2236.
5. **Mach F., Baigent C., Catapano A. L. et al.** 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-188.
6. **Amarencu P., Kim J. S., Labreuche J. et al.** A Comparison of Two LDL Cholesterol Targets after Ischemic Stroke. 2020;382(1):9.
7. **Miura Y., Suzuki H.** Dyslipidemia and atherosclerotic carotid artery stenosis. *Vessel Plus.* 2019; 3:1.
8. **Conrad M. F., Boulom V., Mukhopadhyay S. et al.** Progression of asymptomatic carotid stenosis despite optimal medical therapy. *J Vasc Surg.* 2013;58(1):128-135.e121.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NHỮNG BỆNH NHÂN VÔ SINH KHÔNG CÓ TINH TRÙNG MẮC HỘI CHỨNG KLINEFELTER

Nguyễn Hoài Bắc***, Trần Văn Kiên**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, và cận lâm sàng của những bệnh nhân vô sinh không có tinh trùng mắc hội chứng Klinefelter. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 101 bệnh nhân nam vô sinh không có tinh trùng mắc hội chứng Klinefelter tại Khoa Nam học và Y học giới tính, bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 4 năm 2013 đến tháng 12 năm 2019. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc hội chứng klinefelter ở những người vô sinh không có tinh trùng chiếm 12,06%, trong đó thể thuần chiếm 93%. Kích thước tinh hoàn trung bình bên phải $2,01 \pm 2,1$ ml, bên trái $1,95 \pm 1,69$ ml. Kích thước dương vật khi kéo căng là $11,41 \pm 1,45$ cm. Tỷ lệ phì đại tuyến vú chiếm 34,7%. Nồng độ LH, FSH, testosterone huyết thanh trung bình lần lượt là $25,58 \pm 11,33$ mIU/ml, $43,87 \pm 18,6$ mIU/ml, $7,87 \pm 5,37$ nmol/l. **Kết luận:** Đặc điểm chung của bệnh nhân Klinefelter là tầm vóc cao, tinh hoàn nhỏ, vú to (gynecomastia), nồng độ testosterone giảm thấp, LH và FSH tăng cao.

Từ khóa: Klinefelter, không có tinh trùng, vô sinh nam, testosterone.

SUMMARY

STUDY CLINICAL AND PRECLINICAL CHARACTERISTICS OF AZOOSPERMIA MALE INFERTILITY PATIENTS WITH KLINEFELTER SYNDROME

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

Objectives: To describe the clinical and preclinical characteristics of azoospermia male infertility patients with Klinefelter syndrome. **Subjects and methods:** Descriptive cross-sectional study on the 101 male azoospermia infertility patients with Klinefelter syndrome who were examined and treated at the Andrology and Sexual Medicine Dept of Hanoi Medical University Hospital from April 2013 to December 2019. **Results:** The percentage of Klinefelter was 12.06% among azoospermia male infertile population, classic Klinefelter accounted 93%. The average testicular size on the right is 2.01 ± 2.1 ml, on the left is 1.95 ± 1.69 ml. Penis size when stretched is 11.41 ± 1.45 cm. the abdominal adiposity 34.7%, gynecomastia 34.7%. the average serum LH, FSH, and testosterone levels were, respectively, 25.58 ± 11.33 mIU /ml, 43.87 ± 18.6 mIU /ml, 7.87 ± 5.37 nmol /l. **Conclusion:** These results show that the common characteristic of Klinefelter patients is high stature, small testes, gynecomastia, low testosterone levels, LH and FSH increases.

Keywords: Klinefelter, azoospermia, male infertility, testosterone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Không có tinh trùng trong tinh dịch được định nghĩa là tình trạng không có tinh trùng trong ít nhất hai mẫu tinh dịch xét nghiệm sau khi được ly tâm (1000 x g trong 15 phút). Tỷ lệ không có tinh trùng chiếm 1% quần thể nam giới nói chung và chiếm 10-15% nam giới vô sinh [1]. Tại Việt Nam, không có tinh trùng chiếm tỷ lệ 15% trong số những bệnh nhân nam giới vô sinh đến khám tại một cơ sở lâm sàng [2].

Các báo cáo gần đây mô tả kiểu hình của Klinefelter rất khác nhau và không có biểu hiện nào đặc trưng giữa các bệnh nhân mắc

Klinefelter[3]. Chính vì vậy bệnh nhân Klinefelter thường được phát hiện bệnh muộn, chỉ khi có các vấn đề sinh sản họ mới đi khám và được chẩn đoán. Theo thống kê chỉ khoảng 25% bệnh nhân Klinefelter trong cộng đồng được phát hiện, chẩn đoán và điều trị.

Ngoài ảnh hưởng nặng nề đến khả năng sinh sản, hội chứng Klinefelter còn gây nên tình trạng suy sinh dục. Suy sinh dục tiên phát dẫn đến tình trạng thiếu hụt androgen kéo dài dẫn đến sự ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe như rối loạn chuyển hóa, loãng xương, nhược cơ, kém nam tính hóa, và tự ti về bản thân. Vì vậy, việc nhận biết về bệnh thông qua các đặc điểm lâm sàng để phát hiện sớm, quản lý và điều trị bệnh kịp thời có vai trò quan trọng chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên, tại Việt Nam, cho đến nay các nghiên cứu hội chứng Klinefelter còn rất hạn chế[4],[5]. Tuy nhiên các nghiên cứu này chủ yếu đi sâu vào mô tả đặc điểm kiểu nhân của bệnh.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân vô sinh nam không có tinh trùng mắc hội chứng Klinefelter". Với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, tinh dịch đồ, nội tiết tố, kiểu nhân của những bệnh nhân vô sinh nam không có tinh trùng mắc hội chứng Klinefelter.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả cắt ngang trên 101 hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân mắc hội chứng Klinefelter trong số 837 bệnh nhân được chẩn đoán vô sinh không có tinh trùng được khám và điều trị khoa Nam học và Y học giới tính, bệnh viện đại học Y Hà Nội, trong thời gian từ tháng 4 năm 2013 đến tháng 12 năm 2019

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng

Đặc điểm về tiền sử bệnh lý liên quan của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Tiền sử bệnh lý liên quan của đối tượng nghiên cứu (n=101)

Tiền sử		N(%)	
Ngoại khoa	Bẩm sinh	Hạ tinh hoàn ẩn	2(2%)
		Thông liên thất	1(1%)
		Thoát vị bẹn do còn ống phúc tinh mạc	2(2%)
		Lô tiểu thấp	1(1%)
		Lỗ ngực bẩm sinh	1(1%)
		Không có ống hậu môn	1(1%)
	Mắc phải	Mổ giãn tĩnh mạch tinh	2(2%)
		10(10%)	
Nội khoa	Quai bị không viêm tinh hoàn		8(7,9%)
	Quai bị biến chứng viêm tinh hoàn		3(3%)
	Tiểu đường		8(7,9%)
	Viêm đường tiết niệu, sinh dục		2(2%)
		21(20,8%)	
Chưa phát hiện bất thường		70(69,2%)	

ngiên cứu:

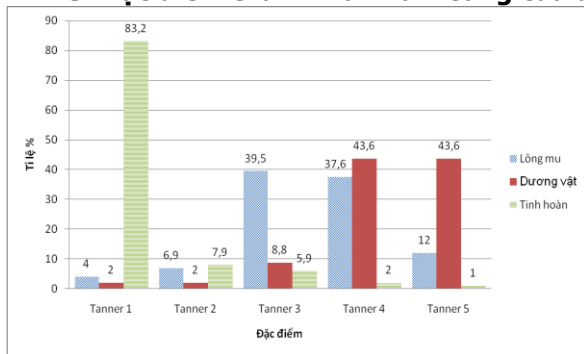
Tỉ lệ mắc hội chứng klinefelter ở những bệnh nhân vô sinh không có tinh trùng chiếm 12.06%.

1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Tổng (n)	Mean ± SD (Min,max)	N (%)
Tuổi	101	28,63 ± 3,74 (21-41)	
<25			15(14,9%)
25 – 35			81(80,2%)
35 - 45			5(4,9%)
>45			0(0%)
Chiều cao(cm)	101	170,3 ± 7,04 (145 – 187)	
Cân nặng(kg)	101	63,3 ± 11,35 (42 – 100)	
BMI (kg/m²)	101	21,81 ± 4,03 (15,67 – 33,41)	
< 18,5			18(17,8%)
18,5 – 22,9			53(52,5%)
23 – 24,9			18(17,8%)
≥ 25			12(11,9%)
Tuổi kết hôn(tuổi)	101	26,71±2,98 (21-36)	
Thời gian kết hôn (tháng)	101	2 3,57±24,79 (3 – 132)	
Thời gian chậm con (tháng)	101	23,94±24,56 (4 – 132)	
Hút thuốc lá	101		
Không			81(80,2%)
Có			20(19,8%)

1.3. Đặc điểm thăm khám lâm sàng của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Đặc điểm lông mu, dương vật, tinh hoàn của đối tượng nghiên cứu theo phân loại Tanner

Bảng 3: Các đặc điểm khám lâm sàng khác

Đặc điểm		Mean ± SD (Min-Max)	N (%)
Kích thước dương vật	Chiều dài khi mềm (cm)	6,38±1,12 (3,0-8,9)	
	Đường kính quy đầu (cm)	2,67±0,35 (1,8-3,7)	
	Đường kính thân (cm)	2,49±0,35 (1,6-3,5)	
	Chiều dài kéo căng (cm)	11,41±1,45 (6,0-14,0)	
Mỡ bụng, mu	Dày		30(29,7%)
	Bình thường		71(70,3%)
Tuyến vú	Vú to		35(34,7%)
	Bình thường		66(65,3%)
Ổng dẫn tinh	Bất thường		1(1%)
	Bình thường		100(99,0%)
Mào tinh	Bất thường		1(1%)
	Bình thường		100(99,0%)
Tĩnh mạch tinh	Giãn		0(0%)
	Không giãn		101(100%)
Thoát vị bẹn	Không thoát vị bẹn		2(2%)
	Có thoát vị bẹn		99(98,0%)

2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

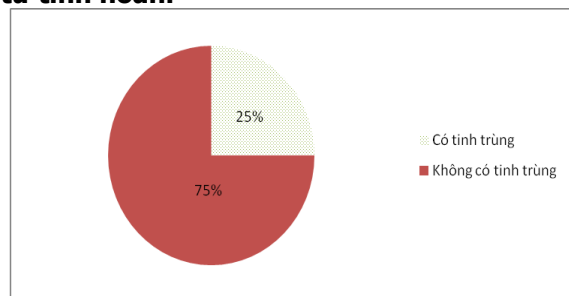
2.1. Đặc điểm tinh dịch đồ, nội tiết, kích thước tinh hoàn trên siêu âm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4: Đặc điểm tinh dịch đồ, nội tiết, kích thước tinh hoàn trên siêu âm của đối tượng nghiên cứu.

	Tổng (n)	Mean ± SD (Min-Max)	N (%)
Tinh dịch đồ			
pH	101	7,55 ± 0,5	

		(5,0 – 9,0)	
< 7,2			5(5%)
≥ 7,2			96(95%)
Thể tích (ml)	101	1,67±1,06 (0,2 – 5)	
< 1,5			42(41,6%)
≥ 1,5			59(58,4%)
Nội tiết tố			
LH (mIU/ml)	101	25,58±11,33 (4,0 – 63,15)	
< 1,7			0 (0%)
1,7 – 8,6			4(4%)
> 8,6			97(96%)
FSH (mIU/ml)	101	43,87 ± 18,6 (3,06-105,0)	
< 3,5			1(1%)
3,5 - 12,5			2(2%)
> 12,5			88(97%)
Prolactin (ng/ml)	101	30,09 ±29,48 (3,84-349,66)	
<4,04			1(1%)
4,04 – 15,2			52(51,5%)
>15,2			48(47,5%)
Estradiol (pmol/l)	101	88,53±57,12 (8,6-297,41)	
<41,4			20(19,8%)
41,4 – 159			69(68,3%)
>159			12(11,9%)
Testosterone (nmol/l)	101	7,87±5,37 (0,42-31,49)	
< 12			81(80,2%)
≥ 12			20(19,8%)
Kích thước tinh hoàn qua siêu âm			
Thể tích tinh hoàn phải (ml)		2,01±2,1 (0,52-10,4)	
Thể tích tinh hoàn trái (ml)		1,95±1,69 (0,45-8,87)	

2.3. Kết quả mTESE trích xuất tinh trùng từ tinh hoàn.



Biểu đồ 2: Kết quả mTESE trích xuất tinh trùng từ tinh hoàn(n=8)

2.2. Đặc điểm kiểu nhân của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 5: Đặc điểm Karyotyp của nhóm

đôi tượng nghiên cứu(n=101)

Kiểu nhân		Số lượng(N)	Tỉ lệ %
Thể thuần	XXY	94	93%
Thể khảm	45X;46 XY	2	2%
	47XXY,46XY	1	1%
Thể khác	XXYY	2	2%
	XXXYY	2	2%

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng Klinefelter là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất trong số những bệnh nhân vô sinh nam không có tinh trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện được 101 bệnh nhân mắc hội chứng Klinefelter trong số 837 bệnh nam vô sinh không có tinh trùng, chiếm tỉ lệ 12,06%, kết quả này có sự tương đồng với các báo cáo trước đây[3]. Trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $28,63 \pm 3,74$ tuổi. Trong đó, nhóm tuổi từ 25-35 tuổi chiếm tỉ lệ cao 80,2%. Chiều cao trung bình của nhóm nghiên cứu là $170,3 \pm 7,04$ cm, cao hơn đáng kể so với chiều cao trung bình của nam giới Việt Nam là 164cm do bệnh klinefelter thường có đôi chân dài hơn so với thân thể. Bệnh nhân Klinefelter thường xuất hiện các bệnh chuyển hóa từ rất sớm, trong đó bệnh tiểu đường chiếm một tỉ lệ đáng kể khoảng 13%[6], tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 7.9%.

Dấu hiệu chính luôn luôn có ở bệnh nhân Klinefelter, được thể hiện bằng tinh hoàn nhỏ và mật độ cứng chắc. Kích thước tinh hoàn nhỏ nguyên nhân có thể do sự thoái hóa các tế bào mầm từ sớm hoặc do mất sự tương tác giữa các tế bào mầm với hormon gonadotropin và hormon giới tính[3]. Nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân đều có tinh hoàn nhỏ; tỉ lệ tinh hoàn ở giai đoạn tanner 1 chiếm 83,2%, tanner 2 chiếm 7,9% và tanner 3 là 5,9%. Kích thước tinh hoàn trung bình trên siêu âm tinh hoàn phải là $2,01 \pm 2,1$ ml và trái là $1,95 \pm 1,69$ ml. Ngoài ra, các đặc điểm khác cũng có thể thấy ở những bệnh nhân Klinefelter là béo bụng, gynecomastia(vú to) với tỉ lệ tương ứng là 30-50%, và 30-75% [3]. Tỉ lệ này, trong nghiên cứu của chúng tôi tương ứng là béo bụng 29,7%, và gynecomastia là 34,7%.

Nồng độ testosterone ở bệnh nhân mắc Klinefelter thường trong phạm vi thấp đến giới hạn dưới bình thường, trong khi đó FSH và LH thường tăng rất cao[7], cho thấy tổn thương các tế bào mầm, suy giảm chức năng tinh hoàn dẫn tới tăng hoạt động bài tiết của tuyến yên và tăng gonadotropin trong huyết thanh. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ testosterone

giảm thấp, trung bình là $7,87 \pm 5,37$ nmol/l, trong khi đó LH và FSH tăng cao trong hầu hết các trường hợp với giá trị trung bình lần lượt là $25,58 \pm 11,33$ mIU/ml, $43,87 \pm 18,6$ mIU/ml, các thông số này phù hợp với các nghiên cứu trước đây[8].

Kết quả phân tích kiểu nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ bệnh nhân mắc Klinefelter thể thuần 46 XXY chiếm 93%, tỉ lệ này cao hơn so với báo cáo các tác giả khác [3]. Ngoài hội chứng Klinefelter thể thuần thường hay gặp, những bệnh nhân hội chứng Klinefelter thể khảm cũng có thể bắt gặp, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 2 trường hợp thể khảm 45X, 46XY và 1 trường hợp khảm 47XXY, 46XY chiếm tỉ lệ 3%, tương tự như nghiên cứu của Trần Cúc Anh cũng phát hiện 2 trường hợp khảm 45X, 46XY[5], nghiên cứu của Kim S.Y phát hiện 2 trường hợp khảm 47XXY, 46XY. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi còn phát hiện 2 trường hợp với bộ NST là XXYY và 2 trường hợp XXXYY.

Nam giới mắc hội chứng Klinefelter được coi là vô sinh, tuy nhiên các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng nhờ công nghệ hiện đại như chiết xuất tinh trùng từ tinh hoàn (mTESE) sau đó tiêm tinh trùng vào bào tương trứng có thể cho phép các bệnh nhân mắc Klinefelter có cơ hội được sinh ra những đứa con của mình. Một nghiên cứu gần đây cho thấy khả năng thu hồi tinh trùng từ tinh hoàn những bệnh nhân mắc Klinefelter đạt 35-50%[9]. Tỉ lệ thu hồi tinh trùng trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn, đạt 25%.

V. KẾT LUẬN

Những đặc điểm chung của bệnh nhân mắc Klinefelter trong nghiên cứu của chúng tôi là tầm vóc cao, tinh hoàn kích thước nhỏ, kích thước dương vật bình thường, béo bụng, gynecomastia. Xét nghiệm nội tiết cho thấy nồng độ testosterone huyết thanh giảm thấp, trong khi đó LH và FSH tăng cao, phần lớn số đối tượng nghiên cứu có kiểu nhân ở thể thuần 46XXY.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society for Male, R. and Urology, Evaluation of the azoospermic male: a committee opinion. *Fertil Steril*, 2018. **109**(5): p. 777-782.
2. Nguyễn Hoài Bắc, P.M.Q.v.N.C.T., Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân vô sinh không có tinh trùng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 2019. **123**(7): p. 147- 157.
3. Groth K. A., et al., Clinical review: Klinefelter syndrome--a clinical update. *J Clin Endocrinol*

- Metab, 2013. **98**(1): p. 20-30.
4. **Như, N.Đ.**, Nghiên cứu đặc điểm nhiễm sắc thể và phát hiện mất đoạn AZFc ở bệnh nhân vô sinh nam giới. Luận văn Thạc sĩ Y học chuyên ngành Y sinh học - Di truyền, 2009.
 5. **Anh, T.C.**, Nghiên cứu bộ nhiễm sắc thể ở những cặp vợ chồng vô sinh nguyên phát. Luận văn Thạc sĩ Y học, 2012 (chuyên ngành sinh học thực nghiệm).
 6. **Han S. J., et al.**, Obesity and Hyperglycemia in Korean Men with Klinefelter Syndrome: The Korean Endocrine Society Registry. *Endocrinol Metab* (Seoul), 2016. **31**(4): p. 598-603.
 7. **Mårin P., et al.**, The effects of testosterone treatment on body composition and metabolism in middle-aged obese men. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 1992. **16**(12): p. 991-997.
 8. **Forti G., et al.**, **Klinefelter's syndrome: a clinical and therapeutical update.** *Sex Dev*, 2010. **4**(4-5): p. 58-249.
 9. **Schiff J. D., et al.**, Success of testicular sperm extraction [corrected] and intracytoplasmic sperm injection in men with Klinefelter syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*, 2005. **90**(11): p. 7-6263.

ĐẶC ĐIỂM VÀ NHỮNG ĐẶC TÍNH TẾ BÀO GỐC TỦY XƯƠNG CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG LIỆT TỦY HOÀN TOÀN

Nguyễn Đình Hòa¹, Đoàn Thị Ngọc Hà²

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 đạc, 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

¹Bệnh viện Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hòa

Email: ndhoavietducspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 6.4.2020

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 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 120G/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 tỳ 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: "*Đặc điểm và những đặc tính 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 mặn đẳng trương. Sau đó tiến hành:

➢ Lấy mẫu sau xử lý (1ml),

➢ 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

Chỉ 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
SLTBĐN (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 CD34(+)	0.27	4.01	1.48 ± 0.88

Nhận xét: 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 sắt tổ (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
SLTBĐN (G/l)	21	9.83 ± 1.03	9.54 ± 0,84	> 0,05
TLTB CD34(+)(%)	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 (SLTBĐN), 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 ± 2.26 G/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 ± 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 ± 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, tỉ 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 tuỷ 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 tuỷ xương bằng máy Sepax 2 với quy trình khép kín trên nguyên tắc ly tâm gradient tỉ trọng. Các tế bào có cùng tỉ trọng sẽ phân thành từng lớp riêng rẽ khi có lực ly tâm tác dụng. Do các tế bào gốc có tỉ 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 $27,93 \pm 2,26$ đến $52,56 \pm 21,83$ (G/l) sau tách, tế bào đơn nhân tăng từ $9,69 \pm 0,65$ đến $25,85 \pm 1,46$ (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 $52,56 \pm 21,83$ G/l (từ 17,4-120G/l), trong đó, tế bào đơn nhân (MNC) là $25,85 \pm 1,46$ chiếm tỉ lệ $52,20 \pm 1,34$, 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 tuỷ 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 $0,41 \pm 0,69$, $10,09 \pm 0,85$. 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 tuỷ xương.

Khi so sánh hiệu quả của phương pháp tách tế bào đơn nhân từ dịch hút tuỷ 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, tỉ 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. Chúng tôi các quy trình thu gom dịch tuỷ 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 tuỷ 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+: Tỷ lệ tế bào CD34+ thu được $2.38 \pm 0.92\%$, nồng độ tế bào CD34+ thu được $1.71 \pm 0.510 \times 10^6$ 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*, 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*, 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*, 2066-73.

ĐẶC ĐIỂM TAI NẠN BỎNG Ở TRẺ DƯỚI 6 TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NGOẠI CHẤM THƯƠNG BỎNG CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH ĐỊNH, 2019

Nguyễn Thị Như Tú¹, Võ Hồng Phong²,
Trần Thị Xuân Tâm², Phan Trọng Lân³

Từ khóa: tai nạn bỏng, trẻ dưới 6 tuổi, tỉnh Bình Định.

TÓM TẮT

Từ tháng 7/2019 đến tháng 12/2019 tại Khoa Ngoại Chấn thương bỏng Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, tổng số trường hợp bỏng ở trẻ em dưới 6 tuổi là 61 em, trong đó trẻ em gái bị bỏng nhiều hơn nam giới chiếm 50,8%. Nạn nhân nhỏ nhất là 4 tháng tuổi và lớn nhất là 70 tháng tuổi, trung bình là $23,9 \pm 16,8$ tháng tuổi; trẻ em từ 1-2 tuổi bị bỏng nhiều nhất chiếm 45,9%. Nguyên nhân cao nhất là nước nóng (nước sôi và thức ăn nóng) chiếm tỷ lệ 85,2%. Vị trí thường gặp là bếp chiếm 39,4%, bàn ăn chiếm 26,2%, phòng khách chiếm 18%. Phần lớn tai nạn bỏng xảy ra khi trẻ đang chơi chiếm 77%, trẻ đang ăn chiếm 16,4%. Có đến 52 trẻ bị bỏng ghép, cả 02 mức độ. Trẻ bị bỏng độ 2a chiếm 96,7%, kể đến là bỏng độ 1 chiếm 75,4%. Tình trạng trẻ bị nhiễm trùng chiếm 6,6%, bỏng nặng 29,5%, bỏng trung bình 29,5% và bỏng nhẹ 16,4%. Việc tăng cường hoạt động truyền thông nhận diện nguy cơ gây bỏng, các vị trí, hoàn cảnh thường gặp, các mức độ nguy hại do bỏng gây ra là hết sức cần thiết.

¹Sở Y tế Bình Định

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định

³Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như Tú

Email: nhutu66@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF BURNING ACCIDENT FOR CHILDREN UNDER 6 YEARS OLD TREATED IN TRAUMATIC SURGERY AND BURNING DEPARTMENT IN BINH DINH GENERAL HOSPITAL, 2019

From July, 2019 to December, 2019 at the Traumatic Surgery and Burning Department, Binh Dinh General Hospital, the total number of burns in children under 6 years old was 61, of which girls suffered burns more than boy accounted for 50.8%. The youngest victims were 4 months old and the oldest were 70 months old, the average age was of 23.9 ± 16.8 months old; Children aged 1-2 years old burned the most accounted for 45.9%. The highest cause was hot water (boiling water and hot food) accounted for 85.2%. The common place was kitchens accounted for 39.4%, dining table accounted for 26.2%, living room accounted for 18%. The majority of burns occurred while children were playing (77%), eating (16.4%). Up to 52 children burned with both 2 levels. Children burned level 2 accounted for 96.7%, followed by level 1 burning accounted for 75.4%. The children with infected burn accounted for 6.6%, severe burns 29.5%, average burns 29.5% and minor burns 16.4%. Strengthening communication activities to identify the risk of burns, common locations, circumstances, and levels of harm caused by burns were extremely

necessary.

Key words: Burning accidents, children under 6 years olds, Binh Dinh province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ở nhiều quốc gia có thu nhập cao, tỷ lệ tử vong do bỏng đã giảm tuy nhiên tỷ lệ tử vong ở trẻ em do bỏng ở các nước có thu nhập thấp và trung bình cao hơn gấp 7 lần so với ở các nước có thu nhập cao [9]. Năm 2004, gần 11 triệu người trên toàn thế giới đã bị bỏng nghiêm trọng ở mức độ cần được chăm sóc y tế [9].

Bỏng xảy ra chủ yếu ở nhà và tại nơi làm việc. Các cuộc điều tra cộng đồng ở Bangladesh và Ethiopia cho thấy 80-90% số trường hợp bỏng xảy ra ở nhà. Trẻ em và phụ nữ thường bị bỏng trong nhà bếp, từ các thùng có chứa chất lỏng nóng hoặc lửa, hoặc từ vụ nổ bếp ga. Nam giới có nhiều khả năng bị bỏng tại nơi làm việc do cháy, bỏng, bỏng hóa chất và điện [9].

Theo Viện bỏng quốc gia tai nạn thương tích về bỏng ở nước ta đứng hàng hai chỉ sau tai nạn giao thông, mỗi năm có khoảng 15.000-16.000 bệnh nhân (BN) bỏng phải nhập viện [4]. Nghiên cứu Nguyễn Thúy Quỳnh [3] tại 06 tỉnh ở Việt Nam trẻ 0-4 tuổi bị chấn thương do bỏng chiếm cao nhất với tỷ lệ 44,2%. Năm 2018, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, có 331 BN bỏng nhập viện, trong đó trẻ dưới 6 tuổi chiếm một phần ba. Tại Trung tâm Y tế An Nhơn có 62 BN bỏng nhập viện trong đó trẻ dưới 6 tuổi chiếm nhiều nhất 46,8% [5]. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm tai nạn bỏng ở trẻ dưới 6 tuổi đang điều trị tại Khoa Ngoại Chấn thương bỏng của Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, năm 2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Bệnh nhân bỏng là trẻ em dưới 6 tuổi;
- Hồ sơ bệnh án bệnh nhân bỏng là trẻ em dưới 6 tuổi.

2.2. Thời gian nghiên cứu: 07 tháng từ 01/6/2019 đến 31/12/2019.

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Tại Khoa Ngoại Chấn thương bỏng - Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định

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

2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu toàn bộ.

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Tuổi: Tính theo số tháng, tính tuổi trung bình theo tháng
- Giới: tỷ lệ % nam, nữ
- Thời gian xảy ra bỏng: tỷ lệ % sáng, chiều, tối
- Bị bỏng trong hoàn cảnh nào: tỷ lệ % ngủ, ăn, chơi, tắm, khác

ăn, chơi, tắm, khác

- Nơi xảy ra bỏng: tỷ lệ % nhà trẻ, bếp, bàn ăn, nơi để xe máy, đang tham gia giao thông, tại nhà, khác...

- Nguyên nhân gây bỏng: tỷ lệ % nước sôi, thức ăn nóng, dầu mỡ sôi, đồ dùng nhà bếp, lửa, hoá chất, điện, khác...

- Phân độ bỏng: tỷ lệ % độ 1, 2a, 2b, 3

- Vị trí bỏng: đầu, chân, tay, mông, cẳng tay, mặt, lưng, bộ phận sinh dục, ngón tay....

- Diễn tiến vết bỏng: tỷ lệ % nhiễm trùng, biến chứng

2.7. Kỹ thuật thu thập thông tin và bộ công cụ thu thập thông tin. Điều tra viên là các điều dưỡng viên tại Khoa Ngoại chấn thương bỏng đã được tập huấn về cách điều tra. Họ sẽ trực tiếp thu thập thông tin bằng cách phỏng vấn trực tiếp cha mẹ/người bảo hộ trẻ trong diện nghiên cứu theo mẫu thống nhất và tiếp tục thu thập thêm một số thông tin còn trống trên phiếu dựa vào hồ sơ bệnh án trong và sau khi BN ra viện.

Bộ công cụ nghiên cứu được nhóm nghiên cứu tự xây dựng trên cơ sở phát triển bộ phiếu điều tra của tác giả Chirongoma (2017) [7].

2.8. Sai số và các biện pháp không chế sai số. Sai số do trình độ của điều tra viên trong khâu thực hiện phỏng vấn và điền thông tin vào phiếu điều tra có thể không đồng đều (cao đẳng hoặc đại học).

Cách không chế: Mời điều tra viên có kinh nghiệm, có kỹ năng giao tiếp tốt, có trình độ từ cao đẳng, đại học trở lên làm điều tra viên, tiến hành tập huấn kỹ cho điều tra viên trước khi tham gia điều tra, trong thời gian diễn ra điều tra có triển khai hoạt động giám sát, sẵn sàng hỗ trợ để giải quyết các khó khăn vướng mắc;

- Bộ công cụ được thiết kế rõ ràng, dễ hiểu, thống nhất và có sự cố vấn của các chuyên gia về lĩnh vực y tế bỏng;

- Tiến hành điều tra thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi tiến hành điều tra;

- Điều tra viên và cán bộ giám sát sẽ được tập huấn, giao nhiệm vụ cụ thể và được giám sát khi thực hiện các hoạt động điều tra.

2.10. Phương pháp quản lý, xử lý và phân tích số liệu

- Phiếu điều tra được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm EpiData và xử lý số liệu trên phần mềm Stata 14.00;

- Phân tích đơn biến để mô tả tần suất, tỷ lệ phần trăm các đặc điểm liên quan tai nạn bỏng; sự khác biệt coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.11. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được phê duyệt và thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương của

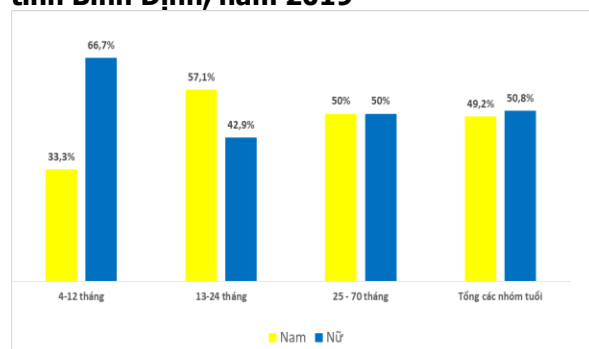
Ngành Y tế trước khi triển khai;

- Các thông tin của đối tượng nghiên cứu được cam kết giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích của nghiên cứu;

- Việc khảo sát chỉ được thực hiện khi cha mẹ/người giám hộ của ĐTNC đồng ý, tự nguyện tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số học của bệnh nhân điều trị bỏng dưới 6 tuổi tại Khoa Ngoại Chấn thương bỏng của Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, năm 2019



Hình 3.1. Phân bố nạn nhân bỏng theo nhóm tuổi và giới tính (n=61)

Nhận xét: Trong số 61 nạn nhân bỏng là trẻ em dưới 6 tuổi thì trẻ em là nữ bị bỏng chiếm tỷ lệ 50,8% còn nam giới chiếm 49,2%.

Nạn nhân bị bỏng nhỏ nhất là 4 tháng tuổi và lớn nhất là 70 tháng tuổi, trung bình là $23,9 \pm 16,8$ tháng tuổi; trẻ em ở độ tuổi từ 13 đến 24 tháng tuổi bị bỏng nhiều nhất chiếm 45,9% (28/61), trong đó nam bị nhiều hơn nữ; kể đến là trẻ trên 2 tuổi chiếm 29,5% (18/61), nhóm này thì nữ và nam ngang nhau 50%.

Tỷ lệ % về nam nữ của các nhóm tuổi không khác biệt đáng kể ($p > 0,05$).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và một số nguyên nhân gây bỏng ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân loại mức độ nặng của bỏng theo diện tích bỏng (n=61)

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhẹ (<5%)	10	16,4
Trung bình (5-10%)	33	54,1
Nặng (>10%)	18	29,5

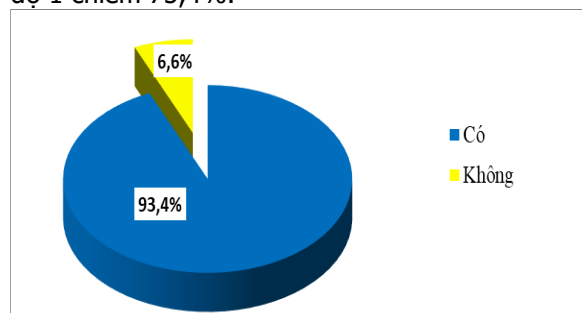
Nhận xét: Tai nạn bỏng ở trẻ em dưới 6 tuổi có mức độ trung bình chiếm hơn một nửa 54,1%, kể đến là bỏng nặng 29,5%, bỏng nhẹ chiếm 16,4%

Bảng 3.2. Phân loại theo độ sâu của tổn thương bỏng (n=61)

Phân độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ 1	46	75,4

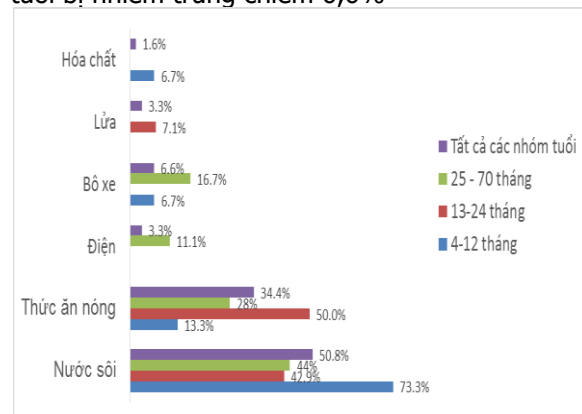
Độ 2 a (nông)	59	96,7
Độ 2 b (sâu)	12	19,7

Nhận xét: Trong số 61 trẻ thì có đến 56 trẻ bị bỏng cả 02 mức độ chiếm 91,8%; phần lớn trẻ bị bỏng độ 2 a chiếm 96,7%, kể đến là bỏng độ 1 chiếm 75,4%.



Hình 3.2. Tình hình nhiễm trùng ở trẻ em dưới 6 tuổi bị bỏng (n=61)

Nhận xét: Nạn nhân bỏng là trẻ em dưới 6 tuổi bị nhiễm trùng chiếm 6,6%



Hình 3.3. Phân bố nguyên nhân bỏng theo nhóm tuổi (n=61)

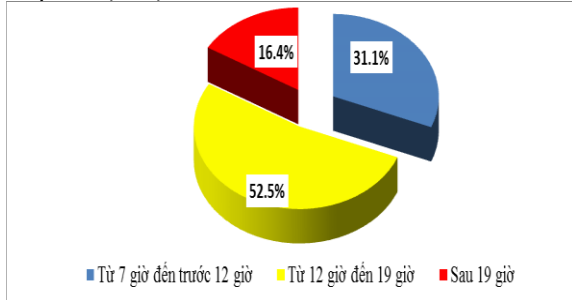
Nhận xét: Nguyên nhân gây ra tai nạn bỏng cao nhất là nước nóng chiếm tỷ lệ 85,2% trong đó bỏng do nước sôi chiếm 50,8%, kể đến là thức ăn nóng chiếm tỷ lệ 34,4%, các nguyên nhân gây bỏng khác như: bô xe, điện, lửa, hóa chất chiếm tỷ lệ thấp từ 1,6 – 6,6%.

3.3. Vị trí, thời gian và hoàn cảnh thường xảy ra tai nạn bỏng

Bảng 3.3. Vị trí xảy ra tai nạn bỏng (n=61)

Vị trí xảy ra tai nạn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bếp chế biến thực phẩm	24	39,4
Bàn ăn	16	26,2
Nơi để xe máy	05	8,2
Phòng tiếp khách	11	18,0
Phòng ngủ, phòng tắm	03	4,9
Khác (tiệm làm tóc, sân vườn)	02	3,3

Nhận xét: Vị trí xảy ra tai nạn bỏng cao nhất là bếp chế biến thực phẩm chiếm tỷ lệ 39,4%, kế đến là bàn ăn chiếm 26,2%, phòng tiếp khách 18% (có phích nước nóng, bình trà), nơi để xe máy 8,2%, một số vị trí khác như: phòng ngủ, phòng tắm, tiệm làm tóc, sân vườn chiếm tỷ lệ thấp từ 3,3-4,9%



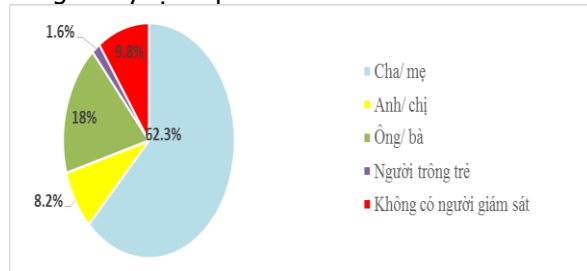
Hình 3.4. Thời điểm xảy ra tai nạn bỏng

Nhận xét: Hơn nửa các tai nạn bỏng xảy ra vào khoảng thời gian từ 12 giờ trưa đến 19 giờ tối chiếm 52,5%, tai nạn bỏng ít xảy ra sau 19 giờ, chiếm 16,4%

Bảng 3.4. Hoàn cảnh xảy ra tai nạn bỏng (n=61)

Hoàn cảnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đang ngủ	01	1,7
Đang chơi	47	77,0
Đang ăn	10	16,4
Đang tắm	03	4,9

Nhận xét: Phần lớn tai nạn bỏng xảy ra khi trẻ đang chơi chiếm 77%, kế đến là trẻ đang ăn chiếm 16,4%, khi trẻ tắm và ngủ cũng xảy ra bỏng với tỷ lệ thấp.



Hình 3.5. Tình hình giám sát trẻ khi xảy ra tai nạn bỏng (n=61)

Nhận xét: Trong số 61 trẻ bị bỏng, có 56 trẻ có người giám sát, trong đó người giám sát trẻ là cha hoặc mẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 62,3%, kế đến là ông/ bà 18%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tai nạn bỏng xảy ra đối với trẻ em dưới 6 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ em dưới 6 tuổi là nữ bị bỏng cao hơn nam giới, chiếm 50,8% (Hình 3.1), tương đồng nghiên cứu của Chirongoma và cộng

sự (2017) trên 50 trẻ từ 0 đến 5 tuổi bị bỏng nhập viện tại hai bệnh viện lớn ở Harare, Zimbabwe; kết quả nghiên cứu cho thấy nữ bị bỏng nhiều hơn nam với tỷ lệ lần lượt là 54% và 46%[7]. Ngược lại với nghiên cứu của Adil và cộng sự (2016) trên 324 người bệnh bỏng nằm điều trị tại Trung tâm Bỏng thuộc Bệnh viện Nhân dân Karachi, Pakistan nam giới bị bỏng cao gấp 2,4 lần so với nữ giới [6], nghiên cứu của Thái Quang Hùng và cộng sự (2006) tiến hành hồi cứu hồ sơ những người bệnh bị bỏng nhập viện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đaklak trong khoảng thời gian từ 1998 đến 2002 cũng cho thấy nam bị bỏng nhiều hơn nữ [2], nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Tú và cộng sự năm 2018 trên 62 bệnh nhân bỏng nhập viện điều trị tại Khoa Ngoại Trung tâm Y tế An Nhơn tỉnh Bình Định thì nam bị bỏng cao hơn nữ chiếm 64,5% [5]. Theo nhóm nghiên cứu sự khác nhau về tỷ lệ nam và nữ giữa các nghiên cứu có thể là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, của tác giả Chirongoma và các tác giả khác là không giống nhau.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân gây ra tai nạn bỏng. Nghiên cứu của Han Kim (1998) tại Hàn Quốc tìm thấy nguyên nhân gây bỏng thường gặp nhất là do nước nóng chiếm 55,4% [8] và nghiên cứu của Thái Quang Hùng (2006) cũng tìm thấy nước nóng là nguyên nhân gây bỏng phổ biến chiếm 63,4% [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Tú và cộng sự (2018) cũng tìm thấy nước nóng (nước sôi, thức ăn nóng, dầu mỡ sôi) là nguyên nhân gây bỏng cao nhất chiếm 58,1% [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nước nóng (nước sôi và thức ăn nóng) là nguyên nhân gây bỏng ở trẻ em dưới 6 tuổi cao nhất chiếm 85,2% (Hình 3.3). Theo nhóm nghiên cứu có sự chênh lệch tỷ lệ khá xa về nguyên nhân gây bỏng do nước nóng giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác có thể là do đối tượng nghiên cứu không tương tự, đối tượng của chúng tôi là trẻ em dưới 6 tuổi, lứa tuổi này chưa đủ khả năng để nhận diện nguy cơ gây bỏng là nước nóng.

Một số nguyên nhân gây bỏng chiếm tỷ lệ thấp nhưng có thể xảy ra đối với trẻ em dưới 6 tuổi: bỏng do xô hay gập ở lứa tuổi dưới 1 tuổi và trên 2 tuổi (Hình 3.3); bỏng do lửa gập ở trẻ từ 1-2 tuổi (Hình 3.2); và cũng có trường hợp trẻ bị bỏng hóa chất dưới 1 tuổi (Hình 3.3). Lứa tuổi này trẻ hiếu động thích tìm tòi, sờ mó, chính trẻ là người gây ra tai nạn bỏng. Tương tự nghiên cứu của Adil và cộng sự (2016) trên 324 BN bỏng nằm điều trị tại Trung tâm Bỏng thuộc Bệnh viện Nhân dân Karachi, Pakistan cho thấy

nguyên nhân bỏng do chính bản thân nạn nhân gây ra rất cao chiếm 91% chỉ có 9% bỏng do người khác và đối tượng là trẻ em chưa đi học bị bỏng cao gấp 1,8 lần [6].

4.3. Vị trí, thời gian và hoàn cảnh thường xảy ra tai nạn bỏng. Theo Lê Vũ Anh đối với trẻ dưới 5 tuổi việc trông giữ trẻ có ảnh hưởng lớn tới tình hình chấn thương của trẻ; Trẻ không có người trong giữ, hoặc có người trông trẻ nhưng không chu đáo (không có mặt người trông trẻ khi trẻ bị chấn thương) tỷ lệ chấn thương cao gấp 7,5 lần so với trẻ được trong giữ cẩn thận; Trẻ dưới 5 tuổi chấn thương chủ yếu do bỏng và ngã, trong đó bỏng chiếm 9% [1]. Nghiên cứu của chúng tôi có 9,8% trẻ bị bỏng không có người giám sát và đối tượng giám sát khi trẻ bị tai nạn bỏng chiếm nhiều nhất là cha mẹ 62,3% và ông bà 18% (Hình 3.5). Điều này xảy ra khá phổ biến tại Việt Nam hầu hết ở nông thôn và các gia đình nghèo trẻ được chăm sóc tại nhà và người mẹ thường vừa chăm trẻ vừa nấu nướng, nội trợ nên trẻ khó có thể được trông giữ cẩn thận.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới bỏng xảy ra chủ yếu ở nhà và tại nơi làm việc. Các cuộc điều tra cộng đồng ở Bangladesh và Ethiopia cho thấy 80-90% số trường hợp bỏng xảy ra ở nhà. Trẻ em và phụ nữ thường bị bỏng trong nhà bếp, từ các thùng có chứa chất lỏng nóng hoặc lửa, hoặc từ vụ nổ bếp ga [9].

Kết quả nghiên cứu của Han Kim và cộng sự (1998) tại Hàn Quốc cho thấy nguyên nhân gây bỏng thường liên quan đến thói quen sinh hoạt hàng ngày [8]. Nghiên cứu Thái Quang Hùng và cộng sự (2006) cho thấy hơn 95% các trường hợp bỏng xảy ra tại nhà hoặc xung quanh nhà [2]. Tương tự nghiên cứu của chúng tôi bếp là nơi xảy ra tai nạn bỏng cao nhất chiếm tỷ lệ 39,4% (Bảng 3.3).

Theo nhóm nghiên cứu phần lớn những người chăm sóc trẻ sống ở nông thôn, miền núi và xã đảo chiếm gần 60% và hầu hết kinh tế hộ gia đình là nghèo, cận nghèo hoặc bình thường chiếm 98,4% do đó việc có riêng phòng bếp có cửa ngăn cách với phòng khách là điều hiếm có vì vậy tình trạng trẻ chạy chơi từ nhà trên xuống bếp là phổ biến, rất dễ dàng không bị kiểm soát và đó chính là nguyên nhân gây ra tai nạn do chính bản thân các trẻ gây ra.

Vị trí thường gây bỏng thứ hai là tại các bàn ăn chiếm 26,2% (Bảng 3.3), nghiên cứu cũng cho thấy trẻ thường bị bỏng khi đang ăn chiếm 16,4% (Bảng 3.4) và do thức ăn nóng chiếm 34,4% (Hình 3.3). Theo nhóm nghiên cứu tai

nạn bỏng này có thể do chính bản thân trẻ gây ra hoặc những người thân là do bất cẩn gây đổ, vỡ, rơi vãi nước hoặc thức ăn nóng.

Vị trí thường gặp thứ 3 là phòng tiếp khách chiếm 18% (Bảng 3.3) điều này là hoàn toàn phù hợp vì đến 77% (Bảng 3.4) trẻ bị bỏng khi trẻ đang chơi đùa do đó trẻ dễ va chạm gây đổ vỡ các phích nước thường được đặt ở gần bàn tiếp khách mà không có khung bảo vệ che chở gây ra bỏng do nước sôi chiếm 50,8% (Hình 3.3) cũng như trẻ dễ dàng chạm tay vào bộ xe máy thường được để trong phòng khách gây ra bỏng bộ xe chiếm tỷ lệ 6,6% (Hình 3.3)

Một số vị trí khác cũng gây ra bỏng cho trẻ nhưng ít phổ biến hơn như: phòng ngủ và phòng tắm. Theo nhóm nghiên cứu nguyên nhân gây ra tai nạn này hầu hết là do bà mẹ hoặc người chăm sóc nuôi dưỡng trẻ trong lúc cho trẻ bú hoặc pha sữa khi đang ngái ngủ hoặc chuẩn bị nước tắm cho trẻ bất cẩn gây ra bỏng do nước sôi hoặc sữa nóng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu từ tháng 7/2019 đến tháng 12/2019 tại Khoa Ngoại Chấn thương bỏng Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, có tổng số 61 trường hợp bỏng ở trẻ em dưới 6 tuổi, trong đó trẻ em gái bị bỏng nhiều hơn nam giới chiếm 50,8%. Nạn nhân nhỏ nhất là 4 tháng tuổi và lớn nhất là 70 tháng tuổi, trung bình là $23,9 \pm 16,8$ tháng tuổi; trẻ em từ 1-2 tuổi bị bỏng nhiều nhất chiếm 45,9%. Nguyên nhân cao nhất là nước nóng (nước sôi và thức ăn nóng) chiếm tỷ lệ 85,2%. Vị trí thường gặp là bếp chiếm 39,4%, bàn ăn chiếm 26,2%, phòng khách chiếm 18%. Phần lớn tai nạn bỏng xảy ra khi trẻ đang chơi chiếm 77%, trẻ đang ăn chiếm 16,4%. Có đến 52 trẻ bị bỏng ghép, cả 02 mức độ. Trẻ bị bỏng độ 2a chiếm 96,7%, kể đến là bỏng độ 1 chiếm 75,4%. Tình trạng trẻ bị nhiễm trùng chiếm 6,6%, bỏng nặng 29,5%, bỏng trung bình 29,5% và bỏng nhẹ 16,4%.

Tăng cường hoạt động truyền thông giáo dục kiến thức phòng chống bỏng ở trẻ em tại cộng đồng, tập trung vào các nội dung nhận diện nguy cơ gây bỏng, các vị trí, hoàn cảnh thường gặp, các mức độ nguy hại do bỏng gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Vũ Anh (2006)**, "Tình hình chấn thương và các yếu tố ảnh hưởng ở trẻ dưới 18 tuổi tại 6 tỉnh Hải Dương, Hải Phòng, Quảng Trị, Thừa Thiên Huế, Cần Thơ, Đồng Tháp", Tạp chí Y tế Công cộng. 5(5), tr. 27.
2. **Thái Quang Hùng (2006)**, "Dịch tễ học chấn thương do bỏng ở bệnh nhân nhập viện điều trị tại

- bệnh viện Daklak 1998 - 2002", Tạp chí Y tế Công cộng. 3(3), tr. 23-26.
3. **Nguyễn Thủy Quỳnh (2004)**, "Mô hình chẩn thương dựa vào số liệu bệnh viện tại 6 tỉnh của Việt Nam", Tạp chí Y tế Công cộng. 2(2), tr. 45-49.
 4. **Lâm Thị Thu Tâm, Susan Norwood và Trần Thiên Trung (2013)**, "Kiến thức và thái độ của người dân về sơ cứu bỏng tại quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 17(4), tr. 223-228.
 5. **Nguyễn Thị Như Tú, Trần Thị Xuân Tâm và Lê Thị Anh Hồng (2019)**, "Khảo sát thực trạng và một số yếu tố liên quan tai nạn bỏng nhập viện tại khoa Ngoại Trung tâm Y tế An Nhơn tỉnh Bình Định, năm 2018", Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam. 27, tr. 42-47.
 6. **Adil, Syed Omair, et al. (2016)**, "Pattern of unintentional burns: A hospital based study from Pakistan", Burns. 42(6), pp. 1345-1349.
 7. **Chirongoma, F., Chengetanai, S., and Tadyanemhandu, C. (2017)**, "First aid practices, beliefs, and sources of information among caregivers regarding paediatric burn injuries in Harare, Zimbabwe: A cross-sectional study", Malawi Med J. 29(2), pp. 151-154.
 8. **JS, Han Kim DH (1998)**, "A survey of the types of burns in children and mother's preventive attitudes to, and knowledge of burns", Korean J Child Health Nurs. 4(1), pp. 97-104.
 9. **Organization, World Health (2018)**, Burns, accessed 25/2/2018, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>.

XÁC ĐỊNH CHỈ SỐ FF TRONG ĐỊNH LƯỢNG AND PHÔI THAI TỰ DO MÁU MẸ BẰNG KỸ THUẬT REAL-TIME PCR

Đặng Tiên Trường¹, Nguyễn Thị Hương¹, Nguyễn Duy Bắc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thiết lập kỹ thuật Real-Time PCR (qRT-PCR) xác định chỉ số ff trong định lượng ADN phôi thai tự do trong máu mẹ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** cfDNA được tách chiết từ mẫu huyết tương của thai phụ. Tối ưu hóa phản ứng realtime PCR xác định số bản copy của gen HBB và SRY. Xác định chỉ số ff. **Kết quả:** Thiết lập được kỹ thuật qRT-PCR và xây dựng được đường chuẩn để định lượng gen SRY, HBB với R và E tối ưu. Áp dụng đã tính được tỷ lệ $ff_{NI19040901} (SD_2) = 14,329\%$. **Kết luận:** Xây dựng thành công kỹ thuật qRT-PCR giúp xác định chỉ số ff trong kiểm soát chất lượng của kỹ thuật NIPT.

Từ khóa: realtime PCR; cfDNA; cffDNA

SUMMARY

DETERMINING FF INDEX FOR QUANTIFICATION OF CELL-FREE FETAL DNA IN MATERNAL BLOOD BY REAL-TIME PCR TECHNIQUE

Objective: Establishing the qRT-PCR technique to determine the ff index which is applied for quantifying fetal DNA in maternal blood. **Subjects and methods:** cfDNA was extracted from plasma samples of pregnant women. Realtime PCR optimization determines the number of copies of HBB and SRY genes. Determination of ff index. **Results:** establishing qRT-PCR and the standard line to quantify SRY, HBB gene with optimal R and E. Applied calculated ff of clinical sample was 14.329%. **Conclusion:** Successful development of the qRT-PCR technique to determine ff index in quality control of the NIPT technique.

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Bắc,

Email: nguyenduybac@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

Keywords: realtime PCR; cfDNA; cffDNA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sàng lọc trước sinh không xâm lấn (Non-invasive prenatal testing-NIPT) dựa trên DNA tự do của thai nhi (cffDNA) trong huyết tương của thai phụ là kỹ thuật xác định lệch bội nhiễm sắc thể chính xác, hạn chế được nhiều rủi ro so với kỹ thuật xâm lấn [3]. Phương pháp này có độ nhạy và đặc hiệu cao, an toàn cho thai nhi, thai phụ. Đặc biệt, kỹ thuật phát hiện bất thường từ rất sớm, từ tuần thứ 8 của thai kỳ nên là lựa chọn tin cậy của các nhà tư vấn di truyền [3].

Hiện nay, ngoài các phương pháp di truyền phổ biến để xác định lệch bội trước sinh, NIPT đang là sự lựa chọn tin cậy đối với các trường hợp hiếm muộn, có thai thông qua hỗ trợ sinh sản [3]. Tuy nhiên, NIPT cần xác định chỉ số ff (fetal fraction) để kiểm soát chất lượng, hạn chế âm tính giả. Chỉ số ff là tỷ lệ lượng DNA của thai nhi (cell free fetal DNA) và tỷ lệ ADN tự do của mẹ (cell free DNA-cfDNA) trong máu mẹ. Xác định ff bằng Real-Time PCR (qRT-PCR) có độ chính xác cao. Nó được dùng nhiều trong giai đoạn chuẩn hóa kỹ thuật NIPT và kiểm định chất lượng kết quả NIPT[1]. NIPT có độ chính xác cao chỉ khi ff đạt đến ngưỡng nhất định. Một số thai phụ có chỉ số ff thấp, kết quả NIPT sẽ không đáng tin cậy do tỷ lệ âm tính giả tăng cao [3]. Thông thường NIPT yêu cầu ff phải lớn hơn 4% [3]. Nghiên cứu này nhằm thiết lập kỹ thuật qRT-PCR ứng dụng trong xác định chỉ số ff, giúp kiểm soát chất lượng NIPT trong nghiên cứu cũng như thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Các mẫu huyết tương của thai phụ mang thai nam từ 9 đến 16 tuần được thu từ Trung tâm Tư vấn Di truyền của Đại học Y HN.

2.2. Phương pháp

- Tách chiết ADN: cfDNA được tách chiết bằng bộ kit QIAamp Circulating Nucleic Acid Kit (QIAGEN), theo khuyến cáo của nhà sản xuất. Nồng độ cfDNA được định lượng bộ kit Qu-bit

- Phản ứng qRT-PCR: mục tiêu của phản ứng PCR nhằm định lượng cfDNA thông qua khuếch đại vùng SRY của nhiễm sắc thể Y. Định lượng cfDNA toàn phần thông qua vùng gen trên gen giữ nhà HBB. Phản ứng qRT-PCR khuếch đại hai vùng gen tương đồng. Tổng thể tích 25µl gồm Quantitect Probe PCR Mix (1X); primer và probe SRY lần lượt là 400, 400, 200µM đối với phản ứng khuếch đại vùng SRY; primer và probe HBB lần lượt là 400, 400, 200µM đối với khuếch đại vùng HBB; ADN và nước vừa đủ.

Trình tự môi và probe của SRY-F: 5'-TCCTCAAAGAACCCTGCAT-3'; SRY-R: 5'-AGATTAATGGTTGCTAAGGACTGGAT-3'; Probe-SRY: 5'- FAM- CACCAGCAGTAACTCCCCACAACCTCTTT-TAMRA-3'. HBB gồm: HBB-F: 5'-GTGCACCTGACTCCTGAGGAGA-3'; HBB-R: 5'-CCTTGATACCAACCTGCCAG-3' và Probe -HBB: 5'-FAM-AAGGTGAACGTGGATGAAGTTGGTGG-TAMRA-3'.

Chu trình nhiệt phản ứng realtime PCR gồm biến tính ở 95°C trong 15 phút; 50 chu kỳ gồm 94°C trong 15 giây và 60°C trong 60 giây trên hệ thống RotoQ của hãng Qiagen. Sản phẩm khuếch đại được kiểm tra kích thước bằng điện di trên gel agarose 2%.

Chất chuẩn là trình tự tham chiếu của vùng SRY và vùng HBB có kích thước lần lượt tương ứng là 78bp và 102bp được tổng hợp bởi PHUSA Bio – Chemistry. Chất chuẩn được pha loãng theo cơ số 10 về các nồng độ 10^6 ; 10^5 ; 10^4 ; 10^3 ; 10^2 .

Xác định định lượng cfDNA trong máu mẹ dựa trên chỉ số ff (fetal fraction) là lượng cfDNA/cfDNA. Số bản copy của NST X (n_x); số bản copies NST Y (n_y); Công thức tính fetal fraction (ff) dựa theo tác giả Roy Strave năm 2018 như sau: $ff (\%) = 100 * 2n_y / (n_x + n_y)$. [4] (1)

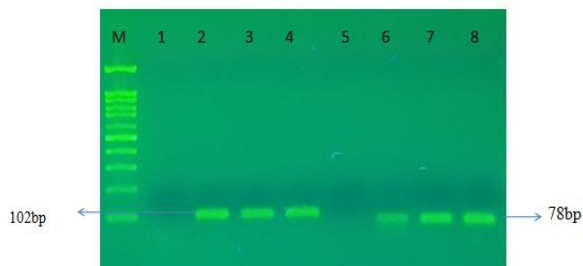
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tối ưu nồng độ và thành phần phản ứng qRT-PCR

Phản ứng qRT-PCR cần tiến hành tối ưu thành phần và chu trình nhiệt của phản ứng. Trong nghiên cứu này, dựa vào thành phần và chu trình nhiệt khuyến cáo của nhà sản xuất, sau nhiều lần tối ưu, chúng tôi thu được chu trình nhiệt và thành phần phản ứng đã trình bày ở

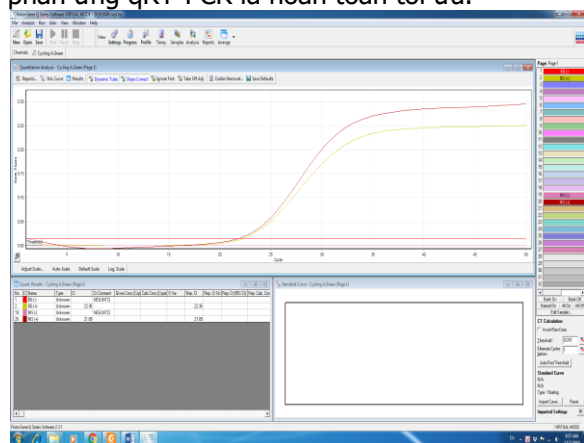
phần phương pháp. Kết quả khuếch đại vùng SRY và HBB được thể hiện trên Hình 1 và 2.

Sản phẩm qRT-PCR được điện di trên gel agarose 2%. Kết quả trên Hình 1 cho thấy các băng sản phẩm 2, 3, 4 của vùng HBB có kích thước là 102bp; băng 6, 7, 8 của vùng SRY có kích thước là 78bp. Số 1, 5 là mẫu chứng âm không có băng sản phẩm. Kết quả này phù hợp với tính toán lý thuyết. Nhưng vậy chúng tôi đã khuếch đại thành công vùng SRY và HBB.



Hình 1: Kết quả sản phẩm qRT-PCR của hai gen HBB và SRY trên agarose

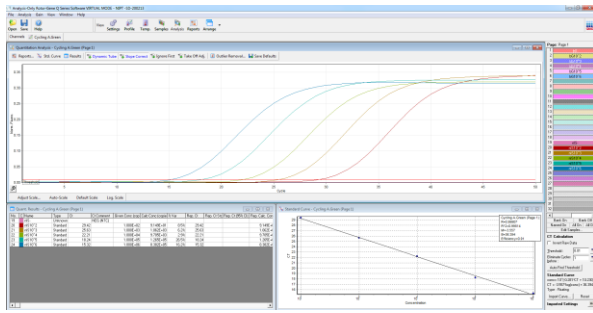
Kết quả khuếch đại vùng SRY và HBB bằng phản ứng qRT-PCR được thể hiện trên Hình 2. Phản ứng khuếch đại gen HBB và SRY có Ct lần lượt là 22,36 và 21,89, là một đường cong tuyến tính có đầy đủ 4 pha đó là pha nền, pha mũ, pha tuyến tính và pha ổn định [5]. Do vậy, từ hình ảnh 1 và hình ảnh 2 chúng tôi có thể khẳng định rằng thành phần phản ứng và chu trình nhiệt của phản ứng qRT-PCR là hoàn toàn tối ưu.



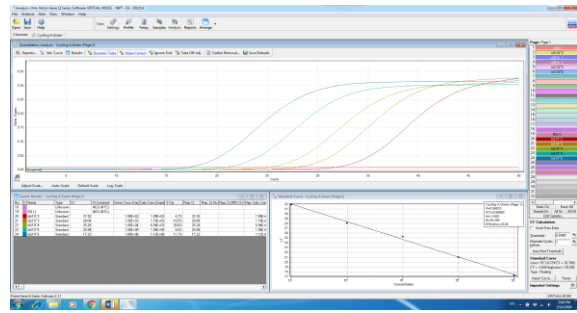
Hình 2: Kết quả tối ưu quy trình khuếch đại gen HBB (BG) và gen SRY (NIS).

3.2. Kết quả xây dựng đường chuẩn gen của phản ứng qRT-PCR. Theo khuyến cáo, đường chuẩn của phản ứng qRT-PCR được cho là tối ưu khi $R^2 = 0.999$; E nằm trong khoảng 90%-110% [5].

Kết quả xây dựng đường chuẩn lần 1 (SD1)



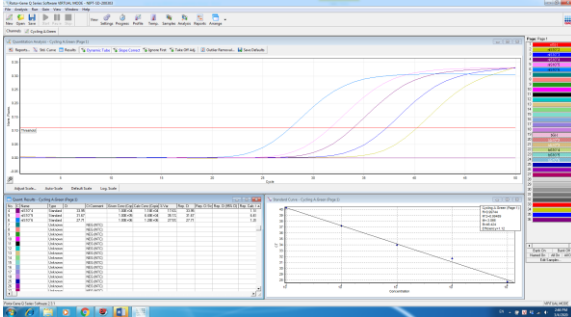
A. gen SRY (NIS)- SD1



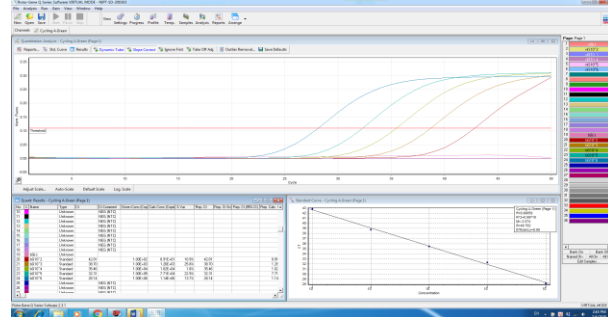
B. gen HBB(BG)- SD1

Hình 3: Hình ảnh kết quả tối ưu đường chuẩn của phản ứng qRT-PCR

Kết quả từ hình 3A và 3B cho thấy kết quả xây dựng đường chuẩn của gen HBB với $R^2 = 0.99229$ và $E = 88\%$; gen SRY có $R = 0.99907$, $R^2 = 0.99814$ và $E = 91\%$. Đường chuẩn của SRY có các thông số tối ưu [5]. Đường chuẩn của gen HBB có hiệu suất thấp hơn ngưỡng khuyến cáo. Yếu tố hiệu suất phản ứng chịu ảnh hưởng nhiều yếu tố, đặc biệt yếu tố thao tác trong trộn hóa chất, chuẩn bị mẫu.



A. gen SRY (NIS)- SD2



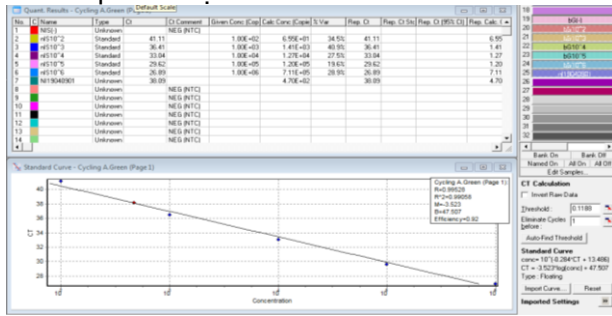
B. gen HBB(BG)- SD2

Hình 4: Kết quả tối ưu đường chuẩn của phản ứng qRT-PCR

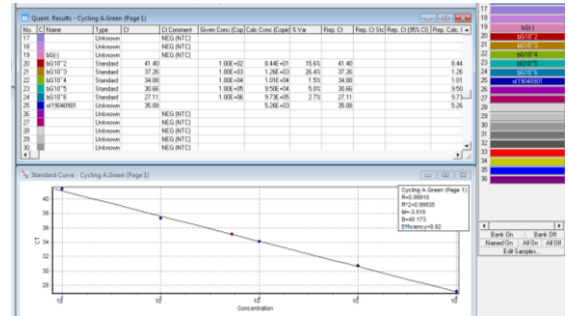
Kết quả cho thấy đường chuẩn gen HBB có hệ số tương quan $R^2 = 0,998$; hiệu suất phản ứng $E = 90\%$. Đường chuẩn khuếch đại gen SRY có hệ số tương quan $R^2 = 0,99$; hiệu suất phản ứng $E = 112\%$ phù hợp với tiêu chuẩn khuyến cáo[5]. Quy trình xây dựng đường chuẩn tối đã được tối ưu.

3.3. Kết quả tính tỷ lệ ff

Kết quả xác định chỉ số ff của mẫu NI19040901 trên Hình 5.



A. gen SRY (NIS)



B. gen HBB(BG)

Hình 5: Kết quả tối ưu đường chuẩn của phản ứng qRT-PCR

Để tính chỉ số ff, 01 mẫu nghiên cứu được khảo sát là NI19040901. Kết quả xác định được số bản copies của gen HBB (BG) là $7,5 \cdot 10^3$ copies và gen SRY (NIS) là $4,7 \cdot 10^2$ copy. Tỷ lệ ff được xác định theo công thức (1) là $ff_{NI19040901(SD1)} = 14,329\%$.

IV. BÀN LUẬN

Phân tích định lượng gen SRY, HBB bằng phản ứng qRT-PCR đã được báo cáo bởi nhiều tác giả là một kỹ thuật chính xác, nhanh chóng và đáng tin cậy để xác định tỷ lệ ff trong sàng

lọc trước sinh không xâm lấn (NIPT) [2]. Kết quả ước lượng ff là yếu tố quan trọng trong kiểm soát chất lượng của NIPT, đặc biệt trong kiểm soát âm tính giá. Có nhiều kỹ thuật xác định ff nhưng kỹ thuật qRT-PCR là kỹ thuật có độ chính

xác cao hơn cả. Kỹ thuật có giá trị rất lớn trong giai đoạn thiết lập phương pháp sàng lọc không xâm lấn NIPT.

Trong tối ưu phản ứng qRT-PCR, kết quả khuếch đại gen HBB và gen SRY là những đường cong tuyến tính, đường chuẩn có R và R² lần lượt là 0.99614 và R² = 0.99229; R = 0.99907 và R² = 0.99814 là các thông số tối ưu. Xây dựng đường chuẩn của kỹ thuật qRT-PCR, thông số R và R² quan trọng. Ngoài ra, hiệu suất là thông số rất quan trọng để đánh giá một phản ứng có đạt tối ưu hay không. Hiệu suất của một phản ứng tốt cần thuộc khoảng từ 90%-110%[5]. Hiệu suất của phản ứng (E) trong phản ứng khuếch đại gen NIS ở đường chuẩn lần 1 (SD1) đạt 91% là tối ưu. Hiệu suất phản ứng khuếch đại gen BG ở đường chuẩn lần 1(SD1) đạt 88% thấp hơn ngưỡng khuyến cáo. Sau khi tối ưu, hiệu suất phản ứng khuếch đại gen SRY và HBB đã đạt tối ưu [5].

Áp dụng kỹ thuật qRT-PCR xây dựng được, chỉ số ff xác định được trong mẫu nghiên cứu là 14,329%. Kết quả này đảm bảo nhờ chỉ số R và E trong khuếch đại gen SRY và HBB được tối ưu (Hình 5). Trong xét nghiệm NIPT, ff \geq 4% là giá trị ngưỡng quan trọng, cho thấy kết quả xác định lệch bội đáng tin cậy. Nếu ff thấp hơn, kết quả NIPT không đáng tin cậy[6]. Chỉ số ở giai đoạn đây là một kết quả tốt, nằm trong ngưỡng xét nghiệm sàng lọc trước sinh không xâm lấn NIPT của Fiorentino và cộng sự năm 2016 [3].

Theo Xu-Ping Xu và cộng sự năm 2016, họ kết luận rằng đối với các phương pháp NIPT hiện tại thì yêu cầu tỷ lệ ff \geq 4% nếu tỷ lệ ff thấp hơn 4% thì tỷ lệ thất bại của các thí nghiệm tiếp theo sẽ cao [6]. Đây là ngưỡng được áp dụng phổ biến được áp dụng trong kiểm soát chất lượng của NIPT[3]. Kỹ thuật qRT-PCR trong nghiên cứu

này nhằm kiểm soát chất lượng kết quả NIPT trong quá trình xây dựng NIPT và kiểm soát trong xét nghiệm.

Tuy nhiên, kỹ thuật qRT-PCR xác định ff chỉ có thể áp dụng được trường hợp thai nam. Các trường hợp mang thai nữ, không sử dụng được phương pháp này. Tuy nhiên, kỹ thuật này có độ chính xác cao hơn so với các phương pháp ước lượng từ phân tích dữ liệu giải trình tự thế hệ mới hiện tại. Vì vậy, xác định ff bằng kỹ thuật này ở giai đoạn xây dựng qui trình và kiểm soát chất lượng của NIPT [3],[1],[6].

V. KẾT LUẬN

Xây dựng thành công quy trình kỹ thuật qRT-PCR giúp xác định chỉ số ff trong kiểm soát chất lượng của kỹ thuật NIPT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. L. Kinnings, J. A. Geis và cs. (2015)**, "Factors affecting levels of circulating cell-free fetal DNA in maternal plasma and their implications for noninvasive prenatal testing", *Prenat Diagn.* 35(8), tr. 816-22.
2. **Lyn S Chitty và YM Dennis Lo (2015)**, "Noninvasive prenatal screening for genetic diseases using massively parallel sequencing of maternal plasma DNA", *Cold Spring Harbor perspectives in medicine.* 5(9), tr. a023085.
3. **Francesco Fiorentino, Sara Bono và cs. (2016)**, "The importance of determining the limit of detection of non-invasive prenatal testing methods", *Prenatal diagnosis.* 36(4), tr. 304-311.
4. **Roy Straver (2018)**, "Bioinformatic Approaches to Detecting Copy Number Variation in Next Generation Sequencing Data for Clinical Diagnostics".
5. **Life Technologies (2012)**, Real-time PCR handbook.
6. **Xu-Ping Xu, Hai-Yan Gan và cs. (2016)**, "A method to quantify cell-free fetal DNA fraction in maternal plasma using next generation sequencing: Its application in non-invasive prenatal chromosomal aneuploidy detection", *PLoS one.* 11(1).

ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI NGƯỜI LỚN BẰNG ĐINH NỘI TỦY CÓ CHỐT KHÔNG MỔ Ổ GÃY DƯỚI MÀN TĂNG SÁNG

Trần Trung Dũng^{1,2}, Lê Văn Nam², Phạm Sơn Tùng²

TÓM TẮT

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện đa khoa Saint Paul

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Dũng

Email: dungbacsy@dungbacsy.com

Ngày nhận bài: 4.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 9.4.2020

Phẫu thuật đinh nội tủy xương đùi có chốt dưới màn tăng là sự lựa chọn hàng đầu trong gãy thân xương đùi. Từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2018, 54 bệnh nhân độ tuổi từ 16 đến 55 đã được phẫu thuật tại khoa Chấn thương Chỉnh hình bệnh viện Saint Paul. Sau phẫu thuật kết quả tốt đạt 96%, không có kết quả kém. Có thể có một số biến chứng xảy ra trong mổ như nắn xương khó, gãy xương phức tạp hơn, chốt không vào lỗ,... Từ nghiên cứu này, chúng tôi rút ra một số kinh nghiệm trong chỉ định, kỹ thuật và điều kiện cần thiết để phẫu thuật thành công.

SUMMARY**CLOSED REDUCTION AND INTRAMEDULLARY NAILING UNDER FLUOROSCOPY FOR ADULT FEMORAL FRACTURE TREATMENT**

Closed intramedullary nailing becomes a technique of choice for treating the world's femoral shaft fractures. From January 2017 to December 2018, 54 patients aged 16 to 55 were operated at Hanoi Saint-Paul Hospital's Orthopedic Department. The postoperative anatomical results were evaluated as good at 96 % of operations. The results of the follow-up showed good bone healing at 96 % of operes and the other advantages of the closed osteosynthesis technique, no bad result has been noted. There have been some troubles and complications such as difficult bone reduction and bone nailing, more complicated fracture, difficult locking,... From this study in Vietnam, we tried to withdraw some experiences about the indications, techniques and conditions necessary for the success of this method of osteosynthesis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương đùi người lớn là chấn thương hay gặp ở lứa tuổi lao động do nhiều nguyên nhân khác nhau. Chỉ định phẫu thuật cho loại gãy này gần như tuyệt đối nhằm kết xương vững chắc, tạo điều kiện để bệnh nhân tập phục hồi chức năng chi gãy, trở lại cuộc sống ban đầu. Cùng với sự tiến bộ của ngành chấn thương chỉnh hình, nhiều phương tiện trang bị và dụng cụ kết xương ngày càng phát triển và áp dụng như bàn chỉnh hình, màn tăng sáng và kỹ thuật kết xương ít xâm lấn [1][2][10]. Đóng đinh nội tủy xương đùi có kiểm soát của màn tăng sáng cũng là một tiến bộ, được áp dụng khá lâu trên thế giới nhưng mới được phổ biến gần đây tại Việt Nam. Từ tháng 1/2017 đến 12/2018, tại khoa Chấn thương chỉnh hình bệnh viện Saint-Paul, Hà Nội đã áp dụng kỹ thuật này phẫu thuật cho 54 bệnh nhân gãy kín thân xương đùi. Bài viết này nhằm mục đích đánh giá kết quả ban đầu ở số bệnh nhân được mổ, từ đó rút ra một số nhận xét về mặt chỉ định, kỹ thuật và đề nghị nhằm hoàn thiện kỹ thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng. Bệnh nhân: Từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018, tại khoa Chấn Thương Chỉnh Hình bệnh viện Saint Paul đã phẫu thuật cho 54 bệnh nhân bị gãy thân xương đùi, trong đó có 20 nữ, 34 nam, tuổi từ 16 đến 55 tuổi. Tuổi trung bình là 38 tuổi. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông: 40 bệnh nhân và tai nạn lao động 14 bệnh nhân.

Phương tiện dụng cụ cần thiết là bàn chỉnh hình giúp cho việc kéo nắn chỉnh xương về vị trí giải phẫu trước khi mổ. Màn tăng sáng với hai

màn hình song song được trang bị giúp cho kiểm soát kết quả nắn xương, thao tác trong mổ trong việc đặt que dẫn đường (guide), doa mềm ống tủy cũng như đóng đinh và bắt chốt.

Đinh chốt được sử dụng theo kiểu đinh alpha với các cỡ đinh phù hợp với người Việt Nam từ số 8 đến số 11mm và chiều dài từ 280mm đến 400mm. Ngoài ra có bộ gá đinh (có tác dụng giữ đinh, thao tác đinh và định vị chốt đầu gần), bộ doa mềm (từ cỡ 8,5mm đến 15mm) cùng với guide các loại luôn luôn đầy đủ.

Phương pháp phẫu thuật.

Vô cảm: chủ yếu là gây tê tủy sống, số ít thì gây mê nội khí quản (ở những bệnh nhân khó chọc kim tủy sống, bệnh nhân lo lắng, sợ phẫu thuật).

Kỹ thuật đóng đinh: Chúng tôi đóng đinh nội tủy kín xuôi dòng dưới hướng dẫn của màn tăng sáng có doa ống tủy [8]. Việc bắt vít chốt, chốt động hay chốt tĩnh, đầu trên hay dưới phụ thuộc vào vị trí và tính chất ổ gãy [3],[8]. Tư thế bệnh nhân thường nằm ngửa, chân gãy khép 15 độ, độn nhẹ nâng cao mông để khoan và đóng đinh dễ dàng. Thì đầu là kéo nắn nhằm chỉnh di lệch chông, di lệch xoay và di lệch gấp góc có kiểm soát của màn tăng sáng. Thì mổ với đường rạch da tối thiểu 6-8cm ngang mức mấu chuyển lớn kéo dài về phía mông. Mốc quan trọng là tìm được mấu chuyển lớn, tạo lỗ vào bằng đục đặc chùng tại vị trí đỉnh mấu chuyển lớn sát ngoài hố ngón tay. Các bước tiếp theo là đặt guide từ đầu trên qua ổ gãy và vào ống tủy đầu dưới. Đây là thì quyết định thành công cho phẫu thuật [10][11]. Tiếp đến là các thì doa ống tủy, đóng đinh và chốt đinh theo yêu cầu điều trị. Sau mổ gác chân khung Braun 3-5 ngày, kháng sinh dự phòng, giảm đau, tập phục hồi chức năng bắt đầu từ tập tĩnh, đến động. Việc cho chịu lực sớm hay muộn phụ thuộc vào độ vững của xương được chốt. Bệnh nhân được kiểm tra định kỳ sau 3 tháng, 6 tháng, 1 năm và 2 năm.

Đánh giá kết quả liền xương dựa vào kiểm tra Xquang và kết quả phục hồi chức năng theo 3 loại [10]:

Tốt: xương kết vững, thẳng trục, không gấp góc, không có di lệch chông và di lệch xoay, không ngắn chi, đi lại tốt, không đau, không hạn chế các khớp.

Trung bình: xương kết vững, không có di lệch xoay, gấp góc <10 độ, ngắn chi <3cm, có thể đau nhẹ không thường xuyên khi đi lại hoặc hạn chế vận động nhẹ khớp háng.

Kém: xương kết không đạt yêu cầu về độ vững, phải tăng cường thêm máng bột, di lệch gấp góc trên 10 độ, ngắn chi >3cm, bệnh nhân

đau, hạn chế vận động háng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018 tại khoa Chấn thương Chỉnh hình bệnh viện Saint-Paul đã đóng đinh kín cho 54 trường hợp gãy thân xương đùi người lớn, trong đó nam là 34 bệnh nhân, nữ 20 bệnh nhân. Tuổi từ 16 đến 55 tuổi, độ tuổi trung bình là 38 tuổi. Thời gian từ khi bị tai nạn tới lúc mổ là từ 1-4 ngày. Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông 40 bệnh nhân.

Đặc điểm xương gãy.

Loại gãy: chủ yếu là gãy kín thân xương đùi 50 bệnh nhân, chiếm 92,6%. Gãy hở độ I Gustilo 4 bệnh nhân, chiếm 7,4%.

Vị trí gãy: chủ yếu là gãy 1/3 giữa xương đùi 30 bệnh nhân, chiếm 55,6%, gãy 1/3 trên xương đùi 14 bệnh nhân, chiếm 26%, 1/3 dưới xương đùi 10 bệnh nhân, chiếm 18,4%.

Kiểu gãy được đánh giá là gãy vững (đường gãy ngang, không có mảnh) gặp ở 26 bệnh nhân, 48% là gãy không vững, xoắn, có mảnh rời, gặp ở 28 bệnh nhân, chiếm 52%.

Thương tổn phối hợp: gãy xương chày cùng

Kết quả xquang kiểm tra sau mổ được đánh giá qua bảng sau:

Biểu hiện	Thẳng trục	Gấp góc <10 độ	Di lệch xoay	Ngắn chi <3cm	Tổng số	Tỷ lệ %
Tốt	52	0	0	0	52	96
Vừa	0	2	0	2	2	4
Trung bình	0	0	0	0	0	0
Tổng số	54	0	0	0	54	100

Qua bảng cho thấy có 54 bệnh nhân, 96 % kết quả đạt loại tốt và giải phẫu. Có 2 bệnh nhân bị gấp góc nhẹ.



Bệnh nhân nam, 37 tuổi, gãy 1/3 dưới xương đùi (T)



Bệnh nhân nữ, 34 tuổi, gãy 1/3 trên xương đùi (P)

bên: 3 bệnh nhân, gãy xương cánh tay 3 bệnh nhân, thương tổn tạng (vỡ lách, ruột non): 1 bệnh nhân, chấn thương sọ não 1 bệnh nhân.

Hình thức kết xương: chúng tôi sử dụng ba hình thức kết xương. Sau khi đo ống tủy thì đóng đinh nhỏ hơn một số. Sử dụng đinh không chốt khi gãy vững, chốt động khi đường gãy ở 1/3 trên hoặc 1/3 dưới. Chốt tĩnh cho các loại gãy không vững.

Hình thức kết xương

Bảng 1: các loại đinh xương đùi.

	Số lượng	Tỷ lệ %
Đinh kín-không chốt	14	26
Đinh kín – chốt động	20	37
Đinh kín – chốt tĩnh	20	37

Thời gian mổ: nắn chỉnh dưới màn tăng sáng trước khi sát khuẩn vùng mổ thường chiếm 10 phút. Đa số có thời gian mổ tính từ khi rạch da đến khi khâu da là 60-90 phút.

Kết quả gần: cho thấy không có trường hợp nào có biểu hiện nhiễm khuẩn nông cũng như nhiễm khuẩn sâu vùng mổ. Liên sẹo kỳ đầu trên cả 54 bệnh nhân.



Bệnh nhân nam, 28 tuổi, kết quả mổ gãy xương đùi sau 18 tháng.

Kết quả xa: được theo dõi ở 50 bệnh nhân, số bệnh nhân còn lại chưa đủ thời gian. Kết quả cho thấy 50/50 liền xương tốt, thẳng trục, 2 bệnh nhân còn có kết quả trung bình vì cal xương khá to do gãy phức tạp và trục xương gấp góc nhẹ <10 độ. Không có kết quả xấu. Về kết quả cơ năng: cả 50 bệnh nhân đều đi lại được. Tuy nhiên, đau khi đi lại, nhất là ngồi xổm gặp ở

2 bệnh nhân, hạn chế động tác dạng háng 1 bệnh nhân.

Tai biến trong và sau mổ. Khó khăn trong thao tác nắn chỉnh và doa ống tủy do nhiều nguyên nhân: 2 bệnh nhân làm xương gãy phức tạp thêm trong quá trình mổ, 5 bệnh nhân khó nắn chỉnh, phải mở tối thiểu để nắn, 5 bệnh nhân khó khăn khi bắt vít chốt đầu xa.

IV. BÀN LUẬN

Tại sao lại chọn đóng đinh nội tủy có chốt? Chọn đóng đinh có chốt để điều trị gãy thân xương đùi là vì có các ưu điểm sau: về vật liệu kết xương, nghiên cứu cơ sinh học của Johnson KD [5] có thấy đinh chốt có nhiều ưu điểm hơn so với nẹp vít và đinh Kuntschner thường: đinh có chiều cong theo giải phẫu của ống tủy xương đùi nên dễ thao tác trong mổ. Đinh có chốt sau khi kết hợp xương có độ chịu lực bẻ bằng 75% xương bình thường, chịu lực ép gần 400% trong lượng cơ thể. Đinh có rãnh chịu lực xoắn chỉ bằng 3% so với xương bình thường trong khi đinh đặc chịu lực xoắn bằng 50%. Đặc biệt nhờ hệ thống chốt mà khả năng chịu lực theo trục tăng và tránh được di lệch chông và di lệch xoay. Ngoài ra đinh được đóng kín nên các ưu điểm của kết xương kín cũng được thể hiện ở đây như không mở ổ gãy, giữ được khối máu tụ, tránh mất máu, hạn chế thương tổn phần mềm, bảo đảm thẩm mỹ, giúp quá trình liền xương nhanh.

Tai biến trong và sau mổ. Gramham GP [3], Wilson MJ [7] và Wolinsky [8] đều cho rằng kết quả đóng xương đùi phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và trang bị phương tiện. Thực tế các tai biến trong nhóm bệnh nhân chúng tôi đã thấy nguyên nhân và cách để phòng và khắc phục. Trước hết là khó khăn trong thao tác và nắn chỉnh, gặp 5 bệnh nhân, thì nắn ngoài dưới màn tăng sáng thường khó nắn chỉnh di lệch ngang vì lực kéo chưa đủ, chưa trả đủ chiều dài. Muốn kéo liên tục thì cách tốt nhất là kéo qua đi xuyên qua lõi cầu đùi. Khó nắn còn có thể do kẹt cơ ổ gãy, xương được nắn vào nhưng lại bật ra. Khắc phục bằng cách mở tối thiểu ổ gãy để giải phóng cơ.

Một số điểm chú ý về kỹ thuật kết xương. Tạo lỗ vào chính xác ở mẫu chuyển lớn xương đùi rất quan trọng, giúp các thao tác về sau dễ dàng hơn. Theo Johnson KD [5], lỗ vào đúng là ở đỉnh mẫu chuyển lớn, ngay sát thành ngoài của hố ngón tay và dịch ra phía trước. Một trong 2 bệnh nhân có lỗ vào của đinh bị ra phía ngoài của mẫu chuyển lớn do phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm nên khi đinh đóng vào có xu hướng phá vỡ thành sau trong. Luồn guide vào

ống tủy là thì quyết định thành công cho phẫu thuật. Trong một số trường hợp việc luồn guide rất khó, kinh nghiệm của chúng tôi là nên doa đầu gần cho đến số cần thiết và dùng đinh có bộ giá luồn vào đầu gần để nắn. Sau đó luồn guide vào ống tủy đầu ngoại vi dưới hướng dẫn của màn tăng sáng để tiếp tục các thì sau. 1 bệnh nhân có biến chứng vỡ thành xương ở đầu xa mặc dù guide đã luồn đúng ống tủy. Nguyên nhân là xương vẫn chưa thẳng trục, còn gấp góc nhẹ vì thế đầu doa đã phá gãy vỡ thành xương. Khó khăn khi chốt vít đầu xa có thể xảy ra do bệnh nhân béo, lớp cơ dày hoặc do chỉnh màn tăng sáng để tìm lỗ chưa hoàn hảo. Cách khắc phục là phải làm thật tỉ mỉ trong việc định vị.

Về chỉ định. Chúng tôi nhất trí với Brug E và Pennig D [2] chỉ định đóng đinh kín nên áp dụng cho các loại gãy thân xương đùi ở Việt Nam. Ngoài ra gãy hở độ I chưa nhiễm khuẩn, xương chậm liền, khớp giả và một số trường hợp gãy xương bệnh lý cũng có thể áp dụng kỹ thuật này. Về kiểu chốt thì nên chốt tĩnh nếu ổ gãy không vững như mất đoạn xương, gãy phức tạp nhiều mảnh,..., còn chốt động khi đường gãy ở đầu xương có ống tủy lớn hơn so với cỡ đinh. Tuy nhiên nhiều tác giả vẫn thích sử dụng chốt tĩnh kể cả trường hợp gãy vững nhằm cho BN đi sớm, sau 6 tuần thì tháo vít để tăng tỷ lệ lành ổ gãy. Ngoài ra chỉ định đinh chốt cũng áp dụng cho một số gãy xương phức tạp như gãy 2 tầng, đường mổ gãy nội khớp gối,...

Điều kiện để đóng đinh chốt. Chúng tôi đồng tình với tác giả Benischke [1] và Krerrek [4] cho rằng đóng đinh kín là kỹ thuật lựa chọn hàng đầu cho gãy xương đùi hiện nay, tuy nhiên khẳng định đây là kỹ thuật khó, vì thế điều kiện để thực hiện thành công cần phải có phẫu thuật viên có kinh nghiệm, tuân thủ chặt chẽ các quy định về kỹ thuật. Bàn chỉnh hình, màn tăng sáng, doa mềm ống tủy, bộ dụng cụ mổ và đủ các cỡ đinh là những điều kiện cần và đủ để thực hiện kỹ thuật này. Nếu thiếu 1 trong các yếu tố trên thì biến chứng và hậu quả sẽ không lường.

Đánh giá kết quả. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, kết quả giải phẫu tốt là 96%, trung bình là 4%, không tốt 0%, Kết quả xa trên 50 bệnh nhân cho thấy liền xương tốt 48 bệnh nhân. Có 2 bệnh nhân đạt kết quả trung bình do Cal xương to, lệch trục <10 độ, không có kết quả xấu.

Kết quả tốt của Stromsoe ở 99 bệnh nhân gãy xương đùi là 81,8%, trung bình là 16,2% và 2% kết quả xấu. Về một số biến chứng thì Benischke gặp gãy đầu khoan trong 1 bệnh nhân, gãy vít

chốt 1 bệnh nhân, cong đĩnh do ngã 1 bệnh nhân trong tổng số 123 bệnh nhân. Theo dõi xa sau 12 tháng ở 56 bệnh nhân thấy có 37% đau khớp háng, 39% bị hạn chế vận động khi đi đứng.

V. KẾT LUẬN

Đóng đinh nội tủy kín gãy xương đùi là kỹ thuật lựa chọn vì những ưu điểm về vật liệu và kỹ thuật kết xương như cố định vững chắc, chống di lệch chông, di lệch xoay, chịu lực tốt,... Ngoài ra còn có những ưu điểm của kỹ thuật đóng kín như hạn chế mất máu và tổn thương phần mềm, bảo tồn khối máu tụ ổ gãy tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình liền xương hạn chế nhiễm khuẩn, bảo đảm thẩm mỹ và nhu cầu vận động sớm.

Kết quả của nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cho thấy có 96% có kết quả giải phẫu tốt. Kết quả xa cho thấy liền xương tốt ở 96% bệnh nhân, không có kết quả xấu. Điều này càng chứng minh cho tính ưu việt của kỹ thuật.

Tuy nhiên, phải thừa nhận đây là kỹ thuật khó, cần có đủ các điều kiện như phẫu thuật viên phải được đào tạo, có đủ trang bị cần thiết như bàn chỉnh hình, màn tăng sáng, dụng cụ và phương tiện kết xương đầy đủ. Chỉ định thích hợp cho kỹ thuật này là các loại gãy kín thân xương đùi ở người lớn, nhất là các gãy không vững. Ngoài ra chỉ định cần nhắc cho gãy hở nhẹ chưa nhiễm khuẩn, xương chậm liền, khớp giả và một số trường hợp gãy bệnh lý. Hạn chế của kỹ thuật là giá thành đắt còn cao và các điều kiện nêu trên không phải bệnh viện nào cũng đáp ứng được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benirschke SK, Melder I (1993), "Closed interlocking nailing of femoral shaft fractures: assessment of technical complications and functional outcomes by comparison of a prospective database with retrospective review", J Ortho Trauma, 7 (2): 118-122.
2. Brug E, Pennig D (1990), "Indications for interlocking nailing", Unfallchirurg, Nov: 93 (11): 492-498.
3. Graham GP, Mackie IG (1998), "Experience with the AO, locking femoral nail", Injury, Jul: 19(4): 249-253.
4. Krettek C, Schulte ES (1994), "Osteosynthesis of femur shaft fractures with the undreamed AO-femur nail. Surgical technique and initial clinical results standard lock fixation", Unfallchirurg, Nov: 97 (11): 549-567.
5. John KD, Tencer A (1990), "Mechanics of intramedullary nails for femoral fractures", Unfallchirurg, Nov: 93 (11): 506-511.
6. Stromoe K, Thoresen BO, Ekeland A (1990), "Experiences with interlocking nails in the femur, a retrospective analysis of 99 operated femur shaft fractures", Chirurg, Jun: 61 (6): 430-433.
7. Wilson – MacDonald J, Owen JW (1987), "Early experience with closed interlocking medullary nailing of the femur", Injury, Nov: 18 (6): 390 – 395.
8. Wolinsky PR, Mc Carty E, Shyr Y, Johnson K (1999), reamed intramedullary nailing of the femur: 551 cases, J Trauma, Mar: 46 (3): 392-399.
9. Bishop JA, Rodriguez EK (2010), "Closed intramedullary nailing of the femur in the lateral decubitus position", J Trauma, Jan, 68 (1): 231-235.
10. Dasarath Kisan and Saswat Samant (2018), "A comparison of closed intramedullary nailing with open intramedullary nailing in femoral shaft fractures of adults", International Journal of Orthopaedics Sciences 2018; 4(2): 88-90.
11. Giannoudis PV, Giannoudis M, Stavlas P (2009), "Damage control orthopaedics: lessons learned", Injury, 40S4:47-52.

NHẬN XÉT CÁC TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA 181 TRƯỜNG HỢP CHỤP ĐỘNG MẠCH VÀNH ĐẦU TIÊN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Thượng Nghĩa*

TÓM TẮT

Mở đầu: Chụp động mạch vành (ĐMV) hiện nay vẫn là tiêu chuẩn "vàng" để chẩn đoán bệnh động mạch vành. **Mục tiêu:** Đánh giá tổn thương động mạch vành, mức độ hẹp, vị trí, hình dạng, kiểu hẹp (type A, type B, type C), chiều dài, các tổn thương đi kèm: vôi hóa, tuần hoàn bàng hệ... và một số nhận

xét biến chứng trong lúc thực hiện thủ thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** 181 bệnh nhân (BN) chụp ĐMV với 266 tổn thương, nhóm BN trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (68.5%), nam giới chiếm đa số (70.1%). Kết quả chụp ĐMV: 77 BN (42.5%) có ĐMV bình thường/thâm nhiễm nhẹ, 104 BN (57.5%) có tổn thương hẹp ĐMV có ý nghĩa. Do một BN có thể có nhiều tổn thương nên phân tích 104 BN thì thấy có 266 tổn thương hẹp có ý nghĩa và có đặc điểm: tổn thương ở ĐMV liên thất trước chiếm đa số (35.7%), kể đến là tổn thương ở ĐMV phải (22.6%) và động mạch mũ (19.2%). Riêng tổn thương thân chung ĐMV trái chiếm 3.8%. Tổn thương một nhánh ĐMV chiếm đa số (40.4%), đa số là tổn thương type B (53.4%) và type C (36.9%). Các

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thượng Nghĩa

Email: nghia2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

biến chứng nặng hiếm gặp. **Kết luận:** Chụp động mạch vành chọn lọc ngày nay dần dần đã trở thành thường quy ở BV Chợ Rẫy, giúp chẩn đoán chính xác bệnh mạch vành. Trên cơ sở đó, chụp ĐMV sẽ quyết định cho việc can thiệp tái tưới máu ĐMV, giúp cải thiện tiên lượng BN bệnh mạch vành

Từ khóa: Chụp động mạch vành, tổn thương động mạch vành

SUMMARY

SOME REMARKS ON CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERIES OF 181 PATIENTS WHO WERE UNDERWENT CORONARY ANGIOGRAPHY INITIALLY AT CHO RAY HOSPITAL

Introduction: Coronary angiography is currently still the "gold" standard for the diagnosis & treatment of coronary artery disease. **Objectives:** Assessment of coronary artery lesions, degree of stenosis, location, shape, length, calcification, thrombus, vulnerable plaque, bifurcation lesion. **Population & Design:** prospective, cross-sectional study. **Result:** 181 patients underwent coronary angiogram. The proportion of patients over 50 years old accounted for the high proportion (68.5%), the majority (70.1%) is male. 77 patients (42.5%) had normal coronary artery / mild infiltration, 104 patients (57.5%) had 266 significantly stenosed coronary lesions that are characterized: lesions in the left anterior descending artery predominate (35.7%), followed by right coronary artery lesions (22.6%) and left circumflex artery (19.2%), LMCA lesions accounted for 3.8%. Rare severe complications occurred during procedures. **Conclusion:** Selective coronary angiography today has gradually become routine at Cho Ray Hospital, helping to diagnose accurately coronary artery disease. On that basis, coronary artery angiogram will decide for coronary revascularization strategies, help improve the prognosis of patients with coronary artery disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (ĐMV) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số những BN nhập viện ở Hoa Kỳ, châu Âu và các nước khác [4]. Từ năm 1959 Mason Sones là người đầu tiên chụp ĐMV chọn lọc đầu tiên trên thế giới và từ đó đã trở thành "tiêu chuẩn vàng" để chẩn đoán bệnh ĐMV [6]. Cho đến hiện nay, chụp ĐMV ngày càng phổ biến trên thế giới. Ở Việt Nam, chụp ĐMV chọn lọc bắt đầu năm 1997 ở BV Bạch Mai Hà Nội. Ở BV Chợ Rẫy chụp ĐMV đầu tiên vào 15/07/1999 và hiện nay đã trở thành thường quy.

Chụp ĐMV ngoài việc chẩn đoán xác định bệnh ĐMV còn đánh giá tổn thương trên ĐMV: đặc điểm hình thái, vị trí, số lượng, vôi hóa, ... Trên cơ sở đó sẽ đề ra phương thức điều trị thích hợp trên từng BN: nội khoa, can thiệp bằng bóng hoặc stent, phẫu thuật bắc cầu ĐMV. Nên việc đánh giá tổn thương ĐMV là thách thức ban đầu của các bác sỹ tim mạch can thiệp, cũng như các bác sỹ tim mạch tổng quát, trước khi quyết định

chiến lược điều trị cho BN bị bệnh ĐMV. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá tổn thương ĐMV: mức độ hẹp, vị trí, hình dạng, kiểu hẹp (type A, type B, type C), chiều dài, các tổn thương đi kèm: vôi hóa, tuần hoàn bàng hệ ... và một số nhận xét biến chứng trong lúc thực hiện thủ thuật chụp ĐMV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 181 BN nghi ngờ hoặc đã có bệnh lý ĐMV và có chỉ định chụp ĐMV vành từ tháng 07/1999 đến 12/2000 tại BV Chợ Rẫy.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Tất cả các BN có chỉ định chụp ĐMV dựa trên hướng dẫn của Trường bộ môn tim mạch Hoa Kỳ 1999[5]. Các BN được khám lâm sàng theo mẫu bệnh án và làm các xét nghiệm cận lâm sàng thường quy.

Chụp động mạch vành chọn lọc: tất cả 181 BN đều được chụp ĐMV tại phòng chụp mạch máu BV Chợ Rẫy bằng máy DIGITEX 2400 (SHIMAZU) với kỹ thuật tiếp cận mạch máu qua da ở động mạch đùi hoặc quay. Chụp chọn lọc ĐMV trái thường bằng ống thông JL4, JL3.5, cỡ 6F ở các tư thế: chệch trước trái (LAO) 40-50° nghiêng về phía chân 30-35° (tư thế Spider), chệch trước phải (RAO) 15-30° nghiêng về phía chân 15-30°, RAO 0-10° nghiêng về phía đầu 30-40° (tư thế TIMI), LAO 50-60° nghiêng về phía đầu 15-30°; chụp chọn lọc ĐMV phải thường bằng ống thông JR 3.5; JR 4 cỡ 6 F, ở các tư thế: RAO 45°, LAO 30°, tư thế trước sau (AP) nghiêng đầu 25°; chụp buồng thất trái bằng ống thông đuôi heo (Pigtail) cỡ 6F, ở tư thế RAO 30°, LAO 60°.

Đánh giá tổn thương động mạch vành:

- Đánh giá mức độ hẹp ĐMV: định lượng mức độ hẹp ĐMV bằng phần mềm QCA (Quantitative Coronary Analysis). Hẹp đường kính ĐMV có ý nghĩa là hẹp $\geq 70\%$ ở ĐMV liên thất trước, ĐMV mũ, ĐMV phải, hẹp $\geq 50\%$ ở thân chung ĐMV trái [3]. ĐMV bình thường: khi thấy hình ảnh ĐMV trơn láng, đều, không biến dạng, dòng chảy tốt (TIMI 3); ĐMV bị thâm nhiễm nhẹ nhưng không hẹp đáng kể, khi thành ĐMV không đồng đều, hẹp đường kính ĐMV $< 50\%$. ĐMV bị hẹp nặng khi hẹp đường kính từ $\geq 70\% - 85\%$, hẹp rất nặng khi hẹp từ $> 85\% - 95\%$, hẹp gần hoàn toàn khi hẹp $> 95\%$, tắc hoàn toàn ĐMV khi ĐMV bị tắc không thấy cản quang qua.

- Đánh giá dòng chảy ĐMV [1]:

TIMI 0: không có dòng chảy phía sau chỗ tắc.

TIMI 1: chất cản quang đi qua chỗ hẹp nhưng không làm cản quang phần ĐMV phía sau chỗ hẹp.

TIMI 2: chất cản quang đi qua chỗ hẹp và

làm cản quang phần ĐMV phía xa nhưng tốc độ dòng cản quang hay tốc độ thải thuốc cản quang ở các nhánh mạch phía xa chậm hơn ĐMV bên đối diện.

TIMI 3: tốc độ dòng cản quang chảy vào phần xa của chỗ hẹp và tốc độ thải thuốc cản quang tương tự ĐMV đối diện.

- Đánh giá phân loại tổn thương ĐMV [5]:

Type A: hẹp đồng tâm, ngắn dưới 10 mm, không nằm ngay chỗ phân nhánh hoặc lỗ xuất phát, thành mạch trơn láng, không bị canxi hóa, không có huyết khối, không tắc hoàn toàn, gập góc <45°, dễ tiếp cận sang thương.

Type B: hẹp lệch tâm, dài 10-20 mm, thành mạch không đều, gập góc từ 45° - 90°, canxi hoá trung bình, đoạn gần ngoằn ngoèo, tắc hoàn toàn dưới 3 tháng, hẹp ngay lỗ hoặc chỗ chia đôi, có huyết khối, tiếp cận sang thương hơi khó khăn (B1: khi chỉ có một đặc điểm, B2: khi có từ 2 đặc điểm trở lên)

Type C: hẹp lan tỏa dài trên 20 mm, đoạn gần rất ngoằn ngoèo, gập góc >90°, tắc hoàn toàn trên 3 tháng hoặc có tuần hoàn bàng hệ kiểu bắc cầu, canxi hoá nặng, không bảo vệ

nhánh lớn được, sang thương cầu nối ĐMV bằng tĩnh mạch.

- Đánh giá buồng thất trái: hai yếu tố là phân suất tổng máu (EF) và vận động vùng thất trái.

Đánh giá chức năng thất trái: giảm rất nặng (EF <30%), giảm nặng (EF: 30-39%), giảm vừa (EF: 40-49%), giảm nhẹ (50-59%), bình thường (EF >60%)

Đánh giá vận động vùng thất trái: bình thường, giảm vận động, vô động, loạn động, phình thất trái.

Các biến số nghiên cứu được thống kê mô tả, biến số định lượng có phân phối chuẩn biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, biến số định lượng không có phân phối chuẩn biểu diễn dạng trung vị (bách phân vị thứ nhất – bách phân vị thứ hai), biến số nhị giá, biến thứ tự trình bày dạng tần suất, tỷ lệ phần trăm (%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu ghi nhận 181 BN được chụp ĐMV, trong đó có 104 BN (57,46%) có tổn thương hẹp ĐMV với 266 vị trí tổn thương hẹp có ý nghĩa và có đặc điểm sau:

Bảng 1. Đặc điểm giới tính và tổn thương ĐMV(N=181)

Đặc điểm	Giới		Tổng
	Nam	Nữ	
ĐMV BT/thâm nhiễm nhẹ	40 (51.9%)	37(48.1%)	77 (100%)
ĐMV hẹp có ý nghĩa	85 (81.7%)	19(18,3%)	104 (100%)

Ở nhóm BN ĐMV bình thường/thâm nhiễm nhẹ tỉ lệ giữa nam và nữ gần bằng nhau. Ở nhóm BN hẹp ĐMV có ý nghĩa thì tỉ lệ giữa BN nam/ nữ khoảng **4,5 lần**.

Bảng 2. Đặc điểm nhóm tuổi và tổn thương ĐMV (N=181)

Đặc điểm	Tuổi				
	≤ 40	41-50	51-60	61-70	> 70
ĐMV BT /thâm nhiễm nhẹ	7(9.1%)	24(31.2%)	26(33.8%)	19(24.7%)	1(1.3%)
ĐMV hẹp có ý nghĩa	9 (8.6%)	17(16.3%)	32(30.8%)	31(29.8%)	15(14.4%)

Hẹp ĐMV xuất hiện ở lứa tuổi trên 50 trở lên, chiếm tỉ lệ 60.6%.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương ĐMV

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ
Số nhánh ĐMV tổn thương (trên 104 BN)		
Hẹp 1 nhánh	42	40.4%
Hẹp 2 nhánh	32	30.8%
Hẹp 3 nhánh	30	28.9%
Mức độ hẹp ĐMV (một BN có nhiều chỗ hẹp, n = 266)		
Hẹp có ý nghĩa 50-70%	77	29.0%
Hẹp nặng 70-85%	68	25.6%
Hẹp rất nặng >85-95%	43	16.2%
Hẹp gần hoàn toàn >95%	32	12.0%
Tắc hoàn toàn 100%	46	17.3%
Phân loại tổn thương ĐMV (n = 266)		
Type A	26	9.8%
Type B1	85	31.9%

Type B2	57	21.4%
Type C	98	36.9%
Các đặc điểm khác (n=266)		
Hẹp lỗ	58	21.8%
Hẹp chỗ chia đôi	15	5.6%
Hẹp kèm huyết khối	2	0.8%
Tổn thương vôi hóa nặng	19	7.1%

Bảng 4. Đặc điểm chiều dài ĐMV bị hẹp

Chiều dài	Số tổn thương	Tỉ lệ %	Chiều dài TB
Ngắn (< 10mm)	94	35.3%	6,16 ± 2,04 mm
Trung bình (10-20mm)	68	25.6%	13,46 ± 4,37 mm
Dài (> 20mm)	67	25.2%	28,68 ± 2,91 mm

Tổn thương một nhánh ĐMV(40.4%) nhiều hơn tổn thương hai nhánh và ba nhánh. Tổn thương type B và C chiếm đa số (90.2%); hẹp lỗ xuất phát ĐMV chiếm 21.8%, hẹp chỗ chia đôi 5.6%. Tổn thương ngắn 35.3%

Bảng 5. Đặc điểm các nhánh ĐMV bị hẹp

Vị trí hẹp	Số sang thương	Tỉ lệ
Thân chung ĐMV trái	10	3.8%
ĐMV liên thất trước	95	35.7%
ĐMV mũ	51	19.2%

ĐMV phải	60	22.6%
Nhánh bờ ĐMV mũ	17	6.4%
Nhánh ĐMV chéo	26	9.8%
Nhánh ĐMV trung gian	2	0.8%
Nhánh ĐMV liên thất sau	5	1.9%
Tổng số	266	100%

Chiếm tỉ lệ cao nhất là tổn thương ở ĐMV liên thất trước (35.7%), kế đến là tổn thương ở ĐMV phải (22.6%) và ĐMV mũ (19.2%), các nhánh còn lại thì ít gặp hơn. Riêng tổn thương thân chung ĐMV trái chiếm 3.8%.

Bảng 5. Vị trí các tổn thương ĐMV

Nhánh ĐMV	Vị trí			
	Gần	Giữa	Xa	Tổng
Thân chung ĐMV trái	3	2	7	10
ĐMV liên thất trước	68	38	12	95
ĐMV mũ	26	-	29	51
ĐMV phải	23	40	10	60
Nhánh ĐMV bờ	17	-	3	17
Nhánh ĐMV chéo	24	2	2	26
Nhánh ĐMV trung gian	2	0	0	2
Nhánh ĐMV liên thất sau	5	0	0	5

Tổn thương ĐMV liên thất trước chủ yếu tập trung ở đoạn gần và đoạn giữa, trong khi đó tổn thương ĐMV mũ thì phân đều ở cả 2 đoạn gần và xa. Ở ĐMV phải tổn thương thường gặp ở đoạn giữa.

Bảng 6. Đặc điểm chụp buồng thất trái

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ
Phân suất tổng máu thất trái (n = 104)		
>60%	47	45.2%
50-59%	31	29.8%
40-49%	17	16.4%
30-39%	9	8.6%
<30%	0	0%
Mức độ vận động thất trái (n = 141 vùng tổn thương)		
Giảm động	114	80.8%
Vô động	19	13.5%
Loạn động, phình vách	8	5.7%
Vị trí tổn thương (n = 141 vùng tổn thương)		
Thành trước đáy	10	7.1%
Thành trước bên	42	29.8%
Mỏm thất trái	40	28.4%
Vùng hoành	24	17.0%
Thành sau	25	17.8%

Đa số BN hẹp ĐMV có chức năng tâm thu thất trái bảo tồn chiếm 75%, chỉ có 8.6% BN có chức năng tâm thu thất trái giảm. Đa số các tổn thương là ở thành trước bên (29.8%) và mỏm thất trái (28.4%), dạng rối loạn chủ yếu là giảm động (80.9%).

Bảng 7. Biến chứng chụp ĐMV

Biến chứng	Tần số (n = 181)	Tỉ lệ
------------	------------------	-------

Nhồi máu cơ tim mới	1	0.5%
Rung thất	1	0.5%
Tai biến mạch máu não	1	0.5%
Co thắt ĐMV phải	4	2.2%
Cường phế vị	3	1.7%
Phản ứng sốt, lạnh run	10	5.5%
Dị ứng cản quang	0	0%
Xuất huyết	0	0%

Trong quá trình chụp ĐMV chúng tôi ghi nhận có 5.5% BN phản ứng sốt lạnh run, 2.2% BN co thắt ĐMV phải, ghi nhận 01 trường hợp tai biến mạch máu não gây yếu nửa người và hồi phục sau 24 giờ.

IV. BÀN LUẬN

Từ năm 1959 Mason Sones đầu tiên chụp ĐMV chọn lọc [6], đến nay thì chụp ĐMV chọn lọc trở thành một kỹ thuật thường thực hiện trong tim mạch. Đặc biệt từ năm 1977, Andreas Gruntzig đưa vào kỹ thuật nong ĐMV qua da (PTCA) thì chụp ĐMV trở thành một kỹ thuật không thể thiếu được trong điều trị bệnh ĐMV [2]. Ở Mỹ, trong năm 1990, trên 6 triệu BN bệnh ĐMV thì hơn 1 triệu BN được chụp ĐMV chọn lọc hàng năm. Ở Pháp, hằng năm có trên 120.000 BN được chụp ĐMV. Ở Việt Nam, tháng 8/1995 chụp ĐMV đầu tiên được thực hiện đầu tiên ở Hà Nội, từ năm 1997 đến cuối năm 1999 đã có 324 trường hợp BN được chụp ĐMV. Ở BV Chợ Rẫy,

từ tháng 07/1999 chụp ĐMV đầu tiên, đến 12/2000 đã gần 181 BN được chụp ĐMV. Trong 181 BN được nghi ngờ hoặc đã có bệnh ĐMV được chụp thì kết quả thấy 65 BN (35.9%) có ĐMV hoàn toàn bình thường mà trước đó các BN này đã được chẩn đoán là bệnh ĐMV và điều trị bằng thuốc dẫn vành trong một thời gian dài. Sau khi chụp ĐMV các BN này không còn dùng các thuốc dẫn vành và xóa đi ám ảnh bệnh ĐMV ở các BN này. Số BN bị hẹp ĐMV có ý nghĩa là 104 ca (57,5%) đã được đề ra hướng điều trị thích hợp: 04 BN được mổ bắc cầu nối ĐMV, 35 BN được can thiệp nong và stent ĐMV, các ca còn lại được điều trị nội khoa tích cực.

Ở nhóm BN có ĐMV bình thường hoặc hẹp không có ý nghĩa thì tỉ lệ nam/nữ gần ngang nhau. Ở BN bị hẹp ĐMV thì giới nam chiếm đa số với tỉ lệ nam/nữ: 4.5/1. Về phân bố lứa tuổi, trong 104 BN bị bệnh ĐMV thì BN nhỏ tuổi nhất bị nhồi máu cơ tim là 28 tuổi; còn BN lớn tuổi nhất là BN nam 81 tuổi bị cơn đau thắt ngực không ổn định. Số BN hẹp ĐMV chủ yếu ở nhóm 50 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ 60.6%. Điều này cũng tương đồng với thống kê ở Mỹ 1993 là 40% BN chụp ĐMV là 65 tuổi.

Tổn thương một nhánh ĐMV vẫn chiếm tỉ lệ cao nhất (40.4%), trong khi đó tổn thương 2 nhánh hoặc 3 nhánh trở lên cũng chiếm tỉ lệ tương đối cao lần lượt là 30.4% và 28.8%. So sánh với tác giả Gruentzig nghiên cứu trên 69 BN mà thực hiện vào năm 1980 thì 40% bị bệnh ĐMV nhiều nhánh. Về mức độ hẹp ĐMV thì mức độ hẹp nhẹ (50-70%) chiếm đa số 28.9%, nhưng tỉ lệ hẹp gần hoàn toàn và tắc hoàn toàn cũng chiếm một tỉ lệ khá cao 29.3%, bên cạnh đó phần lớn các sang thương type B (53.4%) và type C (36.9%) chiếm đa số. Đây là các sang thương khó khăn khi thao tác nong và đặt stent ĐMV, tăng nguy cơ tái hẹp ngay sau đó cũng như nguy cơ biến chứng trong quá trình thủ thuật.

Vị trí tổn thương ĐMV liên thất trước chiếm tỉ lệ cao nhất (35.7%), kế đến là tổn thương ở ĐMV phải (22,5%) và ĐMV mũ (19.2%), các nhánh còn lại thì ít gặp hơn. Ở các tổn thương ĐMV liên thất trước thì tổn thương thường ở đoạn gần và giữa, trong khi ở ĐMV phải thì tổn thương tập trung nhiều ở đoạn giữa. Riêng tổn thương thân chung ĐMV trái chiếm 3.8%, đây là loại tổn thương nguy hiểm mà các bác sỹ tim mạch can thiệp cần chú ý khi làm thủ thuật, các BN bị tổn thương thân chung ĐMV trái thường có đặc điểm lâm sàng cơn đau thắt ngực khi gắng sức nhẹ, BN bị đau ngực nhiều khi mới bắt đầu làm nghiệm pháp gắng sức, trong lúc làm gắng sức BN đau

ngực làm tụt huyết áp hoặc kèm ST chênh xuống nhiều ở các chuyển đạo trước ngực.

Đánh giá tổn thương cơ thất trái ở những BN bị bệnh ĐMV là hết sức quan trọng cho việc quyết định làm cầu nối ĐMV, can thiệp ĐMV hay điều trị nội khoa... Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá chức năng thất trái ở những BN có tổn thương ĐMV và vùng tổn thương cơ thất trái tương ứng với ĐMV bị hẹp. Trong 104 BN bị hẹp ĐMV có ý nghĩa thì 47 BN (45.2%) không thấy rối loạn vận động vùng và chức năng thất trái còn rất tốt EF > 60%. Trong khi đó chỉ có 09 BN có chức năng thất trái giảm EF < 40% chiếm tỉ lệ 8.6%, đa số các trường hợp này do tắc hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn ĐMV tương ứng và/ hoặc hẹp nhiều nhánh ĐMV.

Trong 104 BN bị tổn thương hẹp ĐMV thì có 04 BN bị nhồi máu cơ tim đã được chứng minh trước đó bằng lâm sàng, điện tâm đồ và men tim. Nhưng kết quả chụp ĐMV cho thấy rằng một BN có ĐMV hoàn toàn bình thường và không thấy rối loạn vận động vùng thất trái; 03 BN còn lại có ĐMV gần như bình thường, chỉ thấy thâm nhiễm xơ mờ nhẹ nhưng vùng cơ tim tương ứng bị giảm động. Điều này có thể lý giải từ cơ chế bệnh sinh của nhồi máu cơ tim và điều quan trọng là cơ chế ly giải tự nhiên cục máu đông gây tắc của bản thân người bệnh. Đây là điểm mà chúng ta cần nghiên cứu thêm.

V. KẾT LUẬN

Chụp ĐMV chọn lọc chẩn đoán chính xác bệnh ĐMV và loại trừ các BN được chẩn đoán lâm bị bệnh ĐMV, loại trừ các thuốc điều trị không cần thiết

Chụp ĐMV xác định chính xác vị trí, mức độ hẹp, các đặc điểm tổn thương ĐMV. Từ đó, thầy thuốc lâm sàng có chiến lược điều trị thích hợp. Trong 181 BN thì sau khi có kết quả chụp ĐMV thì 77 BN không cần điều trị đặc hiệu, còn 104 BN hẹp ĐMV thì 35 BN được can thiệp bằng bóng và stent, 04 BN được mổ bắc cầu ĐMV, 65 BN điều trị nội khoa tích cực do tổn thương quá chỉ định để can thiệp hoặc phẫu thuật.

Chụp và can thiệp ĐMV đã giúp chẩn đoán và điều trị kịp thời các trường hợp bệnh ĐMV nguy cơ cao như: hẹp thân chung ĐMV trái, hẹp nặng nhiều nhánh,... Nên cải thiện đáng kể triệu chứng cơ năng cũng như tiên lượng lâu dài của bệnh ĐMV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gibson CM, Murphy S, Menown IB, et al (1999). Determinants of coronary blood flow after thrombolytic administration. TIMI Study Group. Thrombolysis in Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol, 34(5):1403-1412.

2. **Grüntzig AR, Senning A, Siegenthaler WE (1979).** Nonoperative dilatation of coronary-artery stenosis: percutaneous transluminal coronary angioplasty. *N Engl J Med*, 301(2): 61-68.
3. **Lansky AT (1999).** Qualitative and Quantitative Angiography. Textbook of interventional cardiology, 2nd edition, pp 725-747, Topol W. B. Saunders Company, Philadelphia.
4. **Murray CJ, Lopez AD L (1977).** Mortality by cause for eight regions of the Lancet world: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349: 1269-1276.
5. **Scanlon PJ, Faxon DP, Audet AM, et al (1999).** ACC/AHA guidelines for coronary angiography. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on Coronary Angiography). Developed in collaboration with the Society for Cardiac Angiography and Interventions. *J Am Coll Cardiol*, 33(6):1756-824.
6. **Sheldon WC (1994). F. Mason Sones, Jr.**--stormy petrel of cardiology. *Clin Cardiol*, 17: 405-407.

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM YÊU CẦU KHOA PHẪU THUẬT CHI DƯỚI, BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Dương Đình Toàn^{1,2}, Nguyễn Thị Thuận²

TÓM TẮT

Từ 7-10/2019 chúng tôi đã tiến hành khảo sát sự hài lòng trên 150 người bệnh đến khám tại phòng khám theo yêu cầu của khoa Phẫu thuật chi dưới, bệnh viện Việt Đức. **Mục tiêu:** khảo sát sự hài lòng của người bệnh đến khám tại phòng khám yêu cầu khoa phẫu thuật chi dưới, bệnh viện Việt Đức từ tháng 7 đến tháng 10 năm 2019. **Phương pháp nghiên cứu:** công cụ khảo sát sự hài lòng là thang điểm Likert, với các mức độ từ rất không hài lòng (1 điểm) đến rất hài lòng (5 điểm). **Kết quả:** tỷ lệ hài lòng của người bệnh đối với các tiêu chí như biển báo (88%), công nghệ thông tin (86%), tư vấn (80%), thời gian chờ kết quả (53,3%), kết quả khám (90,7%)... **Kết luận:** Đa số các tiêu chí dịch vụ tại phòng khám theo yêu cầu khoa Phẫu thuật chi dưới đều đạt trên 80% hài lòng và rất hài lòng. Còn một số tiêu chí như thời gian chờ kết quả trả phim, trả kết quả xét nghiệm, tỷ lệ hài lòng chỉ đạt 53,3%.

Từ khóa: hài lòng, thoải mái, khám bệnh, yêu cầu

SUMMARY

SURVEY OF PATIENTS SATISFACTION TO EXAMINATION AT THE CLINIC REQUIREMENTS REQUIRING THE BELGIUM SURGERY AND HOSPITAL

From October 7-10, 2019, we have conducted a satisfaction survey of over 150 patients who came to the clinic at the request of the lower limb surgery department, Viet Duc hospital. **Objective:** Satisfaction survey of patients coming to the clinic requiring lower limb surgery, Viet Duc hospital from July to October 2019. **Research method:**

¹Đại học Y Hà Nội;

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: toanduongdinht@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 8.4.2020

Satisfaction survey tool is Likert scale, with levels ranging from very dissatisfied (1point) to very satisfied (5 points). Results: satisfaction rates of patients with criteria such as signs (88%), information technology (86%), counseling (80%), and waiting time for results (53.3%), examination results (90.7%)... **Conclusion:** Most of the criteria of the clinic service required by lower limb surgery were over 80% satisfied and very satisfied. There are also some criteria such as waiting time for movie results, testing results, satisfaction rate is only 53.3%.

Keywords: satisfaction, comfort, examination, request

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của bệnh nhân là mục đích chính của công tác quản lý chất lượng bệnh viện. Cải tiến chất lượng khám chữa bệnh tuân thủ nguyên tắc lấy người bệnh làm trung tâm. Bệnh viện Việt Đức là bệnh viện hạng đặc biệt, là bệnh viện ngoại khoa hàng đầu trong cả nước. Tại bệnh viện, có rất nhiều các chuyên ngành mũi nhọn. Để đánh giá mức độ hài lòng đối với dịch vụ khám bệnh theo yêu cầu tại phòng khám theo yêu cầu của một trong những khoa có số lượt khám đông nhất bệnh viện, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân khám bệnh theo yêu cầu tạo phòng khám yêu cầu khoa Phẫu thuật chi dưới – Bệnh viện Việt Đức năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh đến khám tại phòng khám yêu cầu khoa Phẫu thuật chi dưới

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Là những người bệnh đến khám tại phòng khám yêu cầu khoa Phẫu thuật chi dưới, tuổi từ 18 trở lên, tình táo có thể hiểu và trả lời được các câu hỏi, hợp tác và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ dưới 18 tuổi;
- Người không tỉnh táo;
- Người không hợp tác, tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- *Địa điểm:* Phòng khám theo yêu cầu khoa Phẫu thuật chi dưới - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

- *Thời gian:* Từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 10 năm 2019.

2.2.3. Cỡ mẫu: thuận tiện**2.2.4. Kỹ thuật và công cụ nghiên cứu:**

- **Kĩ thuật nghiên cứu:** Điều tra viên là những cử nhân điều dưỡng và cử nhân y tế công cộng, có kiến thức và kinh nghiệm về thu thập số liệu do đã thực hiện khoá luận tại bệnh viện cũng như ở cộng đồng, có tham khảo các nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng chăm sóc sức khoẻ tại Việt Nam và trên thế giới;

Nghiên cứu viên phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu dựa trên bộ câu hỏi đã được chuẩn bị sẵn theo tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Công cụ nghiên cứu:** Bộ câu hỏi sử dụng trong nghiên cứu được dựa trên bộ câu hỏi đánh giá của Bộ y tế và một số nghiên cứu khác. Phần đánh giá mức độ hài lòng của đối tượng dựa trên thang điểm likert [1]

Thang điểm likert là một dạng thang đánh giá đã được sử dụng phổ biến trong các nghiên cứu. Trong thang điểm này, những người trả lời phải

biểu thị mức độ đồng ý, không đồng ý với các đề nghị được trình bày theo một dãy các khoảng liên tục.

Một thang điểm Linkert [1] thường bao gồm hai phần: khoản mục và phần đánh giá. Phần khoản mục liên quan đến ý kiến, thái độ của một sự kiện cần đánh giá. Phần đánh giá là một đặc tính trả lời. Thông thường, khoản mục được thiết kế từ 5 đến 9 dạng trả lời đi từ "hoàn toàn đồng ý" đến "hoàn toàn không đồng ý".

Trong nghiên cứu này, để đo sự hài lòng của bệnh nhân chúng tôi sử dụng thang điểm Linkert với các mức độ:

- + Rất không hài lòng (1 điểm);
- + Không hài lòng (2 điểm);
- + Bình thường (3 điểm);
- + Hài lòng (4 điểm);
- + Rất hài lòng (5 điểm).

2.2.5. Phân tích và xử lý số liệu số liệu.

Số liệu sẽ được phân tích và xử lý bằng các thuật toán thống kê, theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố theo tuổi và giới tính**

Thông tin chung		Tổng	
		n	%
Giới	Nam	96	64
	Nữ	54	36
Tuổi	Từ 18-29 tuổi	77	51,3
	Từ 30-49 tuổi	62	39,3
	Từ 50-60 tuổi	10	6,8
	Trên 60 tuổi	01	0,7

Bảng 3.2. Tỷ lệ hài lòng về hệ thống cơ sở vật chất chỉ dẫn của bệnh viện

Biến số	Tỷ lệ %					
	Rất hài lòng (1)	Hài lòng (2)	Bình thường (3)	Không hài lòng (4)	Rất không hài lòng (5)	Hài lòng chung (1+2)
Hệ thống biển báo, chỉ dẫn đến bệnh viện	37,3	50,7	10,0	1,3	0,7	88
Sơ đồ, biển chỉ dẫn đến các khoa phòng	36,7	48,0	12,7	2,0	0,7	84,7
Địa chỉ các khối nhà, cầu thang	40,0	47,3	10,0	2,7	0,0	87,3
Các lối đi trong bệnh viện bằng phẳng	40,7	45,3	12,0	1,3	0,7	86

Bảng 3.3. Tỷ lệ hài lòng với quy trình khám chữa bệnh

Biến số	Tỷ lệ %					
	Rất hài lòng (1)	Hài lòng (2)	Bình thường (3)	Không hài lòng (4)	Rất không hài lòng (5)	Hài lòng chung (1+2)
Quy trình được niêm yết công khai, dễ hiểu	41,3	46,7	10,0	0,7	1,3	88%
Quy trình được cải cách đơn giản, thuận tiện	33,3	47,3	16,7	2,0	0,7	80,6%
Giá dịch vụ được niêm yết rõ ràng	36,0	51,3	11,3	0,7	0,7	87,3%

Bảng 3.4. Công tác đón tiếp, sắp xếp khám bệnh

Biến số	Tỷ lệ %					
	Rất hài lòng(1)	Hài lòng (2)	Bình thường(3)	Không hài lòng (4)	Rất không hài lòng(5)	Hài lòng chung(1+2)
Thái độ nhân viên tiếp đón	38,0	50,0	10,0	1,3	0,7	88%
Sắp xếp thứ tự khám bệnh	39,3	45,3	12,7	0,7	2,0	84,6%

Bảng 3.5. Tỷ lệ hài lòng đối với thái độ, năng lực chuyên môn nhân viên y tế

Biến số	Tỷ lệ %					
	Rất hài lòng (1)	Hài lòng (2)	Bình thường (3)	Không hài lòng(4)	Rất không hài lòng(5)	Hài lòng chung (1+2)
Thái độ giao tiếp của nhân viên y tế	40,7	48,7	9,3	1,3	0,0	88,7
Thái độ giao tiếp của nhân viên phục vụ	34,7	54,0	10,0	0,7	0,7	88,7
Đảm bảo công bằng trong khám bệnh	36,0	52,0	10,7	1,3	0,0	88
Năng lực chuyên môn	42,0	48,0	9,3	0,7	0,0	90

Bảng 3.6. Tỷ lệ hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ

Biến số	Tỷ lệ %					
	Rất hài lòng (1)	Hài lòng (2)	Bình thường (3)	Không hài lòng(4)	Rất không hài lòng(5)	Hài lòng chung (1+2)
Kết quả khám đáp ứng nguyện vọng bệnh nhân	36,7	54,0	8,0	0,7	0,7	90,7
Kết quả khám, hóa đơn được cung cấp đầy đủ	36,9	54,4	6,7	1,3	0,7	91,3
Chất lượng dịch vụ y tế	35,6	55,7	6,0	3,0	0,7	91,3
Giá cả dịch vụ y tế	36,0	52,7	9,3	2,0	0,0	88,7

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện bằng cách phỏng vấn 150 bệnh nhân được khám dịch vụ tại phòng khám yêu cầu – khoa Phẫu thuật chi dưới. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nam giới nhiều hơn nữ giới (64% và 36%), lứa tuổi từ 18 – 49 chiếm nhiều nhất với 90,6%, chỉ có 1 bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 0,7%. Qua tỷ lệ trên có thể thấy, bệnh nhân đến khám chủ yếu trong độ tuổi lao động, mức độ sinh hoạt và vận động lớn. Nguyên nhân của tỷ lệ này có thể do đây là phòng khám theo yêu cầu khám về chi dưới nên thường gặp các bệnh nhân đến khám đau xương khớp do các tai nạn trong lao động hoặc trong thể thao.

Trong nghiên cứu này, do bệnh nhân khám theo yêu cầu nên 100% đều không sử dụng bảo hiểm Y tế khi khám chữa bệnh. Theo nghiên cứu của Đàm Thúy Dung và CS (2017) thì tỷ lệ không sử dụng bảo hiểm Y tế để khám tại phòng khám của bệnh viện Việt Đức là 74%. Nguyên nhân bệnh viện Việt Đức là bệnh viện tuyến trung ương, đầu ngành về ngoại khoa, do đó lượng bệnh nhân vượt tuyến để đến khám với số lượng lớn, vì vậy cũng làm tăng nhu cầu khám theo yêu cầu.

4.2. Đánh giá về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh. Trong

nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân hài lòng với cơ sở vật chất được bệnh viện bố trí cho bệnh nhân trong lúc chờ khám bệnh cũng như chờ làm xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh chiếm tỷ lệ cao. Hệ thống phòng chờ đủ tiêu chuẩn sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè và ấm áp vào mùa đông được bệnh nhân đánh giá hài lòng ở mức 84,7%. Các trang bị thiết yếu tạo sự thoải mái cho bệnh nhân như ghế ngồi, quạt hoặc điều hòa, các phương tiện truyền thông đạt mức độ hài lòng lần lượt là 74%; 78,7%; và 74,6%. Kết quả của nghiên cứu thu được tương đương với nghiên cứu của Vũ Hoàng Anh năm 2015 về "Sự hài lòng của người bệnh phẫu thuật bệnh lý cột sống với DVYT của Khoa Phẫu thuật Cột sống, Viện Chấn thương Chỉnh hình-Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2014-2015" với tỷ lệ hài lòng dao động từ 76,9% đến 95,6%[2] và cao hơn kết quả nghiên cứu của Lý Thị Thúy được thực hiện tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Bạch Mai năm 2014 bởi tác giả chỉ ra: sự hài lòng của người bệnh và người nhà của họ đến khám tại đây chỉ ra chiếm từ 61,9% đến 86,1%[3].

4.3. Đánh giá về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế. Qua nghiên cứu, tỷ lệ mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với nhân viên y tế là rất cao. Đặc biệt về năng lực chuyên môn đạt 90%; về thái độ giao tiếp ứng

xử ủa nhân viên y tế (bác sĩ, điều dưỡng) và nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) đều là 88,7%. Những kết quả tương đương so với nghiên cứu của Trương Quang Trung và cộng sự, khi tác giả cho biết hơn 90% người bệnh được hỏi hài lòng với thái độ ân cần và tôn trọng của bác sĩ đối với mình [4]. Hay nghiên cứu của Phạm Nhật Yên cũng cho thấy người bệnh rất hài lòng với yếu tố giao tiếp và tương tác với bác sĩ. Như vậy, nhìn chung từ kết quả nghiên cứu thu được đã đánh giá được trình độ chuyên môn, khả năng khám chữa bệnh, giao tiếp của bác sĩ với người bệnh được đánh giá cao. Tuy nhiên, về phía nhân viên y tế cũng phải tiếp tục trau dồi về chuyên môn và kỹ năng giao tiếp do đối tượng phục vụ ở đây là những bệnh nhân khám theo yêu cầu nên họ đòi hỏi cao hơn những phòng khám thường khác không chỉ chuyên môn mà cả thái độ của nhân viên y tế với bệnh nhân, tăng cường thời gian tiếp xúc giữa bác sĩ với bệnh nhân để có thể cho tư vấn kỹ càng về bệnh tật cũng như giải đáp được đầy đủ các thắc mắc để bệnh nhân có thể yên tâm, tin tưởng vào phác đồ điều trị mà thầy thuốc đề ra.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu khảo sát sự hài lòng của người

bệnh khám theo yêu cầu tại phòng khám yêu cầu khoa Phẫu thuật chi dưới, nhìn chung mức độ hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám theo yêu cầu ở Khoa phẫu thuật chi dưới bệnh viện Việt Đức là cao, đặc biệt trong khâu tiếp đón, thái độ của nhân viên y tế và chất lượng chuyên môn. Tuy nhiên một số khâu tỷ lệ hài lòng chưa thực sự như mong muốn của người làm quản lý, như thời gian chờ kết quả xét nghiệm còn dài, cơ sở vật chất, không gian bệnh viện còn chật hẹp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ankur Joshi, Saket Kale (2015)**. Likert Scale: Explored and Explained. Current Journal of Applied Science and Technology
2. **Vũ Hoàng Anh. (2015)**. Sự hài lòng của người bệnh phẫu thuật bệnh lý cột sống với DVYT của Khoa Phẫu thuật Cột sống, Viện Chấn thương Chính hình-Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2014-2015. luận văn thạc sỹ y học về Tổ chức và Quản lý Y tế, tr.1.
3. **Lý Thị Thúy (2014)**. Sự hài lòng của người bệnh nội trú về DVYT tại khoa khám bệnh-Bệnh viện Bạch Mai năm 2014 và một số yếu tố ảnh hưởng. luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, HN.
4. **Trương Quang Trung (2011)**, Nghiên cứu sự hài lòng của người sử dụng DVYT đối với chất lượng phục vụ tại Khoa Khám bệnh-Bệnh viện Đại học Y HÀ Nội, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CÒN TÚI THỪA MECKEL CÓ BIẾN CHỨNG

Phạm Duy Hiền*, Trần Xuân Nam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân còn túi thừa Meckel có biến chứng tại bệnh viện Nhi Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu tất cả các bệnh nhân (BN) dưới 16 tuổi được chẩn đoán còn túi thừa Meckel có biến chứng từ năm 2012- 2018. Chẩn đoán dựa vào dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung của bệnh nhân, các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh. **Kết quả:** Có 43 bệnh nhân trong nghiên cứu với nhóm tuổi gặp nhiều nhất là dưới 2 tuổi (53,5%), nam gặp nhiều hơn nữ (tỉ lệ 3,8/1), chủ yếu gặp biến chứng xuất huyết do túi thừa Meckel (81,4%). Xuất huyết thường ít kèm theo đau bụng. Siêu âm có độ nhạy thấp (6/43~14%). Chụp nhấp nháy phóng xạ với 99TcM có nhạy cao (phát hiện được toàn bộ các bệnh

nhân có biến chứng xuất huyết tiêu hóa). **Kết luận:** Túi thừa Meckel có biến chứng hay được phát hiện trước 2 tuổi với xuất huyết tiêu hóa là biến chứng hay gặp nhất. Chụp nhấp nháy phóng xạ có giá trị chẩn đoán cao

Từ khóa: túi thừa Meckel, ở trẻ em

SUMMARY

CLINICAL AND PRE-CLINICAL FEATURES OF THE PATIENTS WITH COMPLICATED MECKEL DIVERTICULUM

Objective: to describe clinical and pre-clinical features of the patients with complicated Meckel diverticulum at Vietnam National Children Hospital. **Methods:** Medical records of all patients under 16 years old with diagnosis of complicated Meckel diverticulum from 2012 to 2018. Diagnosis base on clinical and pre-clinical sign of disease. Study design is retrospective study. **Results:** 43 patients were identified. The most age range is under 2 years (53,5%), the male/ female ratio: 3,8/1. The most complication is gastrointestinal bleeding (81,4%). Rarely it relates to abdominal pain. The sensitivity of abdominal ultrasound is low (6/43~14%). The

*Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

scintigraphy with 99Tcm show the high sensitivity (all the patients with gastrointestinal bleeding were indentified with it). **Conclusion:** gastrointestinal bleeding is the most complication of Meckel diverticulum often identified under 2 years. The scintigraphy with 99Tcm shows the high sensitivity.

Keywords: Meckel diverticulum, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa Meckel là bất thường bẩm sinh của ống tiêu hóa, do sự tiêu biến không hoàn toàn của ống rốn tràng vào tuần thứ năm đến tuần thứ chín của thời kỳ bào thai. Túi thừa Meckel được ghi nhận gặp ở 2 - 4% dân số.

Hầu hết những người còn tồn tại túi thừa Meckel thường không có biến chứng. Tần suất xuất hiện biến chứng của túi thừa Meckel từ 4 – 34% và thường xuất hiện trước 2 tuổi[1]. Các biến chứng của túi thừa Meckel thường gặp trên lâm sàng là xuất huyết tiêu hóa túi thừa, viêm túi thừa Meckel, tắc ruột do túi thừa Meckel (lồng ruột hoặc xoắn ruột), viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel. Ngoài ra còn một số biến chứng hiếm gặp như ung thư hóa túi thừa Meckel,...[2]. Túi thừa Meckel có biến chứng có biểu hiện lâm sàng dễ nhầm với bệnh cảnh của các bệnh lý khác vì thường có: đau bụng, ỉa máu, nôn, buồn nôn, bí trung – đại tiện, rối loạn tiêu hóa... do đó gây nhiều khó khăn trong chẩn đoán. Các phương pháp cận lâm sàng như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, chụp nhấp nháy đồng vị phóng xạ với TC 99m có giá trị chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán xác định túi thừa Meckel[3]. Tuy nhiên giá trị của từng phương pháp cận lâm sàng phụ thuộc vào loại biến chứng của túi thừa Meckel, kinh nghiệm của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi

còn túi thừa Meckel có biến chứng tuy nghiên ở Việt Nam còn ít nghiên cứu về vấn đề này. Do vậy tiến hành đề tài này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi còn túi thừa Meckel có biến chứng tại bệnh viện Nhi Trung Ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhi được chẩn đoán túi thừa Meckel có biến chứng tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ năm 2012- 2018

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca bệnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: tất cả bệnh nhân có triệu chứng tương xứng với các biến chứng của túi thừa Meckel như ỉa máu, đau bụng, buồn nôn và/ hoặc nôn, bí trung đại tiện, dấu hiệu nhiễm trùng, da xanh – niêm mạc nhợt- Cận lâm sàng: ghi nhận theo kết quả các phương pháp cận lâm sàng bệnh nhân được thực hiện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có túi thừa Meckel không có biến chứng được phát hiện tình cờ, các bệnh nhân hồ sơ không đầy đủ thông tin cho nghiên cứu.

Xử lý số liệu bằng Excel và Spss 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 43 bệnh nhân trong nghiên cứu với tỉ lệ nam/ nữ :34/9.

Bảng1: phân bố theo độ tuổi phát hiện bệnh

Độ tuổi	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dưới 2 tuổi	23	53,5
Từ 3-10 tuổi	18	41,9
Trên 10 tuổi	2	4,6

Nhận xét: Độ tuổi hay gặp phát hiện bệnh nhất là dưới 2 tuổi (53,5%). sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05)

Bảng 2: phân bố nhóm tuổi theo biến chứng của túi thừa Meckel

Biến chứng	Viêm TT Meckel		XH TT Meckel		VPM do TT Meckel thủng		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
0 – 2 tuổi	1	2,3	21	48,8	1	2,3	23	53,5
3– 10 tuổi	4	9,3	13	30,2	1	2,3	18	41,9
11 – 15 tuổi	1	2,3	1	2,3	0	0,0	2	4,6
Tổng	6	14,0	35	84,3	2	4,7	43	100

Nhận xét: :- Có 3 biến chứng của túi thừa Meckel: xuất huyết tiêu hóa, viêm túi thừa Meckel, viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel.

- Biến chứng xuất huyết túi thừa Meckel gặp nhiều nhất (84,3%) và gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi <=2 tuổi (53,5%). - Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05)

Bảng 3: dấu hiệu cơ năng của bệnh nhân khi vào viện

Biến chứng	Viêm TT Meckel		XH TT Meckel		VPM do TT Meckel thủng		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Đi ngoài ra máu	0	0,0	35	100	0	0,0	35	100

Đau bụng	6	28,6	13	61,9	2	9,5	21	100
Buồn nôn, nôn	5	26,3	12	63,2	2	10,5	19	100
Bí trung, đại tiện	3	60,0	0	0,0	2	40,0	5	100

Nhận xét: - Các triệu chứng của bệnh nhân có biến chứng của túi thừa Meckel bao gồm: đi ngoài ra máu, đau bụng, buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện.

- Đi ngoài ra máu là triệu chứng hay gặp nhất.

Bảng 4: Liên quan giữa triệu chứng đau bụng ở biến chứng xuất huyết túi thừa Meckel trong nghiên cứu

Biến chứng	Triệu chứng	Đau bụng		Tổng	p
		Có	Không		
XH TT Meckel	Có SL (%)	13 (61,9)	22 (100)	35 (81,4)	0,01
	Không SL (%)	8 (38,1)	0 (0,0)	8 (18,6)	
Tổng SL (%)		21 (100)	22 (100)	43 (100)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa có đau bụng thấp hơn không có đau bụng (61,9% < 100%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,01) cho thấy đa phần bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do túi thừa Meckel không có triệu chứng đau bụng kèm theo

Bảng 5 Đặc điểm túi thừa Meckel có biến chứng trên siêu âm

Biến chứng	CLS	Kết quả siêu âm tìm túi thừa Meckel				Tổng
		Thấy TT		Không thấy TT		
		SL	%	SL	%	
Viêm TT Meckel		1	16,7	5	83,3	6
XH TT Meckel		6	17,1	29	82,9	35
VPM do thủng TT Meckel		0	0,0	2	100	2
Tổng		7	16,3	36	83,7	43

Nhận xét: độ nhạy của siêu âm khi tìm túi thừa Meckel: 7/43 ~ 16,3 %

Bảng 6: giá trị chẩn đoán của chụp nhập nháy phóng xạ (trong nhóm có xuất huyết tiêu hóa)

Biến chứng	Cận lâm sàng	Chụp NNDVPX với TC 99 ^m		Tổng
		Chụp	Không chụp	
XH TT Meckel	Thấy TT	33	2	35
	Không thấy TT	0	0	0

Nhận xét: - trong có 33/35 bệnh nhân được chụp nhập nháy phóng xạ

- Độ nhạy của phương pháp : 33/33 = 100%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, lứa tuổi gặp biến chứng của túi thừa Meckel nhiều nhất là từ 0 - 2 tuổi (53,5%), nhóm tuổi 3- 10 tuổi có 18 bệnh nhân (41,9%) và nhóm tuổi 11-15 tuổi có 2 bệnh nhân (4,6%) (bảng 1). Có thể thấy túi thừa Meckel có biến chứng gặp ở mọi lứa tuổi và giảm dần theo tuổi, nghĩa là tuổi càng cao càng ít gặp túi thừa Meckel có biến chứng. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả biến chứng của túi thừa Meckel thường biểu hiện sớm trong 2 năm đầu đời [4]. Serpil Sancar và cộng sự nghiên cứu trên 40 bệnh nhân được cắt bỏ túi thừa Meckel do biến chứng thì có 17/40 bệnh nhân (chiếm 42,5%) nằm trong độ tuổi 0-2 tuổi, 19 bệnh nhân (37,5%) trong nhóm 3-10 tuổi và số bệnh nhân trên 10 tuổi là 4 bệnh nhân (10%). Như vậy nghiên cứu của tôi cho kết quả tương đồng với các tác giả khác

Tỷ lệ nam/ nữ ở bệnh nhân có túi thừa Meckel có biến chứng được ghi nhận ở nhiều nghiên cứu

là từ 2/1 đến 4/1 [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ nam/ nữ là 3,8/1. Như vậy kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác. Nguyên nhân túi thừa Meckel có biến chứng gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái vẫn chưa giải thích được.

Ở nhóm tuổi nhỏ hơn 2 tuổi biến chứng gặp nhiều nhất là xuất huyết túi thừa Meckel, chiếm 48,8%; hai biến chứng còn lại gặp ít nhất là viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel và viêm túi thừa Meckel (2,3%). Nhóm tuổi từ 3-10 tuổi gặp ở 18 bệnh nhân (41,9%) trong đó biến chứng gặp ở viêm túi thừa Meckel 4/43 bệnh nhân (9,3%), xuất huyết túi thừa Meckel 13/40 bệnh nhân (30,2%), gặp 1 bệnh nhân viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel trong lô nghiên cứu (2,3%). Nhóm tuổi 11- 15 có 2 bệnh nhân với viêm túi thừa Meckel và xuất huyết túi thừa Meckel với tỉ lệ bằng nhau (2,3%) (bảng 2). Nhiều tác giả cũng có kết quả tương tự cho thấy xuất huyết tiêu hoá là biến chứng hay gặp nhất

của bệnh lý túi thừa Meckel, đặc biệt là ở nhóm tuổi dưới 2 tuổi [2].

Túi thừa Meckel có biến chứng triệu chứng lâm sàng đa dạng, tuy nhiên triệu chứng lâm sàng của túi thừa Meckel có biến chứng không đặc hiệu, dễ nhầm với bệnh cảnh của các bệnh lý khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi ia máu thấy ở tất cả 35 bệnh nhân xuất huyết túi thừa Meckel (100%). Bí trung đại tiện được ghi nhận ở 3 bệnh nhân viêm túi thừa Meckel (60%); 2 bệnh nhân viêm phúc mạc do túi thừa Meckel thủng (40%). Buồn nôn, nôn thấy ở 26,3% bệnh nhân viêm túi thừa Meckel và 63,2% bệnh nhân xuất huyết túi thừa, viêm phúc mạc do thủng túi thừa (10,5%). Đau bụng thấy ở cả 3 nhóm biến chứng, trong đó ghi nhận nhiều ở nhóm xuất huyết túi thừa Meckel (61,9%), viêm túi thừa Meckel có 6 bệnh nhân (28,6%), viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel (9,5%) (bảng 3). Trong nhóm xuất huyết túi thừa Meckel, số bệnh nhân kèm theo đau bụng (61,9%) ít hơn số bệnh nhân không kèm theo đau bụng (100%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.7). Điều này phù hợp với y văn, xuất huyết túi thừa Meckel ít kèm theo đau bụng [5]

Cận lâm sàng chẩn đoán bệnh lý túi thừa Meckel, độ nhạy và độ đặc hiệu của từng phương tiện chẩn đoán khác nhau, phụ thuộc nhiều vào biến chứng, kinh nghiệm người thực hiện, có thể kể đến như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, chụp nhấp nháy đồng vị phóng xạ Tc 99m. Siêu âm là một phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, tất cả 43 bệnh nhân của chúng tôi đều được tiến hành siêu âm ổ bụng kiểm tra. Tuy nhiên chỉ có 6 bệnh nhân trong nhóm xuất huyết túi thừa Meckel (17,1%) và 1 bệnh nhân trong nhóm viêm túi thừa Meckel (16,7%) quan sát thấy túi thừa; 36/43 bệnh nhân thuộc cả 3 nhóm biến chứng siêu âm không quan sát thấy túi thừa Meckel trên siêu âm (bảng 5). Trong nghiên cứu trên 43 bệnh nhân có biến chứng túi thừa Meckel của Nguyễn Hữu Chí và cộng sự về đặc điểm lâm sàng các biến chứng của túi thừa Meckel tại bệnh viện Nhi đồng 1 có 33/43 bệnh nhân (76,7%) viêm túi thừa Meckel, nghi ngờ túi thừa Meckel 3/43 trường hợp (7%) [6]. Như vậy tỷ lệ siêu âm chẩn đoán được túi thừa Meckel có biến chứng của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Chí (16,3% so với 76,7%). Sự khác biệt do kinh nghiệm bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và loại biến chứng của túi thừa Meckel.

Chụp nhấp nháy đồng vị phóng xạ với TC 99m được coi là tiêu chuẩn để chẩn đoán túi thừa

Meckel chảy máu có chứa niêm mạc dạ dày lạc chỗ [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy trong tổng số 35/43 bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết do túi thừa Meckel thì có 33/35 bệnh nhân được chụp TC 99m cho đều thấy sự hiện diện của túi thừa Meckel với độ tập trung phóng xạ cao bất thường và ổn định trong ổ bụng; 2 bệnh nhân không chụp TC 99m do đã được chụp CT scanner ổ bụng chẩn đoán (bảng 6). Như vậy chụp TC 99m có kết quả tốt trong phát hiện bệnh lý túi thừa Meckel có biến chứng chảy máu. Độ nhạy trong nghiên cứu là 100%. Nhiều nghiên cứu khác cho độ nhạy thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể do

- Kích thước mô dạ dày lạc chỗ nhỏ hơn 1 cm² (kích thước đủ để chụp TC99m phát hiện được túi thừa Meckel có mô dạ dày lạc chỗ).-

- Do kỹ thuật chụp: hình ảnh phẳng thu được có thể gây khó khăn trong việc xác định rõ ràng vị trí mô dạ dày lạc chỗ hay trong trường hợp thuốc cản quang nồng độ thấp.

- Không có mô dạ dày lạc chỗ. Mặc dù phần lớn báo cáo các trường hợp xuất huyết tiêu hóa là do sự có mặt của mô dạ dày trong túi thừa Meckel, tuy nhiên một vài trường hợp nguyên nhân là do mô tụy, ruột lạc chỗ.

- Thuốc cản quang còn sót lại của lần chụp trước cũng có thể là nguyên nhân không tìm thấy túi thừa Meckel.

- Hoặc vị trí của túi thừa chứa mô dạ dày lạc chỗ nằm quá gần bàng quang.

V. KẾT LUẬN

Biến chứng do túi thừa Meckel thường gặp ở những trẻ dưới 2 tuổi trong đó xuất huyết tiêu hóa là hình thái hay gặp nhất. Chẩn đoán dựa vào dấu hiệu xuất huyết tiêu hóa dưới và ít khi kèm theo đau bụng. Chẩn đoán hình ảnh có giá trị chẩn đoán đặc biệt với sử dụng chụp nhấp nháy đồng vị phóng xạ có độ nhạy cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alfonso Papparella et al** (2014), Laparoscopic approach to Meckel's diverticulum, World Journal of Gastroenterology, 20(25), 8173-8178.
2. **F Ferranti et al** (1999), Meckel's diverticulum: ten years experience, Il Giornale di chirurgia, 20, 107-122.
3. **Caroline C Jadowiec et al** (2015), Is an incidental Meckel's diverticulum truly benign, Surgery, 1-4.
4. **Evangelos Blevrakis et al** (2011), Meckel's diverticulum in paediatric practice on Crete (Greece): a 10-year review, African Journal of Paediatric Surgery, 8, 279.
5. **Jamie R. Robinson et al** (2016), Optimizing surgical resection of the bleeding Meckel diverticulum in children, Journal of Pediatric

Surgery, 22, 1610-1615.
6. Nguyễn Hữu Chí Đào Trung Hiếu (2011), Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán túi thừa Meckel ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới, Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, số 3.

7. Patrick V Ford et al (1999), Procedure guideline for gastrointestinal bleeding and Meckel's diverticulum scintigraph, The Journal of Nuclear Medicine, 40(7), 1226.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ INTERFERON GAMA VÀ TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA DỊCH CỔ TRƯỞNG TRONG CHẨN ĐOÁN LAO MÀNG BỤNG

Nguyễn Minh Hiền*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Interferon gama (IFN- γ) và tumor necrosis factor alpha (TNF- α) dịch chọc dò là chỉ điểm có giá trị trong chẩn đoán sớm các thể lao ngoài phổi.
Mục tiêu: Khảo sát giá trị IFN- γ và TNF- α dịch chọc dò trong lao màng bụng (LMB). **Đối tượng & phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 47 bệnh nhân tràn dịch màng bụng trong đó có 20 bệnh nhân lao và 27 bệnh nhân không do lao. Các bệnh nhân được lấy dịch chọc dò làm các xét nghiệm phát hiện vi sinh vật, hóa sinh. **Kết quả:** Điểm cut-off của IFN- γ , TNF- α dịch màng bụng tương ứng là 2.0 ng/mL và 56.8 ng/mL cho độ nhạy, lần lượt là 80.0% và 80.0 %, độ đặc hiệu 92.6% và 74.1%, kết hợp cả hai marker độ nhạy, giá trị dự đoán âm tính đạt tới 90.0%, 90.5%. **Kết luận:** IFN- γ , TNF- α dịch chọc dò là một chỉ điểm hữu ích trong chẩn đoán lao màng bụng.

Từ khóa: Interferon gama, tumor necrosis factor alpha, lao màng bụng

SUMMARY

DESSECT OF ASCITE FLUID INTERFERON GAMA AND TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA CONCENTRATIONS FOR THE DIAGNOSIS TUBERCULOUS PERITONITIS

Background: Interferon gama (IFN- γ) và tumor necrosis factor alpha (TNF- α) in fluid has been explored as markers that rapid diagnostic tool for extrapulmonary tuberculosis (TB). **Objectives:** To determine the value of IFN- γ and TNF- α concentrations in ascites fluid for the diagnosis of tuberculous peritonitis. **Subjects & Methods:** A cross-sectional study was carried out 47 patients who have ascites, 20 patients has TB and 27 patients non TB. All of them were performed microbiological and biochemical detection tests. **Results:** Using of a cut off value of \geq IFN- γ , TNF- α were 1.96 ng/mL and 56.8 ng/mL, corresponding gave IFN- γ test, TNF- α test Sensitivity of 80.0% and 80.0%, Specificity of 92,6% and 74.1%, in addition both test, Sensitivity, negative were 90.0%, 90.5% for the diagnosis of tuberculous ascites. **Conclusion:** Ascite fluid IFN- γ ,

TNF- α concentrations are useful diagnostic test for tuberculous peritonitic.

Keywords: Interferon gama, tumor necrosis factor alpha, tuberculous peritonitic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao màng bụng chiếm 1% đến 2% trong tất cả các biểu hiện lâm sàng của lao, 31% đến 58% của lao bụng và có liên quan đến lao phổi trong 3,5% trường hợp. Biến chứng nhiễm trùng máu, tắc ruột cấp tính, vô sinh ở phụ nữ là thường xuyên và tỷ lệ tử vong của nó dao động từ 15% đến 31%, do đó nó là một vấn đề sức khỏe cần được quan tâm đặc biệt là ở các khu vực lưu hành[1]. Tuyến phòng thủ đầu tiên chống lại M. tuberculosis được hình thành bởi các đại thực bào phế nang, thực bào và cô lập trực khuẩn trong các cấu trúc u hạt. Việc kiểm soát và giải quyết nhiễm trùng liên quan đến việc kích hoạt các đại thực bào, trong đó các tế bào lympho T hoạt hóa. Sự phát hành của các cytokine tiền viêm như IL-1 β , TNF- α , IL -12 hoặc IFN- γ từ các đại thực bào và bạch cầu đơn nhân đóng vai trò quan trọng cho việc tiêu diệt và loại bỏ các vi sinh vật. Tìm hiểu hoạt động của các cytokine giúp ích cho việc chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh lao. Đây là cơ sở để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định giá trị của nồng độ IFN- γ , TNF- α trong dịch cổ trướng trong phát hiện lao phúc mạc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: 45 bệnh nhân tràn dịch màng bụng (TDMB) điều trị tại bệnh viện Phổi Trung Ương, bệnh viện Phổi Hà Nội và bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2019 – 8/2019.

- Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ em < 16 tuổi. Bệnh nhân có kèm các bệnh về máu, bệnh tự miễn.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
 - Nguyên lý: Cytokine Elisa là xét nghiệm dựa trên nguyên lý Elisa cạnh tranh: sử dụng một lượng kháng nguyên cùng loại với kháng nguyên mà ta muốn định lượng trong mẫu (kháng

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hiền

Email: hienshbvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 9.4.2020

nguyên cạnh tranh) cho phản ứng miễn dịch với cùng một loại kháng thể đặc hiệu cố định trong giếng phản ứng, sau đó đo lượng kháng nguyên cạnh tranh này thông qua hoạt tính enzyme được liên kết với nó. Kháng nguyên cạnh tranh càng hiện diện nhiều cho biết lượng kháng nguyên trong mẫu càng ít và ngược lại.

Đo nồng độ IFN- γ , TNF- α bằng phương pháp Elisa trên hệ thống Biotek. Hóa chất Human SimpleStep ELISA[®] Kit của Abcam (Mỹ).

- Nuôi cấy vi sinh vật được thực hiện trên môi trường lòng MGIT hệ thống BATEC 960

- Các chỉ số XN khác (AFB đờm, MGIT/BATEC, Giải phẫu bệnh) được thực hiện theo quy trình chuẩn tại bệnh viện Phổi Trung Ương, bệnh viện Phổi Hà Nội và bệnh viện Bạch Mai.

- Xác định các nguyên nhân Viêm phổi-màng phổi, bệnh ác tính, xơ gan theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế.

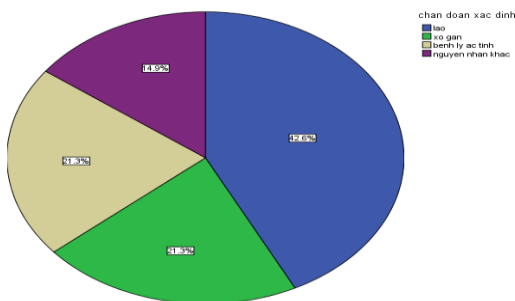
- Mẫu bảo quản ở nhiệt độ thường trong 2h, ở -35^oC trong 3 tháng, thử nghiệm cho thấy mẫu dịch nếu bảo quản ở nhiệt độ 2-7^oC sau 24h có thể làm sai lệch kết quả.

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

BIỂU ĐỒ PHÂN BỐ TỶ LỆ CÁC NHÓM BỆNH TRONG NGHIÊN CỨU



Hình 1: Biểu đồ phân bố tỷ lệ các nhóm nguyên nhân gây TDMB trong nghiên cứu

Nhận xét: Trong số các nguyên nhân gây TDMB có 20 trường hợp (chiếm 42.6%) là do lao, xơ gan có 10 trường hợp (chiếm 21.3%), có 10 trường hợp (chiếm 21.3%) là do ung thư di căn phức tạp, các nguyên nhân khác như bao gồm suy tim, hội chứng Pick, viêm phúc mạc...có 7 trường hợp chiếm 14.9%.

Bảng 2. Một số đặc điểm nhóm nghiên cứu

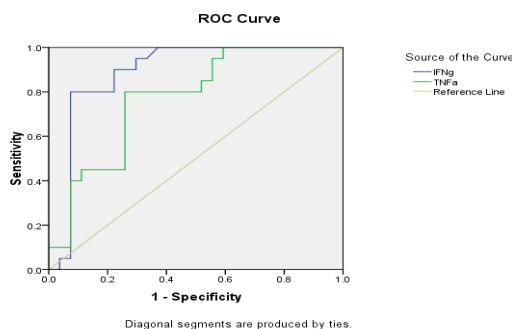
Đặc điểm	TDMB		p
	Lao n = 20	Không lao n = 27	
Giới			0.5
Nam (%)	14 (70%)	17 (62.9%)	
Nữ (%)	6 (30%)	10 (37.0%)	

Tuổi			
Min÷Max	21÷79	28÷78	
Median (IQR)	54.5 (28.0)	56.0 (19.0)	0.2
Các triệu chứng lâm sàng			
Sốt	10 (50.0%)	6 (22.2%)	0,06
Gầy sút	5 (40.0%)	4 (18.5%)	0,3
Chướng bụng	12 (60.0%)	21 (77.8%)	0,2
Đau bụng	6 (30.0%)	8 (29.6%)	0,6
Xét nghiệm cận lâm sàng			
Trong máu (median – IQR)			
Bạch cầu (G/L)	6,4 (2.6)	7.3 (8.8)	0.3
CRP (mg/L)	36.8 (71.5)	21.3 (86.6)	0.1
Trong dịch màng bụng (median – IQR)			
LDH (U/L)	231.5 (265.0)	193.9 (114.0)	0.04
Protein (g/L)	55.2 (27.9)	21,6 (23.7)	0.001
Tế bào (TB/mm ³)	2790 (4770)	370 (710)	0.001
% lympho	70.0 (17.0)	63.0 (30.0)	0.02
TNF- α (pg/mL)	103.1 (366.1)	4.7 (157.0)	<0,001
IFN- γ (ng/mL)	2.8 (1.5)	0.5 (0.9)	<0,001

IQR: interquartile range (Khoảng tứ phân vị)

Nhận xét: không có sự khác biệt giữa trung bình tuổi, tỷ lệ giới nam và nữ giữa TDMB do lao và không lao ($p > 0.05$). Không có sự khác biệt về các triệu chứng lâm sàng hay gặp như sốt, sút cân, đau bụng, chướng bụng ($p > 0.05$). Nồng độ TNF- α và IFN- γ ở nhóm bị lao cao hơn nhóm không bị lao ($p < 0.05$).

2. Giá trị của IFN- γ , TNF- α dịch cổ trướng trong chẩn đoán lao màng phổi



	AUC	95% CI	p
TNF- α	0.77	0.63 – 0.91	0.002
IFN- γ	0.89	0.79 – 0.99	<0.001

Hình 2: Biểu đồ ROC đánh giá giá trị phân biệt của TNF- α , IFN- γ trong chẩn đoán LMB

Nhận xét: Theo đường cong ROC, diện tích dưới đường cong (AUC) của IFN- γ , TNF- α dịch cổ trướng trong chẩn đoán lao màng bụng lần lượt là 0.89 (95% CI từ 0.79 đến 0.99), 0.77 (95% CI từ 0.63 đến 0.91) với $p < 0,05$.

Bảng 3: Giá trị một số xét nghiệm trong chẩn đoán lao màng bụng

Xét nghiệm	Bệnh phẩm	n	Se(%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	ACC(%)
TNF- α (pg/mL)*	DMB	47	80.0	74.1	69.6	83.3	76.6
IFN- γ (ng/mL)**	DMB	47	80.0	92.6	88.9	86.2	87.2
IFN- γ + TNF- α ***	DMB	47	90.0	70.4	69.2	90.5	78.7
AFB	Đờm	25	7.6	91.7	50	47.8	52.0
MGIT	DMB	47	35.0	100	100	67.5	72.3
	Tất cả	47	40.0	96.2	88.9	61.9	72.3
Giải phẫu bệnh	Mô sinh thiết	17	88,9	100	100	88,9	94.1

*dương tính khi TNF- α \geq 56.8 pg/mL; ** dương tính khi IFN- γ \geq 2 ng/mL; *** dương tính khi một trong hai test IFN- γ , TNF- α dương tính, âm tính khi đồng thời cả hai test âm tính

(Se: độ nhạy. Sp: độ đặc hiệu. PPV: giá trị dự đoán dương tính. NPV: giá trị dự đoán âm tính, Acc giá trị phương pháp chẩn đoán).

Nhận xét: Kết hợp IFN- γ , TNF- α có độ nhạy 90.0%, giá trị dự đoán âm tính 90.5%.

IV. BÀN LUẬN

Lao màng bụng chiếm tỷ lệ thấp trong số bệnh nhân mắc lao tuy nhiên chẩn đoán rất khó do khả năng phát hiện vi khuẩn bằng soi trực tiếp hay nuôi cấy đều rất hạn chế, cổ trướng là biểu hiện phổ biến nhất của lao màng bụng [2]. Bằng việc xác định các giá trị sinh học trong dịch cổ trướng có thể giúp ích cho việc chẩn đoán lao màng bụng đặc biệt trong những trường hợp không xác định được vi sinh vật.

Trong số 47 bệnh nhân nhập viện vì TDMB nghi do lao, sau khi đã thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng có 20 trường hợp chẩn đoán xác định là lao màng bụng chiếm 42.6%, còn lại là do các nguyên nhân khác với các tỷ lệ xơ gan chiếm 21.3%, ung thư di căn phúc mạc chiếm 21.3%, các nguyên nhân khác như bao gồm suy tim, hội chứng Pick, viêm phúc mạc... có 7 trường hợp chiếm 14.9%. Một nghiên cứu tại Nam Phi cho kết quả: nguyên nhân gây tràn dịch màng bụng bao gồm xơ gan (31%), suy tim (22%), ung thư (21%), lao màng bụng (10%)... [3]. Trần Thị Khánh Tường và cộng sự nghiên cứu ở một số bệnh viện tại thành phố Hồ Chí Minh (2011) trên 23 ca tràn dịch màng bụng: 9 ca là lao màng bụng, 1 ca do lupus ban đỏ hệ thống, 1 ca dò nang giả tủy, 10 ca ung thư di căn màng bụng và 2 ca ung thư màng bụng nguyên phát [4]. Tuổi trung bình của nhóm bị cổ trướng nói chung đều khá cao 52.6 (14.7), bệnh nhân bị cổ trướng thường là hậu quả của những bệnh mạn tính được điều trị sau một thời gian. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu, theo Kang S.J độ tuổi mắc lao phúc mạc là 58,04 \pm 12.61, không khác biệt với ung thư biểu mô phúc mạc [5]. Triệu chứng lâm sàng là một trong những cơ sở quan trọng giúp bác sĩ định hướng chẩn đoán. Trong lao, các triệu chứng

hay gặp bao gồm: sốt, ho, chướng bụng, đau bụng, tuy nhiên các triệu chứng này cũng gặp ở các trường hợp TDMB do các nguyên nhân khác. Theo một số nghiên cứu đau bụng gặp ở tất cả các trường hợp lao màng bụng, chướng bụng và sốt ít gặp hơn [6]. Theo nghiên cứu của chúng tôi đau bụng không gặp nhiều ở cả nhóm lao và không lao. Cũng có những nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bị gầy sút gặp nhiều hơn, tuy nhiên sự khác biệt về các triệu chứng lâm sàng thường gặp như sốt, đau bụng, tiêu chảy... trong nhóm TDMB do lao không khác biệt với nhóm không do lao [4]. Huang B. nghiên cứu trên 51 bệnh nhân lao màng bụng cho thấy các triệu chứng phổ biến nhất là sốt (86,3%), trướng bụng (62,7%), đau bụng (74,5%) và giảm cân (66,7%) [7].

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán lao màng bụng là có bằng chứng vi khuẩn lao trong dịch màng bụng hoặc mô sinh thiết màng bụng (dương tính khi nuôi cấy). Nhuộm soi trực tiếp tìm AFB đờm cho kết quả (+) 1/13 ca lao màng bụng được xét nghiệm, cho độ nhạy 7.6%, có 1 ca dương tính giả ở nhóm TDMB không do lao. Bệnh nhân không phải lao phổi rất khó lấy được đờm để xét nghiệm và tỷ lệ phát hiện BK trong đờm cũng rất thấp. Nuôi cấy MGIT dịch màng bụng cho kết quả (+) 7/20 ca lao được xét nghiệm, cho độ nhạy 35.0%. Kết hợp kết quả nuôi cấy của tất cả các bệnh phẩm (dịch màng bụng, đờm, dịch phế quản, mảnh sinh thiết màng bụng) cho kết quả (+) 8/20 ca lao được xét nghiệm, cho độ nhạy 40.0%. Trong nghiên cứu, có 1 ca lao phổi với AFB đờm và MGIT đờm (+). Tuy nhiên, bệnh nhân này được xếp vào nhóm TDMB do xơ gan do: bệnh nền là xơ gan, protein dịch màng bụng là 7,71 g/L, nuôi cấy MGIT dịch màng bụng (-). Trường hợp này có hoạt độ ADA dịch màng bụng là 7,6 U/L, nồng

độ TNF- α là 2.9pg/mL, IFN- γ là 1.8ng/mL. Nghiên cứu tại Nam Phi: 12/18 (67%) bệnh nhân xác định được vi khuẩn lao trong dịch hoặc mô màng bụng, hoặc hình ảnh nang lao trong mô sinh thiết. 2 ca xác định được vi khuẩn lao trong các dịch tiết khác. 5/18 (28%) ca có AFB đờm và/hoặc nuôi cấy đờm dương tính với lao với triệu chứng lâm sàng gợi ý mạnh mẽ, 3 trong số này có nuôi cấy dịch màng bụng dương tính [3]. Nghiên cứu tại Ai Cập: AFB đờm dương tính 3/14 (21%); nuôi cấy dịch màng bụng dương tính 8/14 (57,1%) [8].

Giải phẫu bệnh (mô màng bụng, tạng và cơ quan khác trong lao toàn thể) cho kết quả (+) 8/9 ca lao được xét nghiệm, cho độ nhạy 88,9%, tuy nhiên sinh thiết phúc mạc qua nội soi ổ bụng đây là thủ thuật là tuy nhiên đây là thủ thuật can thiệp có thể gây biến chứng không mong muốn cho người bệnh và cần trang thiết bị hiện đại[9].

Có 12 bệnh nhân trong nhóm lao (chiếm 60.0%) không có bằng chứng vi khuẩn lao trong bất kỳ bệnh phẩm nào. Tương tự lao màng phổi, những bệnh nhân này được chẩn đoán lao màng bụng dựa trên giải phẫu bệnh, lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng với điều trị kháng sinh phổ rộng.

Điểm cut-off 56.8pg/mL của TNF- α mang lại giá trị chẩn đoán lao màng bụng với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính, giá trị chẩn đoán đúng lần lượt là 80.0%, 74.1%, 69.6, 83.3, 76.6. Có một số nghiên cứu cho thấy nồng độ TNF- α ở trong dịch màng phổi do lao cao hơn nhóm không do lao[10]. Chúng tôi chưa thấy có công bố nào đánh giá về giá trị TNF- α trong chẩn đoán lao màng bụng.

Với ngưỡng IFN- γ trong dịch màng bụng là 2.0ng/mL, độ nhạy là 80.0%; độ đặc hiệu là 92.6%, giá trị dự đoán âm tính là 86.2%, giá trị dự đoán dương tính là 88.9%, độ chính xác là 87.2%. Nghiên cứu của Sharma S. K. trên 31 bệnh nhân TDMB do lao và 88 bệnh nhân TDMB không do lao, với ngưỡng IFN- γ 112 pg/mL có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0.97 và 0.94, để phân biệt lao màng bụng và TDMB do bệnh lý ác tính[11]. Saleh M. A (2012) nghiên cứu trên 14 bệnh nhân lao phúc mạc và 27 bệnh nhân TDMB do nguyên nhân khác cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính của IFN- γ trong chẩn đoán lao lần lượt là 92.9%, 100%, 100%, 96.4% [8]. Nghiên cứu của Sathar M. A trên 30 bệnh nhân lao màng bụng, 21 bệnh nhân TDMB do bệnh lý ác tính, 41 bệnh nhân xơ gan, với điểm cắt IFN- γ là 3.2U/ml độ nhạy cho chẩn đoán lao là 93%,

độ đặc hiệu là 98%, giá trị chẩn đoán dương tính và âm tính là 96%. Nghiên cứu của Zhou, L. cũng cho thấy giá trị của IFN- γ trong chẩn đoán lao là rất cao với độ nhạy 91.7%, độ đặc hiệu 76.5%, giá trị dự đoán dương tính là 84.6%.

Kết hợp IFN- γ , TNF- α có độ nhạy cao 90.0%, giá trị dự đoán âm tính 90.5% có nghĩa là khi cả IFN- γ và TNF- α đều ở dưới ngưỡng nguy cơ bị lao là rất hiếm. Do đó kết hợp cả hai xét nghiệm này trong chẩn đoán lao màng bụng sẽ giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán lao.

V. KẾT LUẬN

IFN- γ , TNF- α dịch chọc dò là một công cụ hữu ích trong chẩn đoán lao màng bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Henrard, S., et al.**, Proportions of interferon- γ -producing ascites lymphocytes in response to mycobacterial antigens: A help for early diagnosis of peritoneal tuberculosis in a low TB incidence country. *PLoS One*, 2019. **14**(4): p. e0214333.
2. **Vaz, A.M., et al.**, Peritoneal tuberculosis as a cause of ascites in a patient with cirrhosis. *BMJ Case Rep*, 2017. **2017**.
3. **Burgess, L.J., C.G. Swanepoel, and J.J. Taljaard**, The use of adenosine deaminase as a diagnostic tool for peritoneal tuberculosis. *Tuberculosis (Edinb)*, 2001. **81**(3): p. 243-8.
4. **Trần Thị Khánh Tường, Đ.X.L.**, Đánh giá ban đầu giá trị của Adenosin Deaminase (ADA) trong dịch báng để chẩn đoán lao màng bụng. *Nghiên cứu y học*, 2011. **15**(2): p. 1-5.
5. **Kang, S.J., et al.**, Role of ascites adenosine deaminase in differentiating between tuberculous peritonitis and peritoneal carcinomatosis. *World J Gastroenterol*, 2012. **18**(22): p. 2837-43.
6. **Kumar, B., et al.**, Acute presentation of koch's abdomen in children: Our experience. *Afr J Paediatr Surg*, 2017. **14**(3): p. 43-48.
7. **Huang, B., et al.**, Comparison between laparoscopy and laboratory tests for the diagnosis of tuberculous peritonitis. *Turk J Med Sci*, 2018. **48**(4): p. 711-715.
8. **Saleh, M.A., et al.**, Use of adenosine deaminase measurements and QuantiFERON in the rapid diagnosis of tuberculous peritonitis. *J Med Microbiol*, 2012. **61**(Pt 4): p. 514-9.
9. **Oey, R.C., H.R. van Buuren, and R.A. de Man**, The diagnostic work-up in patients with ascites: current guidelines and future prospects. *Neth J Med*, 2016. **74**(8): p. 330-335.
10. **Damayanti, N. and R. Yudhawati**, The comparison of pleural fluid TNF-alpha levels in tuberculous and nontuberculous pleural effusion. *Indian J Tuberc*, 2020. **67**(1): p. 98-104.
11. **Sharma, S.K., et al.**, Diagnostic accuracy of ascitic fluid IFN-gamma and adenosine deaminase assays in the diagnosis of tuberculous ascites. *J Interferon Cytokine Res*, 2006. **26**(7): p. 484-8.

THỰC TRẠNG SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HỒNG BÀNG, HẢI PHÒNG NĂM 2018

Vũ Hải Vinh^{1,2}

TÓM TẮT

Sự hài lòng của người bệnh là một tiêu chí quan trọng để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế. Một nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành nhằm đánh giá thực trạng sự hài lòng của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng, Hải Phòng năm 2018. Trong thời gian nghiên cứu, có 415 người bệnh đủ tiêu chuẩn được thu nhận vào nghiên cứu, trong đó có 31,1% ở khối nội, 29,6% khối ngoại, 24,3% khối sản phụ khoa và 15,0% khối chuyên khoa. Hầu hết người bệnh đều hài lòng/rất hài lòng về thời gian chờ (93,5%), chăm sóc của điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh (97,6%), điều trị của bác sỹ (96,6%), tư vấn, giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế (95,9%). Đa số hài lòng/rất hài lòng về thông tin được cung cấp (85,3%), về đáp ứng nhu cầu của người bệnh (87,2%) cũng như chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe (88,9%). Tỷ lệ người bệnh hài lòng/rất hài lòng theo từng nhóm tiêu chí của mỗi khối điều trị, theo từng tiêu chí cụ thể cũng rất cao, chiếm > 80,0%. Còn một tỷ lệ nhỏ người bệnh chưa thực sự hài lòng về một số tiêu chí như đáp ứng nhu cầu của người bệnh (4,1%), thông tin được cung cấp (3,4%). Nghiên cứu giúp cung cấp những căn cứ khoa học để bệnh viện xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng, hướng tới sự hài lòng của người bệnh trong tương lai.

Từ khóa: sự hài lòng, người bệnh, chất lượng, bệnh viện, Hồng Bàng.

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF THE SATISFACTION OF INPATIENTS AT HONG BANG HOSPITAL, HAI PHONG IN 2018

Patient satisfaction is an important criteria for assessing the quality of medical services. A descriptive cross-sectional study was performed to assess the situation of patient satisfaction at Hong Bang Hospital, Hai Phong in 2018. During the study period, 415 eligible patients were enrolled, 31.1% from internal sector, 29.6% from surgical sector, 24.3% from obstetrics and gynecology and 15.0% from other specialized sector. Most patients were satisfied/very satisfied with waiting time (93.5%), cares of nurses, technicians, midwives (97.6%), treatments of doctors (96.6%), counseling and education of health workers (95.9%). Majority of them were satisfied/very satisfied with the information provided by health workers (85.3%), with the ability to meet patients' needs

(87.2%), as well as the quality of treatment and health care (88.9%). The rate of patients being satisfied/very satisfied with every criteria at each hospitalization sector or with each specific criteria was also very high (> 80.0%). There was a small rate of patients that were not really satisfied with some criteria, such as the ability to meet the patients' needs (4.1%) or the information provided by health workers (3.4%). These results help to assess the evidenced data for the hospital to develop an appropriate plan to improve quality, towards the patients satisfaction in the future.

Key words: satisfaction, patient, quality, hospital, Hong Bang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống y tế và chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế trên thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng đã có nhiều tiến bộ trong thời gian qua. Lần đầu tiên áp dụng vào năm 1958 tại Thụy Điển, đến nay, sự hài lòng của người bệnh được coi là một trong những tiêu chí quan trọng, được sử dụng một cách rộng rãi trên toàn thế giới để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế [1]. Sự hài lòng của người bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó chủ yếu phải kể đến chất lượng của công tác khám chữa bệnh, trình độ chuyên môn của nhân viên y tế, điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, phong cách thái độ phục vụ, khả năng đáp ứng với các yêu cầu của người bệnh [1,2]... Tại Việt Nam trong giai đoạn hiện nay, việc "đổi mới phong cách thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh", "lấy người bệnh là trung tâm cho mọi hoạt động khám và điều trị bệnh"... là vấn đề được đặt ra với tất cả các cơ sở y tế [3].

Bệnh viện Hồng Bàng là một bệnh viện đa khoa tuyến quận hạng III tại Hải Phòng. Bệnh viện có quy mô 95 giường bệnh với 108 cán bộ, nhân viên y tế (19 có trình độ sau đại học, 31 có trình độ đại học và 58 có trình độ cao đẳng và trung cấp), được tổ chức, sắp xếp thành 15 khoa, phòng. Từ nhiều năm qua, bệnh viện luôn chú trọng nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hướng tới sự hài lòng của người bệnh. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá về sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ chăm sóc y tế tại bệnh viện. Nhằm tìm hiểu thực trạng, từ đó xây dựng kế hoạch cải thiện chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả sự hài lòng của người bệnh điều trị

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính:

Email: vinhvuhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2020

Ngày duyệt bài: 7.4.2020

nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng, Hải Phòng năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh ≥ 18 tuổi;
- Điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng;
- Có khả năng hiểu được nghiên cứu;
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh rối loạn ý thức, mắc bệnh tâm thần... không có khả năng hiểu được nghiên cứu;
- Người bệnh là nhân viên bệnh viện;
- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

*Thời gian: Từ tháng 01 đến tháng 09 năm 2018.

*Địa điểm: Các khoa có người bệnh nội trú Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng.

3. Phương pháp nghiên cứu

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

3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết;

Z = 1,96 (hệ số tin cậy là 95% với $\alpha = 0,05$)

p: ước tính tỷ lệ người bệnh hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh theo kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hà là 62,1% [4].

$\Delta = 0,05$ (sai số cho phép).

Tính theo công thức ta được n = 362 người. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thêm 10% người bệnh có thể không đồng ý tham gia nghiên cứu. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là ≈ 399 người.

**Phương pháp chọn mẫu:* chọn tại các khoa có người bệnh điều trị nội trú trong bệnh viện. Tiến hành thu nhận tại các khối nội (các khoa hồi sức cấp cứu, nội tổng hợp, y học cổ truyền), ngoại (khoa ngoại tổng hợp), sản phụ khoa

(khoa sản) và khối chuyên khoa (các khoa mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt) người bệnh điều trị nội trú đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, cho đến khi đủ cỡ mẫu cần thiết.

3.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

**Công cụ thu thập số liệu:* Bảng thu thập số liệu được xây dựng dựa trên phiếu khảo sát theo mẫu của Bộ Y tế theo Công văn số 1334/KCB-QLCL của Cục Quản lý khám chữa bệnh về việc hướng dẫn kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2015 đánh giá sự hài lòng người bệnh [2]. Bộ câu hỏi gồm 5 phương án trả lời dựa theo thang đo Likert: (1) rất không hài lòng, (2) không hài lòng, (3) bình thường, (4) hài lòng, (5) rất hài lòng. Bảng thu thập số liệu được Hội đồng duyệt đề cương Trường Đại học Y Dược Hải Phòng thông qua và Ban Giám đốc Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng cho phép tiến hành.

**Phương pháp thu thập số liệu:* Số liệu được thu thập thông qua phương pháp phỏng vấn trực tiếp, dựa trên bảng thu thập số liệu. Điều tra viên là các nhân viên y tế, có kiến thức, kỹ năng phỏng vấn người bệnh, được tập huấn và tiến hành điều tra thử trước khi tiến hành thu thập số liệu.

3.4. Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập dưới dạng dấu tên, kiểm tra kỹ trước khi tiến hành nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. (Epidata Association, Đan Mạch) và xử lý bằng phần mềm Stata 14.0 (StataCorp LLC, Hoa Kỳ).

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh. Đề cương nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng thông qua và Ban Giám đốc Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng cho phép tiến hành. Người bệnh được giải thích rõ về mục đích, nội dung nghiên cứu, được đặt câu hỏi và nhận được câu trả lời thỏa đáng về nghiên cứu, có thời gian suy nghĩ và hoàn toàn tự nguyện trong việc đồng ý hay từ chối tham gia nghiên cứu. Số liệu được thu thập dưới dạng dấu tên, đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thực trạng sự hài lòng của người bệnh theo từng nhóm tiêu chí chung

Bảng 1. Thực trạng sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng năm 2018 theo từng nhóm chỉ tiêu chung.

Nhóm tiêu chí đánh giá	Mức 1 n (%)	Mức 2 n (%)	Mức 3 n (%)	Mức 4 n (%)	Mức 5 n (%)
Sự hài lòng về thời gian chờ	0	6 (1,4)	21(5,1)	214(51,6)	174(41,9)
Sự hài lòng về chăm sóc của điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh	0	0	10 (2,4)	211 (50,8)	194 (46,8)
Sự hài lòng về điều trị của bác sỹ	0	2(0,5)	12(2,9)	248(59,8)	153(36,8)
Sự hài lòng về tư vấn, giáo dục sức khỏe	0	0	17	263	135

của nhân viên y tế			(4,1)	(63,4)	(32,5)
Sự hài lòng về thông tin được cung cấp	0	14(3,4)	47(11,3)	229(55,2)	125(30,1)
Sự hài lòng về đáp ứng nhu cầu của người bệnh	5 (1,2)	12 (2,9)	36 (8,7)	298 (71,8)	64 (15,4)
Sự hài lòng về chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe	0	7 (1,7)	39 (9,4)	207 (49,9)	162 (39,0)

Ghi chú: mức 1: rất không hài lòng, mức 2: không hài lòng, mức 3: bình thường, mức 4: hài lòng, mức 5: rất hài lòng.

Trong thời gian nghiên cứu, có tổng số 415 người bệnh đủ tiêu chuẩn, đồng ý tham gia, được thu nhận vào nghiên cứu. Khảo sát từng nhóm tiêu chí về sự hài lòng của người bệnh theo quy định của Bộ Y tế cho thấy hầu hết người bệnh đều hài lòng/rất hài lòng về thời gian chờ (93,5%), chăm sóc của điều dưỡng, kỹ thuật

viên, nữ hộ sinh (97,6%), điều trị của bác sỹ (96,6%), tư vấn, giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế (95,9%); đa số hài lòng/rất hài lòng về thông tin được cung cấp (85,3%), về đáp ứng nhu cầu của người bệnh (87,2%) cũng như chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe (88,9%). Còn một tỷ lệ nhỏ (< 4,0%) người bệnh không hài lòng, cá biệt còn 1,2% người bệnh rất không hài lòng về việc đáp ứng nhu cầu của người bệnh.

2. Thực trạng sự hài lòng của người bệnh điều trị theo từng khối điều trị

Bảng 2. Tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng năm 2018 hài lòng/rất hài lòng với từng nhóm tiêu chí theo khối điều trị.

Nhóm tiêu chí đánh giá	Khối nội n (%)	Khối ngoại n (%)	Khối sản phụ n (%)	Khối chuyên khoa n (%)
Sự hài lòng về thời gian chờ	122(94,6)	116(94,3)	94(93,1)	56(90,3)
Sự hài lòng về chăm sóc của điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh	126 97,7	121 98,4	98 97,0	60 96,8
Sự hài lòng về điều trị của bác sỹ	127(98,4)	119(96,7)	99(98,0)	59(95,2)
Sự hài lòng về tư vấn, giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế	128 99,2	118 95,9	97 96,0	61 98,4
Sự hài lòng về thông tin được cung cấp	118(91,5)	114(92,7)	93(92,1)	52(83,9)
Sự hài lòng về đáp ứng nhu cầu của người bệnh	112(86,8)	109(88,6)	90(89,1)	51(82,3)
Sự hài lòng về chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe	121 93,8	101 82,1	94 93,1	53 85,5
Tổng	129	123	101	62

Ghi chú: mức 1: rất không hài lòng, mức 2: không hài lòng, mức 3: bình thường, mức 4: hài lòng, mức 5: rất hài lòng.

Trong số 415 người bệnh tham gia nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh tại từng khối điều trị lần lượt là 129 ở khối nội (31,1%), 123 ở khối ngoại (29,6%), 101 ở khối sản phụ khoa (24,3%) và 62 ở khối chuyên khoa (15,0%).

Tiến hành khảo sát tỷ lệ người bệnh hài lòng/rất hài lòng với từng nhóm tiêu chí tại từng khối điều trị của bệnh viện cho thấy nhìn chung tỷ lệ hài lòng/rất hài lòng của người bệnh khá cao, chiếm > 80,0% ở tất cả các nhóm tiêu chí

với tất cả các khối. Đặc biệt, tỷ lệ hài lòng/rất hài lòng của người bệnh ở từng khối với các tiêu chí thời gian chờ, chăm sóc của điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh, điều trị của bác sỹ, tư vấn giáo dục sức khỏe rất cao, chiếm > 90,0%. Tuy nhiên, với một số nhóm tiêu chí, tỷ lệ hài lòng/rất hài lòng của người bệnh còn chưa thực sự cao như sự hài lòng về thông tin được cung cấp ở khối chuyên khoa (83,9%), đáp ứng với nhu cầu của người bệnh ở khối chuyên khoa (82,3%), khối nội (86,8%) hay hài lòng về chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe ở khối ngoại (82,1%), khối chuyên khoa (85,5%).

3. Thực trạng sự hài lòng của người bệnh theo từng tiêu chí cụ thể

Bảng 3. Thực trạng sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng năm 2018 theo từng tiêu chí cụ thể.

Tiêu chí đánh giá	Mức 1 n (%)	Mức 2 n (%)	Mức 3 n (%)	Mức 4 n (%)	Mức 5 n (%)
Sự hài lòng về thời gian chờ					
Cách tiếp cận của bác sỹ khám bệnh	0	0	8	212	195

khám bệnh			(1,9)	(51,1)	(47,0)
Cách tiếp cận điều dưỡng	0	1(0,2)	12(2,9)	278(67,0)	124(29,9)
Thời gian chờ làm xét nghiệm	0	16(3,9)	40(9,6)	237(57,1)	122(29,4)
Tiếp cận chờ đăng ký vào viện	0	9(2,1)	31(7,5)	73(17,6)	302(72,8)
Tiếp cận chờ làm thủ tục và thanh toán ra viện	1 (0,2)	4 (1,0)	15 (3,6)	226 (54,5)	167 (40,2)
Sự hài lòng về chăm sóc, hướng dẫn của điều dưỡng					
Hướng dẫn nội quy khoa, phòng	0	1(0,2)	12 (2,9)	158 (38,1)	244 (58,8)
Tinh thần, thái độ phục vụ của điều dưỡng chăm sóc	0	0	4 1,0	176 42,4	235 56,6
Thao tác thực hiện kỹ thuật, thủ thuật của điều dưỡng chăm sóc	0	0	2 0,5	235 56,6	178 42,9
Sự hài lòng về điều trị của bác sỹ					
Tinh thần, thái độ của bác sỹ	0	0	10(2,4)	173(41,7)	232(55,9)
Cách thăm khám của bác sỹ	0	2(0,5)	9(2,2)	189(45,5)	215(51,8)
Yêu cầu điều trị với bác sỹ	0	0	10(2,4)	275(66,3)	130(31,3)
Hợp tác giữa bác sỹ và điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh	0	0	12 2,9	265 63,8	138 33,3
Sự hài lòng về tư vấn, giáo dục sức khỏe					
Tư vấn về mục đích xét nghiệm, thăm dò chức năng, kỹ thuật cao	0	0	8 1,9	269 64,8	138 33,3
Tư vấn về chế độ ăn uống, vận động trong khi điều trị	0	0	9 2,2	267 64,3	139 33,5
Hướng dẫn tái khám, phòng bệnh và phòng ngừa biến chứng	0	0	110 26,5	209 50,3	96 23,1
Sự hài lòng về thông tin được cung cấp					
Giải thích tình trạng bệnh, chế độ điều trị	0	0	4(1,0)	196(47,2)	215(51,8)
Công khai, hướng dẫn và sử dụng thuốc hàng ngày	0	1 0,2	20 4,8	286 69,0	108 26,0
Cung cấp thông tin về chế độ dinh dưỡng, vận động	0	3 0,7	145 35,0	237 57,1	30 7,2
Cung cấp thông tin về kết quả xét nghiệm	0	11(2,7)	48(11,6)	264(63,6)	92(22,1)
Dự kiến chi phí điều trị	0	7(1,7)	40(9,6)	262(63,1)	106(25,6)
Dự kiến thời gian điều trị	0	4(1,0)	36(8,7)	270(65,1)	105(25,2)
Sự hài lòng về đáp ứng nhu cầu của người bệnh					
Sơ đồ, biển báo, chỉ dẫn đến các khoa, phòng bệnh viện	0	1 0,2	18 4,4	295 71,1	101 24,3
Khuôn viên, môi trường cảnh quan bệnh viện	0	1 0,2	11 2,7	302 72,8	101 24,3
Công tác an ninh tại bệnh viện và buồng bệnh	7 1,7	14 3,4	49 11,8	298 71,8	47 11,3
Vệ sinh, trật tự, nội vụ buồng bệnh	0	4(1,0)	41(9,9)	277(66,7)	93(22,4)
Cung cấp nước uống hàng ngày	0	0	5(1,2)	233(56,1)	177(42,7)
Cung cấp chăn màn, quần áo, ga gối, đệm	0	0	12(2,9)	285(68,7)	118(28,4)
Nhà vệ sinh, nhà tắm	1(0,2)	3(0,7)	42(10,1)	228(54,9)	141(34,1)
Trang thiết bị, dụng cụ phục vụ chẩn đoán, chăm sóc và điều trị	0	0	22 5,3	215 51,8	178 42,9
Cung cấp phương tiện thông tin nghe, nhìn tại bệnh viện	0	20 4,8	54 13,0	253 61,0	80 21,2
Sự hài lòng về chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe					
Kết quả điều trị	0	0	32(7,7)	158(38,1)	225(54,2)
Chất lượng, chi phí dịch vụ y tế	0	11(2,7)	50(12,0)	248(59,8)	106(25,5)

Ghi chú: mức 1: rất không hài lòng, mức 2: không hài lòng, mức 3: bình thường, mức 4: hài lòng, mức 5: rất hài lòng.

Hầu hết người bệnh đều hài lòng/rất hài lòng với cách tiếp cận của bác sỹ khám bệnh (98,1%), tiếp cận của điều dưỡng (96,9%). Có 86,5% người bệnh hài lòng/rất hài lòng về thời gian chờ làm xét nghiệm, 90,4% hài lòng/rất hài lòng về tiếp cận chờ đăng ký vào viện, 94,7% hài lòng/rất hài lòng về tiếp cận chờ làm thủ tục và thanh toán ra viện. Còn một tỷ lệ rất nhỏ người bệnh chưa hài lòng về thời gian chờ làm xét nghiệm (3,9%), tiếp cận chờ đăng ký vào viện (2,1%) hoặc tiếp cận chờ làm thủ tục và thanh toán ra viện (1,0%). Cá biệt có 01 (0,2%) người bệnh rất không hài lòng về tiếp cận chờ làm thủ tục và thanh toán ra viện.

Khi vào viện, hầu hết người bệnh hài lòng/rất hài lòng về việc hướng dẫn các nội quy của khoa, phòng điều trị (96,9%), tinh thần, thái độ phục vụ của điều dưỡng chăm sóc (99,0%), thao tác thực hiện kỹ thuật, thủ thuật của điều dưỡng chăm sóc (99,5%); tinh thần, thái độ của bác sỹ điều trị (97,6%), cách thăm khám của bác sỹ (97,3%), hài lòng/rất hài lòng với bác sỹ về yêu cầu điều trị (97,6%), về sự hợp tác giữa bác sỹ và điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh (97,1%). Vẫn còn 02 người bệnh (0,5%) không hài lòng với cách thăm khám của bác sỹ, 01 người bệnh (0,2%) không hài lòng với việc hướng dẫn nội quy khoa, phòng điều trị của điều dưỡng, không có người bệnh nào rất không hài lòng.

Về tư vấn giáo dục sức khỏe, hầu hết người bệnh hài lòng/rất hài lòng với nhân viên y tế về việc tư vấn mục đích các xét nghiệm, thăm dò chức năng, kỹ thuật cao (98,9%), hướng dẫn, tư vấn về chế độ ăn, chế độ vận động trong quá trình điều trị (97,8%), đa số hài lòng/rất hài lòng với cách hướng dẫn tái khám, phòng bệnh và phòng ngừa biến chứng (73,4%), không có người bệnh nào không hài lòng/rất không hài lòng.

Về thông tin được cung cấp, hầu hết người bệnh đều hài lòng/rất hài lòng với nhân viên y tế về việc được giải thích tình trạng bệnh và chế độ điều trị (99,0%), công khai, hướng dẫn và sử dụng thuốc hàng ngày (95,0%), dự kiến thời gian điều trị (90,3%); đa số người bệnh hài lòng/rất hài lòng về việc được cung cấp thông tin về dự kiến chi phí điều trị (88,7%), kết quả xét nghiệm (85,7%), chế độ dinh dưỡng, vận động (64,3%). Một tỷ lệ nhỏ người bệnh (< 3%) còn không hài lòng về thông tin được cung cấp, không có người bệnh nào rất không hài lòng.

Về đáp ứng nhu cầu người bệnh, hầu hết

người bệnh hài lòng/rất hài lòng với các chỉ dẫn, sơ đồ, biển báo của bệnh viện (95,4%), khuôn viên, cảnh quan của bệnh viện (97,1%), về việc cung cấp nước uống hàng ngày (98,8%), cung cấp chăn màn, quần áo, ga, gối, đệm (97,3%), về trang thiết bị, dụng cụ phục vụ công tác chẩn đoán, chăm sóc và điều trị (94,7%); đa số hài lòng/rất hài lòng về khoảng không, công tác vệ sinh, trật tự, nội vụ buồng bệnh (89,1%), về nhà vệ sinh, nhà tắm bệnh viện (89,0%), với công tác an ninh tại bệnh viện và tại buồng bệnh (83,1%), các phương tiện thông tin nghe, nhìn tại bệnh viện (82,2%). Tỷ lệ người bệnh không hài lòng thấp, chiếm < 5%. Vẫn còn 1,7% người bệnh rất không hài lòng về công tác an ninh tại bệnh viện và tại buồng bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của người bệnh là một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá chất lượng, uy tín của mỗi cơ sở y tế nói riêng và ngành Y tế nói chung. Để phục vụ cho công tác xây dựng kế hoạch, cải tiến chất lượng bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng năm 2018. Trong thời gian nghiên cứu, có 415 người bệnh đủ tiêu chuẩn, đồng ý tham gia nghiên cứu. Số lượng người bệnh được phân bố tương đối đồng đều tại các khối điều trị, ưu thế hơn ở khối nội (31,1%), ít hơn ở khối chuyên khoa (15,0%), đảm bảo mang tính đại diện và phù hợp với tỷ lệ người bệnh thực tế điều trị tại từng khối.

Nhìn chung, hầu hết người bệnh hài lòng/rất hài lòng với cả 07 nhóm tiêu chí chung đối với bệnh viện. Tỷ lệ người bệnh hài lòng/rất hài lòng rất cao, chiếm > 85,0%. Tỷ lệ người bệnh hài lòng/rất hài lòng đặc biệt cao ở nhóm tiêu chí về chăm sóc của điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh (97,6%), điều trị của bác sỹ (96,6%), tư vấn, giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế (95,9%) và về thời gian chờ (93,5%). Điều này cũng tương tự như kết quả của các nghiên cứu khác trên địa bàn thành phố Hải Phòng [4-6]. Đây là các thế mạnh mà đơn vị cần tiếp tục duy trì, phát huy hơn nữa trong thời gian tới. Tuy nhiên, vẫn còn một số nhóm tiêu chí mà người bệnh còn chưa thực sự hài lòng như đáp ứng nhu cầu của người bệnh (4,1%), thông tin được cung cấp (3,4%) hay chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe (1,7%). Trong thời gian tới, khi xây dựng kế hoạch phát triển bệnh viện, lãnh đạo đơn vị cần chú trọng đến các nhóm tiêu chí này để cải thiện chất lượng bệnh viện, hướng tới sự

hài lòng của người bệnh.

Đối với từng khối điều trị, tỷ lệ người bệnh hài lòng/rất hài lòng với từng nhóm tiêu chí cũng rất cao, chiếm > 80,0% ở tất cả các khối nội, ngoại, sản phụ khoa và khối chuyên khoa. Cao nhất là các tiêu chí thời gian chờ, chăm sóc của điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh, điều trị của bác sỹ, tư vấn giáo dục sức khỏe, chiếm > 90,0%. Tuy nhiên, với một số nhóm tiêu chí, tỷ lệ hài lòng/rất hài lòng của người bệnh còn chưa thực sự cao như sự hài lòng về thông tin được cung cấp ở khối chuyên khoa (83,9%), đáp ứng với nhu cầu của người bệnh ở khối chuyên khoa (82,3%), khối nội (86,8%) hay hài lòng về chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe ở khối ngoại (82,1%), khối chuyên khoa (85,5%). Kết quả này cũng tương tự như kết quả của các nghiên cứu khác trên địa bàn [4-6]. Kết quả này giúp cung cấp cơ sở thông tin mang tính khoa học về thực trạng sự hài lòng của người bệnh với từng tiêu chí, từng khối điều trị cụ thể. Từ đó, bệnh viện có căn cứ để vừa tập trung cho các nhóm giải pháp nói chung, đồng thời xây dựng kế hoạch cụ thể, chi tiết cho từng khối, đầu tư vào các nhóm tiêu chí mà người bệnh còn chưa thực sự hài lòng để xây dựng phương án cải tiến chất lượng cho phù hợp.

Không chỉ tiến hành đánh giá đối với từng khối điều trị, đối với mỗi nhóm tiêu chí, nghiên cứu còn tiến hành khảo sát sự hài lòng của người bệnh đối với từng chỉ tiêu cụ thể, từng nhóm đối tượng cụ thể. Từ đó, cung cấp các số liệu cụ thể, khoa học để bệnh viện đánh giá được các mặt công tác đã đạt được, cần phát huy, cũng như một số điểm còn hạn chế, thiếu sót để khắc phục trong thời gian tới. Để làm được điều đó, bệnh viện cần liên tục bồi dưỡng, nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ cho các cán bộ, nhân viên y tế, tăng cường quán triệt, tập huấn về quy chế bệnh viện, các quy định về y đức, quy tắc ứng xử, đảm bảo tuân thủ các quy trình, quy định về chuyên môn, đồng thời từng bước xây dựng, phát huy công tác chăm sóc toàn diện... để người bệnh thực sự là trung tâm cho mọi hoạt động khám và điều trị bệnh, thực sự hướng tới sự hài lòng của người bệnh. Ngoài ra, cần thường xuyên tiến hành khảo sát về sự hài lòng của người bệnh, tổ chức họp hội đồng người bệnh một cách thường xuyên, có chất lượng... lắng nghe tâm tư, nguyện vọng của người bệnh để kịp thời khắc phục những điểm còn hạn chế, đáp ứng với yêu

cầu ngày càng cao của người bệnh trong giai đoạn hiện nay [1,2,7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thực trạng sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng, Hải Phòng năm 2018 cho thấy > 85% người bệnh đều hài lòng/rất hài lòng với tất cả 07 nhóm tiêu chí khảo sát sự hài lòng của người bệnh theo quy định của Bộ Y tế, > 80% người bệnh hài lòng/rất hài lòng với tất cả 04 khối điều trị, đa số hài lòng/rất hài lòng với từng tiêu chí cụ thể của bệnh viện. Cá biệt có một vài chỉ tiêu mà tỷ lệ người bệnh hài lòng chưa thực sự cao như hướng dẫn tái khám, phòng bệnh và phòng ngừa biến chứng (73,4%), cung cấp thông tin về chế độ dinh dưỡng, vận động (64,3%); một vài chỉ tiêu vẫn còn có người bệnh rất không hài lòng như tiếp cận chờ làm thủ tục và thanh toán ra viện (0,2%), nhà vệ sinh, nhà tắm (0,2%), công tác an ninh tại bệnh viện và tại buồng bệnh (1,7%). Trong thời gian tới, bệnh viện cần chủ động xây dựng đề án cải tiến chất lượng, tập trung vào các chỉ tiêu còn hạn chế để thực sự hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalpd O.** When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ.* 2019; 97(8): 563-569.
- Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al.** High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health.* 2018; 6(11): e1196-252.
- Bộ Y tế.** Quyết định số 2151/QĐ-BYT ngày 04 tháng 6 năm 2015 về việc phê duyệt kế hoạch triển khai thực hiện "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh".
- Phạm Thị Thu Hà.** Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ khám và điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2014. Luận văn tốt nghiệp cao học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 2015.
- Phạm Thị Thu Hương.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2014. Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 2014.
- Phạm Thị Đạm Thư.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Kiến An - Hải Phòng năm 2017. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 2017.
- Bleich SN, Ozaltın M, Murray CJL.** How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ* 2009; 87: 271-278.

XÂY DỰNG CÁC TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ VỀ SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT XÔ

Lê Trung Lâm¹, Lê Văn Anh²,
Nguyễn Thị Thu Thủy^{2,3}, Phạm Thị Thúy Vân^{2,3}

TÓM TẮT

Quản lý sử dụng kháng sinh (Antimicrobial Stewardship - AMS) là một hoạt động quan trọng tại bệnh viện, được triển khai theo Hướng dẫn quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, ban hành theo quyết định 772/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ Y tế. Trong hướng dẫn này, hoạt động xây dựng các tiêu chí đánh giá về sử dụng kháng sinh đã được quy định là một trong các hoạt động đánh giá trọng tâm của chương trình nhưng việc xây dựng các tiêu chí đánh giá phụ thuộc vào điều kiện cụ thể tại bệnh viện. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xây dựng được nhóm tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh trong triển khai chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng của nghiên cứu là các bác sĩ trong nhóm xây dựng tiêu chí đánh giá do ban AMS thành lập và các thành viên ban AMS của bệnh viện. Nghiên cứu sử dụng phương pháp đồng thuận đa ngành qua 2 vòng đồng thuận để xây dựng nhóm tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh. **Kết quả:** Nhóm tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh được xây dựng bao gồm: (1) Tỷ lệ bệnh nhân được kê đơn kháng sinh, (2) Số loại thuốc kháng sinh trung bình được kê đơn cho mỗi bệnh nhân, (3) Tỷ lệ bệnh nhân được kê đơn sử dụng kháng sinh phù hợp với hướng dẫn điều trị của bệnh viện, (4) Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định kháng sinh dự phòng phù hợp với hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng của bệnh viện, (5) Số liều kháng sinh dự phòng trung bình được kê đơn, (6) Ngày điều trị kháng sinh trung bình trên mỗi bệnh nhân (DOT), (7) Số ngày sử dụng kháng sinh trung bình trên mỗi bệnh nhân (LOT), (8) Lượng kháng sinh sử dụng theo liều xác định hàng ngày DDD/1000 ngày-giường, (9) Chi phí cho kháng sinh theo tỷ lệ phần trăm tổng chi phí thuốc bệnh viện. **Kết luận:** Nhóm tiêu chí đánh giá đã xây dựng có thể được sử dụng để đo lường các khía cạnh của việc kê đơn sử dụng kháng sinh trong chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô.

Từ khóa: Kháng sinh, Quản lý sử dụng kháng sinh.

SUMMARY

DEVELOPMENT A GROUP OF CRITERIA FOR EVALUATING THE PRESCRIPTION AND

¹Bệnh viện Quân y 7

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô

³Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trung Lâm

Email: dstrunglam@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 9.4.2020

UTILIZATION OF ANTIBIOTICS IN THE ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAM AT VIET-XO FRIENDSHIP HOSPITAL

Antimicrobial Stewardship (AMS) is an important activity in hospitals, which is implemented in accordance with the Guidelines for Antimicrobial Stewardship in hospitals issued under Decision No. 772/QĐ-BYT dated March 4, 2016 of the Ministry of Health. In these Guidelines, the development of evaluation criteria for antibiotic utilization is specified as one of the core evaluation activities of the program, but the development of evaluation criteria depends on specific conditions of hospitals. This study was conducted with a set of criteria for evaluating the prescription of antibiotic utilization in the implementation of an antimicrobial stewardship program at Viet-Xo Friendship Hospital. **Object and method:** The objects of the study were the doctors in the team in charge of developing the evaluation criteria established by the AMS Committee and members of AMS Committee of the hospital. The study applied the multidisciplinary consensus method through 2 consensus rounds to develop a group of criteria for evaluating the prescription and utilization of antibiotics. **Results:** A set of criteria for evaluating the prescription and utilization of antibiotics includes: (1) Rate of patients prescribed with antibiotics, (2) The average number of antibiotics prescribed per patient, (3) Rate of patients prescribed with antibiotics in accordance with the hospital's treatment guidelines, (4) Rate of patients assigned to prophylactic antibiotics in accordance with the hospital's guidelines for utilization of prophylactic antibiotics, (5) The average number of prophylactic antibiotic doses prescribed, (6) the average number of days of therapy (DOT) per patient, (7) Length of therapy (LOT) per patient, (8) the Defined Daily Dose (DDD)/ 1000 bed-days, (9) Antibiotic costs according to the rate of total cost of medicine of the hospital. **Conclusion:** The set of evaluation criteria can be used to measure aspects of antibiotic prescription and utilization in the antimicrobial stewardship program at Viet-Xo Friendship Hospital.

Keywords: Antimicrobial, Antibiotics, Antimicrobial Stewardship.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế Thế giới báo cáo sự xuất hiện của tình trạng kháng kháng sinh, cùng với sự suy giảm liên tục trong việc phát hiện ra kháng sinh mới, là mối đe dọa thực sự nghiêm trọng đối với sức khỏe toàn cầu trong tương lai. Trước thực trạng đó thì việc Quản lý sử dụng kháng sinh là rất cần thiết nhằm tối ưu hóa việc kê đơn sử

dụng kháng sinh, giúp kiểm soát tốt tình trạng kháng kháng sinh, sử dụng có hiệu quả hơn các kháng sinh hiện có, giảm việc sử dụng kháng sinh không hợp lý.

Chương trình quản lý sử dụng kháng sinh (Chương trình AMS) đã được xây dựng, triển khai thực hiện và đánh giá ở nhiều nước trên thế giới như Mỹ, Anh, Australia, Philippin, Malaysia... Nhiều nghiên cứu đã tiến hành xây dựng, phát triển và công bố các bộ chỉ số đánh giá AMS trên cơ sở đồng thuận các bộ chỉ số đánh giá của các quốc gia và các chỉ số của các nghiên cứu. Tại Việt Nam, sau khi Bộ Y tế ban hành "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện", việc triển khai chương trình này chưa thực sự đồng bộ và hiệu quả. Tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô, AMS đã triển khai được khá nhiều hoạt động như theo dõi mức độ kháng thuốc,

mức tiêu thụ kháng sinh cũng như chi phí sử dụng kháng sinh theo thời gian.

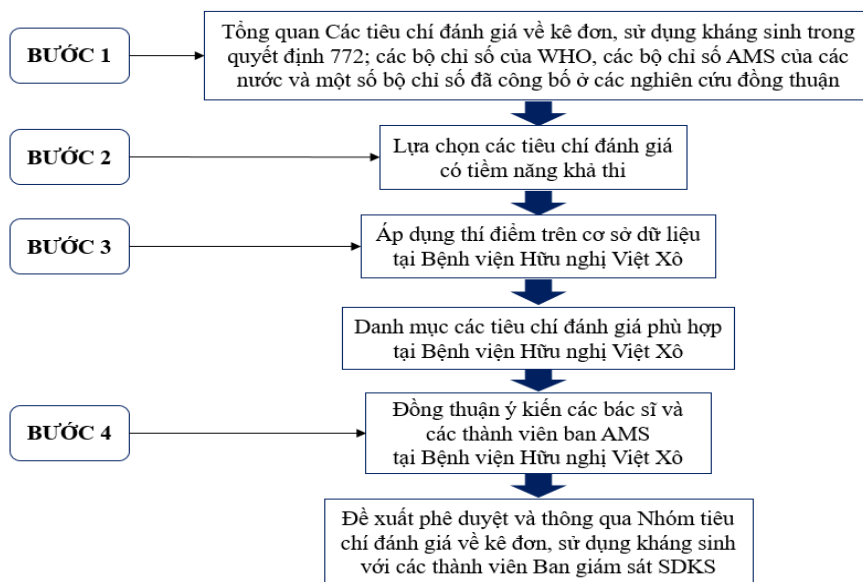
Tuy nhiên, cũng như nhiều bệnh viện trên toàn quốc, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô vẫn chưa có nghiên cứu hay chương trình triển khai nào hướng đến xây dựng, phát triển một nhóm tiêu chí đánh giá hiệu quả của chương trình quản lý sử dụng kháng sinh. Vì vậy, đề tài "Xây dựng nhóm tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh trong CTQLSDKS tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô" được tiến hành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các bác sĩ trong nhóm xây dựng tiêu chí đánh giá do ban AMS thành lập và các thành viên ban AMS của bệnh viện.

Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi sử dụng phương pháp đồng thuận qua 4 bước được trình bày theo sơ đồ như Hình 1.



Hình 1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

Bước 1: Tổng quan các tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh trong quyết định 772 của Bộ Y tế, các bộ chỉ số của WHO, các bộ chỉ số từ chương trình AMS các quốc gia và các bộ chỉ số đã được công bố trong một số nghiên cứu.

Bước 2: Nhóm nghiên cứu lựa chọn danh mục các tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh có tiềm năng trong triển khai thực hiện CTQLSDKS.

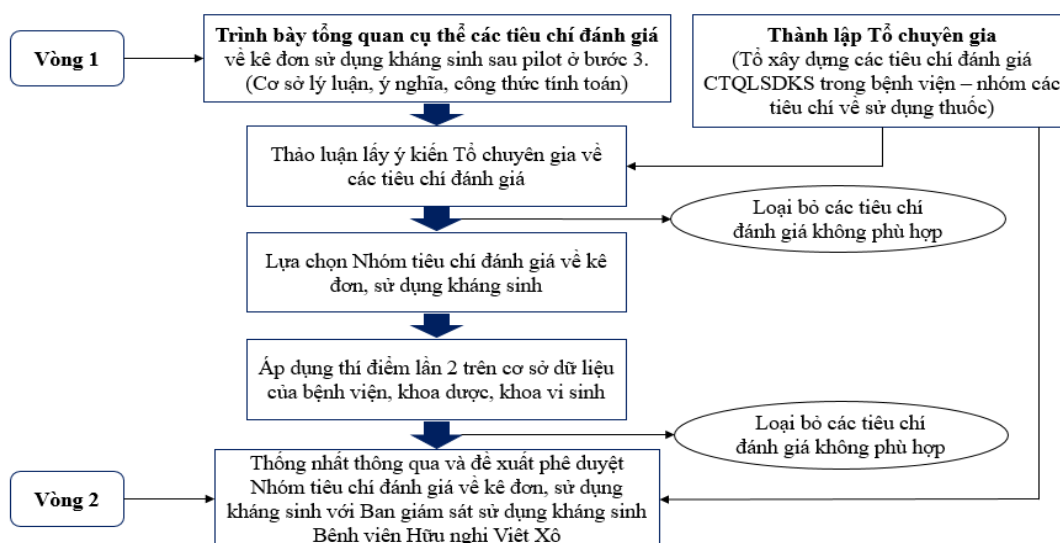
Bước 3: Áp dụng thí điểm danh mục các tiêu chí đánh giá được lựa chọn trên cơ sở dữ liệu (CSDL) của bệnh viện để loại trừ các tiêu chí đánh giá không phù hợp.

Bước 4: Đồng thuận ý kiến các bác sĩ và các thành viên trong ban quản lý sử dụng kháng

sinh. Thực hiện đồng thuận theo quy trình 2 vòng theo **Hình 2**.

- **Vòng 1:** Thảo luận lấy ý kiến tổ chuyên gia về danh mục các tiêu chí đánh giá đã áp dụng thí điểm ở bước 3. Tổng hợp các tiêu chí đánh giá được lựa chọn, thực hiện áp dụng thí điểm lần 2 trên CSDL của bệnh viện để loại bỏ các tiêu chí đánh giá không phù hợp, không khả thi.

- **Vòng 2:** Thống nhất thông qua tổ chuyên gia danh mục các tiêu chí đánh giá cuối cùng với "ngưỡng đồng thuận" >50% hoặc $\geq 70\%$ (tỷ lệ các thành viên đồng ý với danh mục). Đề xuất phê duyệt với ban quản lý sử dụng kháng sinh "Danh mục các tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô".



Hình 2. Sơ đồ qui trình đồng thuận về các tiêu chí đánh giá

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bước 1: Tổng quan tài liệu các tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh trong quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện

Thực hiện tổng quan về các tiêu chí đánh giá trên 13 tài liệu khác nhau liên quan đến CTQLSDKS, các bộ chỉ số/tiêu chí đánh giá của Việt Nam và Thế giới như Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Úc, Philipin, Malaysia, Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC), và các bộ chỉ số đánh giá đã được công bố trong một số nghiên cứu đồng thuận đa ngành [1], [2], [4], [5], [7], [8]. Sau khi loại trừ các tiêu chí/chỉ số đánh giá không phù hợp, nhóm nghiên cứu xác định được 145 tiêu chí/chỉ số đánh giá liên quan đến quá trình kê đơn, sử dụng kháng sinh.

Bước 2: Lựa chọn danh sách các tiêu chí/chỉ số đánh giá có tiềm năng khả thi

Từ 145 tiêu chí/chỉ số đánh giá đã xác định, chúng tôi tiến hành lượng hóa các tiêu chí/chỉ số định tính thành các tiêu chí đánh giá định lượng. Nhóm gộp các tiêu chí đánh giá trùng lặp, thu được danh sách 36 tiêu chí đánh giá có tiềm năng khả thi.

Bước 3: Xác định danh mục các tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh phù hợp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô

Thực hiện pilot lần 1 trên cơ sở dữ liệu của Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô, chúng tôi loại bỏ được 4 tiêu chí đánh giá không khả thi thu được danh mục bao gồm 32 tiêu chí đánh giá phù hợp để đưa vào đồng thuận ý kiến tổ chuyên gia đa ngành (Bảng 1).

Bảng 1. Danh mục 32 tiêu chí đánh giá đưa vào đồng thuận tổ chuyên gia

STT	Tên tiêu chí đánh giá
1	Tỷ lệ BN được gửi mẫu cấy vi sinh xác định KSD trước khi sử dụng KS.
2	Tỷ lệ BN được thực hiện cấy máu đầy đủ sau khi khởi trị KS đường tĩnh mạch.
3	Tỷ lệ BN được kê đơn kháng sinh.
4	Số loại thuốc KS trung bình được kê đơn cho mỗi BN.
5	Tỷ lệ thuốc KS được kê đơn theo tên generic.
6	Tỷ lệ BN chỉ được kê đơn 1 loại KS (đơn trị).
7	Tỷ lệ BN được kê đơn phối hợp nhiều loại KS.
8	Tỷ lệ BN được kê đơn KS đường tiêm.
9	Tỷ lệ KS sẵn có tại thời điểm nghiên cứu.
10	Số ngày trung bình các KS không có sẵn.
11	Tỷ lệ BN điều trị KS được ghi lại chỉ định trong hồ sơ bệnh án.
12	Tỷ lệ BN có thay đổi KS phù hợp với kết quả nuôi cấy vi sinh.
13	Tỷ lệ BN chuyển đổi điều trị từ KS đường tĩnh mạch sang KS đường uống.
14	Tỷ lệ BN được khởi trị KS theo kinh nghiệm phù hợp với hướng dẫn điều trị của bệnh viện.
15	Tỷ lệ KS kê đơn phù hợp với danh mục thuốc bệnh viện.

16	Tỷ lệ BN bị viêm phổi được kê đơn sử dụng KS theo hướng dẫn điều trị của bệnh viện.
17	Tỷ lệ BN được kê đơn sử dụng KS phù hợp đợt đầu tiên.
18	Tỷ lệ BN được kê đơn sử dụng KS phù hợp đợt cuối cùng.
19	Tỷ lệ thuốc KS đã được kê đơn được thực dùng trên BN.
20	Tỷ lệ BN được hiệu chỉnh liều theo chức năng thận.
21	Tỷ lệ BN được ngừng điều trị KS kinh nghiệm khi thiếu bằng chứng lâm sàng và/hoặc bằng chứng vi sinh.
22	Tỷ lệ BN được xuống thang điều trị.
23	Tỷ lệ ca phẫu thuật được chỉ định KSDP.
24	Tỷ lệ BN phẫu thuật dùng KSDP phù hợp với HDSD KSDP của bệnh viện.
25	Số liều KSDP phẫu thuật trung bình được kê đơn.
26	Tỷ lệ BN được chỉ định KSDP trong vòng 60 phút trước khi phẫu thuật.
27	Tỷ lệ BN dùng KSDP trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật.
28	Ngày điều trị KS trung bình trên mỗi BN (DOT).
29	Số ngày sử dụng KS trung bình trên mỗi BN (LOT).
30	Lượng KS sử dụng theo liều xác định hàng ngày DDD/1000 ngày-giường.
31	Chi phí trung bình KS được kê đơn cho mỗi BN.
32	Chi phí KS theo tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí thuốc điều trị.

Bước 4: Đồng thuận ý kiến các bác sĩ và các thành viên trong tổ chuyên gia

Ở vòng 1, chúng tôi tiến hành thảo luận về danh mục 32 tiêu chí đánh giá thu được ở bước 3, sau đó tiến hành pilot lần 2. Kết quả có 23 tiêu chí đánh giá được loại bỏ. Lý do loại bỏ được thể hiện cụ thể ở Bảng 2.

Bảng 2. Lý do loại bỏ và các tiêu chí đánh giá được loại bỏ

STT	Lý do loại bỏ	Tiêu chí đánh giá loại bỏ
1	Không truy xuất được từ CSDL phần mềm quản lý BV	1, 2, 23
2	Không truy xuất được từ CSDL khoa vi sinh	1, 2
3	Thành viên tổ chuyên gia đánh giá không phù hợp	5, 8, 9, 12, 15, 17, 18, 23
4	Thực hiện gộp các tiêu chí đánh giá liên quan nhau	6, 7, 12, 16, 20, 26, 27
5	Mở rộng/thay đổi tiêu chí theo ý kiến chuyên gia	
6	Hạn chế về thời gian	10, 11, 13, 19, 21, 22, 31

Ở vòng 2, sau khi thảo luận, các bác sĩ và các thành viên tổ chuyên gia đã cho ý kiến về ngưỡng đồng thuận với kết quả như **Bảng 3**.

Bảng 3. Kết quả xin ý kiến về "ngưỡng đồng thuận" các thành viên tổ chuyên gia

Ý kiến thành viên (TV)	Ngưỡng đồng thuận		Tổng
	> 50% (4/7 TV)	≥ 70% (5/7 TV)	
Đồng ý với ngưỡng đồng thuận	7/7 TV (100%)	7/7 TV (100%)	7 (100%)
Đồng ý với kết quả lựa chọn	Đạt	Đạt	7 (100%)
Ý kiến khác	0	0	0

Cuối cùng, nhóm nghiên cứu thống nhất thông qua được danh mục các tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô bao gồm 9 tiêu chí đánh giá (**Bảng 4**).

Bảng 4. Kết quả đồng thuận danh mục nhóm tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh trong CTQLSDKS bệnh viện Hữu nghị Việt Xô

STT	Tên tiêu chí đánh giá	Công thức tính toán
1	Tỷ lệ bệnh nhân (BN) được kê đơn kháng sinh (KS).	Tử số: Số BN điều trị được kê đơn có mặt KS.
	- Tỷ lệ BN được kê 1 loại KS (đơn trị).	Mẫu số: Tổng số BN điều trị được khảo sát.
	- Tỷ lệ BN được kê phối hợp nhiều loại KS.	
2	Số loại thuốc KS trung bình được kê đơn cho mỗi BN	Tử số: Tổng số loại KS được kê đơn sử dụng.
		Mẫu số: Tổng số BN điều trị được kê đơn có mặt KS.
3	Tỷ lệ BN được kê đơn sử dụng KS phù hợp với hướng dẫn điều trị của bệnh viện.	Tử số: Số BN được kê đơn sử dụng KS phù hợp với hướng dẫn điều trị của bệnh viện.
		Mẫu số: Tổng số BN được kê đơn sử dụng KS.

4	Tỷ lệ BN được chỉ định KSDP phù hợp với hướng dẫn sử dụng KSDP của bệnh viện.	Tử số: Số BN được chỉ định kháng sinh dự phòng (KSDP) phù hợp với hướng dẫn sử dụng KSDP của bệnh viện.
		Mẫu số: Tổng số BN phẫu thuật được chỉ định KSDP
5	Số liều kháng sinh sử dụng trung bình được kê đơn.	Tử số: Tổng số liều KSDP được kê đơn.
		Mẫu số: Tổng số BN phẫu thuật được chỉ định KSDP.
6	Ngày điều trị KS trung bình trên mỗi BN (DOT).	Tử số: Tổng số ngày sử dụng của tất cả tất cả các loại KS trong điều trị của các BN.
		Mẫu số: Tổng số BN được kê đơn sử dụng KS.
7	Số ngày sử dụng KS trung bình trên mỗi BN (LOT).	Tử số: Tổng số ngày sử dụng KS của các BN.
		Mẫu số: Tổng số BN được kê đơn sử dụng KS.
8	Lượng KS sử dụng theo liều xác định hàng ngày DDD/1000 ngày-giường.	Tử số: Tổng số gram KS được sử dụng x 1000.
		Mẫu số: DDD chuẩn của WHO x thời gian (ngày) x số giường thực kê x công suất sử dụng giường thực kê.
9	Chi phí cho KS theo tỷ lệ phần trăm tổng chi phí thuốc bệnh viện.	Tử số: Tổng chi phí của tất cả các KS đã sử dụng.
		Mẫu số: Tổng chi phí thuốc điều trị đã sử dụng.

IV. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Các chương trình quản lý sử dụng kháng sinh (Chương trình AMS) đang ngày càng phổ biến và được áp dụng triển khai tại các bệnh viện trên cả nước để tối ưu hóa việc kê đơn sử dụng kháng sinh. Việc triển khai các hướng dẫn thực hành điều trị, các quy trình hỗ trợ... là chưa đủ để mang lại sự thay đổi và cải thiện vấn đề sử dụng kháng sinh gây nên tình trạng kháng kháng sinh mang tính toàn cầu như hiện nay. Do vậy, nhóm tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng thuốc kháng sinh có vai trò cung cấp các thông số quan trọng có thể sử dụng được để đo lường các khía cạnh trong hoạt động kê đơn sử dụng kháng sinh.

Các tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương đồng khá cao với kết quả nghiên cứu của tác giả C.M.A. van den Bosch (2014)[7] và tác giả Marlot C. Kallen (2017)[3] khi lần lượt 4 và 6 tiêu chí đánh giá được nhắc lại trong kết quả của chúng tôi, các tiêu chí còn lại trong kết quả của hai nghiên cứu này phần lớn đều liên quan đến khía cạnh dữ liệu hạn chế của bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô ở thời điểm hiện tại. Các tiêu chí đánh giá trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với phần lớn các tiêu chí/chỉ số đánh giá được nhắc đến trong các chương trình AMS của Việt Nam, WHO, Úc, Philippin và Malaysia. Đây cũng chính là điểm mạnh trong nghiên cứu của chúng tôi, các tiêu chí đánh giá đầu vào đều là các tiêu chí đánh giá đã được lựa chọn rất chặt chẽ trong các nghiên cứu đồng thuận đa ngành quốc tế, các bộ chỉ số của WHO và các nước. Đồng thời, các thành phần tham gia đồng thuận trong nghiên cứu đều thuộc các lĩnh vực chủ chốt trong chương trình AMS của bệnh viện. Do đó, các tiêu chí đánh giá được lựa chọn đều mang tính khả thi, tính hợp lý và độ tin cậy cao.

Các tiêu chí đánh giá này cho phép các ban AMS của các bệnh viện xác định được các mục tiêu cũng như các bước thực hiện theo thời gian để triển khai chương trình AMS, chỉ ra được mục tiêu ưu tiên tiến hành cải tiến chất lượng trong hoạt động sử dụng kháng sinh. Hiệu quả của những hành động ưu tiên này có thể, một lần nữa được đo lường bằng cách sử dụng các tiêu chí đánh giá. Tuy nhiên, các tiêu chí đánh giá về kê đơn sử dụng kháng sinh mà chúng tôi vừa xây dựng, có thể thiết thực và đáp ứng được một phần trong kế hoạch triển khai đánh giá hiệu quả hoạt động của chương trình QLSDKS tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô ở thời điểm hiện tại. Trên thực tế, để có thể đánh giá hiệu quả một cách toàn diện về hoạt động quản lý kháng sinh của bệnh viện, Ban giám sát sử dụng kháng sinh của Bệnh viện cần tiếp tục nghiên cứu xây dựng Bộ tiêu chí đánh giá đầy đủ hơn, phù hợp hơn với điều kiện nhân lực, vật lực, tin lực của Bệnh viện. Tất nhiên, nhóm tiêu chí đánh giá mà chúng tôi đã xây dựng, cũng có thể được sử dụng để xây dựng thêm Bộ tiêu chí đánh giá và thực hiện đánh giá hiệu quả chương trình QLSDKS ở các bệnh viện khác, cải thiện hơn nữa việc kê đơn sử dụng kháng sinh.

Tóm lại, việc ứng dụng các tiêu chí đánh giá trong các chương trình AMS phải luôn được kiểm tra trong thực tế trước tiên, vì cơ sở dữ liệu là khác nhau ở mỗi thời điểm đánh giá, ở mỗi cơ sở điều trị khác nhau, điều này ảnh hưởng đến tính khả thi, tính hợp lý và độ tin cậy của bộ dữ liệu thu thập [6].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BYT (2016)**, Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, Bộ Y tế, Hà Nội. p.
2. **ACSQHC (2018)**, Antimicrobial Stewardship in Australian Health Care, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Sydney,

- Australia. p.
3. **Kallen, M.C., Prins J.M. (2017)**, "A Systematic Review of Quality Indicators for Appropriate Antibiotic Use in Hospitalized Adult Patients", *Infect Dis Rep*, 9(1), pp. 6821.
 4. **Monnier, A.A., Schouten J., et al. (2018)**, "Quality indicators for responsible antibiotic use in the inpatient setting: a systematic review followed by an international multidisciplinary consensus procedure", *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 73(suppl_6), pp. vi30-vi39.
 5. **Organization, W.H. (2019)**, "Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low-and middle-income countries: a WHO practical toolkit", pp.
 6. **Schouten, J., Hulscher M., et al. (2005)**, "Quality of antibiotic use for lower respiratory tract infections at hospitals:(how) can we measure it?", *Clinical infectious diseases*, 41(4), pp. 450-460.
 7. **van den Bosch, C.M., Geerlings S.E., et al. (2015)**, "Quality indicators to measure appropriate antibiotic use in hospitalized adults", *Clin Infect Dis*, 60(2), pp. 281-91.
 8. **WHO (2012)**, *How to Investigate Antimicrobial Use in Hospitals: Selected Indicators, Strengthening Pharmaceutical Systems*, Arlington, USA.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MARKER CEA VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI

Phạm Văn Bình*, Nguyễn Đình Trung**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, marker CEA của bệnh nhân ung thư đại tràng phải được PTNS 3D. Đánh giá kết quả sớm PTNS 3D ung thư đại tràng phải tại bệnh viện K. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** 41 bệnh nhân tuổi trung bình 52,83±11,75; nhóm tuổi từ 50-69 gặp nhiều nhất 61%; thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện dưới 3 tháng 85,4%; triệu chứng đau bụng (90,2%); rối loạn tiêu hóa (63,4%), 06 (14,6%) bệnh nhân có tiền sử mổ bụng cũ; 08 (19,5%) bệnh nhân CEA ≥ 5mg/ml; không có tai biến trong mổ; biến chứng sau mổ 7,32%; số hạch nạo vét được 12,54±6,39 hạch; tỷ lệ di căn hạch là 31,8%; thời gian mổ 128,05±16,76 phút; thời gian trung tiện 2,33±0,57 ngày; thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ 2,24±0,7 ngày; thời gian nằm viện 10,07±2,97 ngày; giai đoạn II và giai đoạn III chiếm tỷ lệ 82,93%. **Kết luận:** Đặc điểm bệnh nhân ung thư đại tràng phải được PTNS 3D tại bệnh viện K có triệu chứng chủ yếu là đau bụng, marker CEA tăng ít. Kết quả sớm là tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, số hạch nạo vét được đảm bảo nguyên tắc ung thư học.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi 3D, Ung thư đại tràng phải

SUMMARY

EVALUATING THE CLINICAL FEATURES, RESULT OF CEA AND INITIAL OUTCOME OF 3D LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RIGHT COLON CANCER

Purpose: Firstly, the study aimed to evaluate the clinical features, the result of CEA which belongs to right colon cancer patients who underwent 3D laparoscopic surgery. The second target is assessing

the initial outcome of 3D laparoscopic surgery for this group of patients. **Methods:** descriptive study. **Result:** The mean age of 41 patients was 52,83±11,75 years old. The most common age was 50-69 (61%); 85.4% of patients had insidious progression less than 3 months before being definitely diagnosed; abdominal pain (90.2%), digestive disorder (63.4%), 6(14,6%) cases had previous abdominal surgery, 8 (19,5%) patients had the number of CEA above 5 ng/ml. There was no intraoperative morbidity and mortality. The percentage of postoperative complications was 7.32%. The mean harvested lymph node was 12.54±6 (31.8% of the lymph node were metastasis). The overall mean operation time was 128.05±16.76 minutes. The recovery of bowel functions post-surgery was 2.24±0.7 days. The length of using pain medicines was 1.6±0.8 days. The average length of hospital stay was 10.07±2.97 days. Postoperative pathology staging: stage II and stage III were 82.93%. **Conclusion:** The common symptom of right colon cancer patients in this study is abdominal pain, the increase of CEA is not frequently. The initial outcome demonstrated that the percentage of complications was very low. The number of harvested lymph nodes satisfied the oncologic principles.

Key word: 3D laparoscopic surgery, right colon cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globalcan 2018 mỗi năm ước tính trên thế giới có khoảng 1.849.518 ca ung thư đại trực tràng mới mắc và con số tử vong là trên 1.7 triệu trường hợp. Ở Mỹ năm 2020 dự báo có khoảng 104.610 bệnh nhân ung thư đại trực tràng mới mắc và 43.340 ca tử vong; đây cũng là bệnh lý thường gặp đứng hàng thứ 3 và là nguyên nhân thứ hai gây nên các bệnh lý tử vong ở Hoa Kỳ [3];[5]. Tại Việt Nam theo ghi nhận của bệnh viện K ung thư đại trực tràng hay gặp với tần suất 11.2/100.000 dân. Điều trị ung thư đại trực tràng là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật đã đang và vẫn sẽ là phương pháp quan trọng

*Bệnh viện K

**Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 7.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

nhất mang tính triệt căn. Lịch sử phẫu thuật mở mở trên một thế kỷ đã chứng minh được giá trị của nó. Cùng với thời gian và các tiến bộ của khoa học kỹ thuật một câu hỏi đặt ra là một phương pháp phẫu thuật nào vẫn đảm bảo tính triệt căn về mặt ung thư học nhưng lại hạn chế mức độ tàn phá nhất có thể. Mong muốn này đã được các phẫu thuật viên hiện thực hóa bằng phẫu thuật nội soi (PTNS). PTNS với lịch sử ra đời hơn ba thập kỷ nay đã chứng minh đây là một phương pháp xâm nhập tối thiểu mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân như giảm đau sau mổ, hồi phục nhanh nhưng vẫn đảm bảo tính triệt căn điều trị ung thư. Chúng ta đang nói đến PTNS thông thường đó là phẫu thuật 2D, bản thân nó trong quá trình phát triển cũng đã bộc lộ những nhược điểm của nó như là phẫu thuật trên một màn hình 2D không có chiều sâu và cảm nhận không gian ba chiều. Từ những hạn chế này PTNS 3D ra đời hướng tới một mục tiêu là tối ưu hóa hơn cho phẫu thuật viên khi thực hiện PTNS[1];[2];[4];[6];[7];[8]. Các nghiên cứu về PTNS 3D trong lĩnh vực ung thư chưa được đề cập tới nhiều, nhất là trong lĩnh vực đại tràng. Xuất phát từ những lý do nêu trên chúng tôi viết bài: "nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, marker CEA và kết quả sớm phẫu thuật nội soi 3D ung thư đại tràng phải" với hai mục tiêu

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, Marker CEA của bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi 3D.

2. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi 3D ung thư đại tràng phải tại bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 41 bệnh nhân có chẩn đoán xác định ung thư đại tràng phải, được PTNS 3D cắt đại tràng phải tại bệnh viện K. Có đầy đủ hồ sơ lưu trữ bệnh án

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả

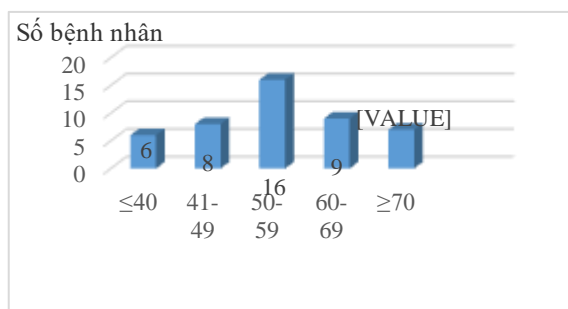
2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng: tuổi, phân bố các nhóm tuổi; thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện; các triệu chứng lâm sàng: đau bụng, rối loạn đại tiện, đại tiện phân có máu, sút cân; xét nghiệm marker CEA

Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật 3D: thời gian mổ, tại biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian có nhu động ruột sau mổ, thời gian dùng thuốc giảm đau; thời gian nằm viện, số hạch nạo vét được, tỉ lệ di căn hạch, phân loại giai đoạn bệnh sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: đặc điểm phân bố tuổi ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu: độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,83 \pm 11,75$ tuổi; tuổi thấp nhất là 23 tuổi, tuổi cao nhất là 76 tuổi, nhóm tuổi từ 50 – 69 gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 61.0%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Thời gian từ khi có triệu chứng cho đến khi vào viện

Bảng 2. Thời gian từ khi có triệu chứng cho đến khi vào viện

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Dưới 3 tháng	35	85,4
Từ 3 đến 6 tháng	4	9,8
Trên 6 tháng	2	4,9
Tổng cộng	41	100

Nhận xét: 85,4% bệnh nhân có thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện dưới 3 tháng

3.2.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	37	90,2
Rối loạn đại tiện	26	63,4
Ia nhầy máu	19	46,3
Gầy sút cân	9	22,0

Nhận xét: hầu hết bệnh nhân ung thư đại tràng phải có triệu chứng đau bụng (90,2%), rối loạn tiêu hóa (63,4%), ia nhầy máu (46,3%).

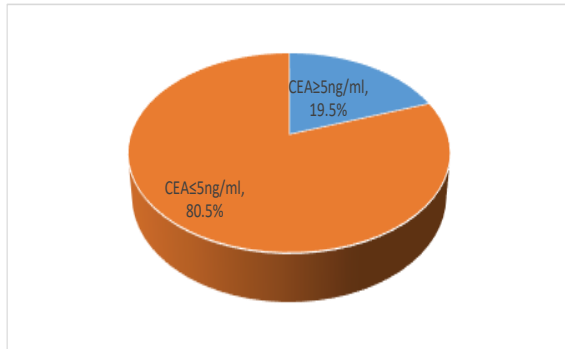
3.3. Tiền sử phẫu thuật cũ

Bảng 4. Tiền sử phẫu thuật cũ

Tiền sử phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đã phẫu thuật trong ổ bụng	6	14,6
Đã phẫu thuật không liên quan đến ổ bụng hoặc chưa phẫu thuật	35	85,4
Tổng cộng	41	100

Nhận xét: có 06 (14,6%) bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật trong ổ bụng: 04 bệnh nhân cắt ruột thừa, 01 bệnh nhân cắt tử cung và 01 bệnh nhân phẫu thuật cắt vòi trứng.

3.4. Xét nghiệm CEA



Biểu đồ 5: CEA trước mổ

Nhận xét: CEA trước mổ thấp nhất là 1,02ng/ml, cao nhất 27,8ng/ml. Trung bình 4,5±5,61ng/ml. Có 08 bệnh nhân (19,5%) CEA >= 5mg/ml.

3.5. Biến chứng

Bảng 7. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sớm sau mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sớm sau mổ	01	2,44
Nhiễm trùng vết mổ	02	4,88
Không có biến chứng sau mổ	38	92,68

Nhận xét: có 01(2,44%) trường hợp chảy máu sau mổ ngày thứ 05 phải mổ lại cầm máu, 02 (4,88%) trường hợp có nhiễm trùng vết mổ bụng.

3.6. Khả năng nạo vét hạch

Bảng 8. Tỷ lệ di căn hạch theo TNM

Di căn hạch	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
N ₀ (không có di căn hạch)	28	68,3
N ₁ (di căn 1 – 3 hạch)	09	22,0
N ₂ (di căn ≥ 4 hạch)	04	9,8

Nhận xét: Số lượng hạch nạo vét được 12,54±6,39 hạch; di căn hạch chủ yếu từ 1 – 3 hạch N₁:22, 0%. N₂ 9,8%.

3.7. Phân loại giai đoạn bệnh theo UIIC

Bảng 9. Phân loại giai đoạn bệnh theo UIIC

UIIC	T – N – M			Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn I	T ₂	N ₀	M ₀	07	17,07
Giai đoạn II	T ₃	N ₀	M ₀	08	19,5
	T ₄	N ₀	M ₀	13	31,7
Giai đoạn III	Bất kỳ T	N ₁	M ₀	09	21,95
	Bất kỳ T	N ₂	M ₀	04	9,78
Giai đoạn IV	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M ₁	0	0

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu ở giai đoạn II và giai đoạn III chiếm tỷ lệ 82,93%. Trong nghiên cứu không có bệnh nhân giai đoạn IV

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của nhóm 41 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,83 ±11,75 tuổi. Nhóm tuổi nhiều nhất từ 50 đến 69 bệnh nhân chiếm 61,1%. Nhóm trên 40 tuổi có 03 bệnh nhân. Về phân bố nhóm tuổi kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều tác giả khác [1];[5].

Đặc điểm lâm sàng: Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện chủ yếu là trong vòng 3 tháng đầu là 85,4%. Các tác giả khác cũng có nhận xét phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 06 tháng. Tuy nhiên chúng tôi cũng còn đến 14,7% bệnh nhân vào viện khi đã có triệu chứng kéo dài trên 3 tháng điều này cho thấy cho hệ thống sàng lọc ung thư cần phải tích cực tuyên truyền hơn nữa trong cộng đồng các dấu hiệu sớm của ung thư đại tràng để bệnh nhân đến viện sớm hơn [5];[6].

Triệu chứng cơ năng đưa bệnh nhân tới khám thường gặp nhất là đau bụng (90,2%), sau đó là rối loạn tiêu hóa (63,4%). Các triệu chứng khác ít gặp hơn là đại tiện phân có máu hoặc sứt cần. Theo các y văn triệu chứng cơ năng gợi ý chuẩn

đoán ung thư đại tràng là đau bụng, thay đổi thói quen đi ngoài như tiêu chảy kèm táo bón, mệt mỏi, thiếu máu, gầy sút. Tuy nhiên triệu chứng thường gặp của ung thư đại tràng phải là đau bụng mơ hồ, thiếu máu, sút cân, mệt mỏi [1]; [4]; [6]

Tiền sử phẫu thuật cũ: bệnh nhân sau phẫu thuật ổ bụng thường có dính phúc mạc, tỉ lệ này gặp từ 75-93%. Khi có dính phúc mạc có thể làm kéo dài thời gian mổ nội soi, gia tăng nguy cơ tổn thương các tạng và thủng ruột trong quá trình phẫu tích. Do đó trước đây khi bệnh nhân có tiền sử mổ bụng cũ không phải là chỉ định tốt trong PTNS. Cùng với kỹ năng mổ nội soi của phẫu thuật viên không ngừng được tăng lên và kinh nghiệm lâm sàng, ngày nay PTNS nói chung và PTNS 3D nói riêng được chỉ định cho cả bệnh nhân có tiền sử mổ bụng cũ [1];[8]. Nghiên cứu của chúng tôi có 06 bệnh nhân chiếm 14,6%, có tiền sử mổ cũ chủ yếu là PTNS cắt ruột thừa. Vì thế chúng tôi không gặp khó khăn gì trong khi thực hiện PTNS 3D cắt đại tràng phải.

Đặc điểm marker ung thư CEA. Marker ung thư CEA được tiến hành ở tất cả các bệnh

nhân mổ trong nghiên cứu với kết quả là 8/41 bệnh nhân (19,5%) có nồng độ CEA trên 5ng/ml. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. CEA là dấu ấn ung thư có độ nhạy không cao trong ung thư đại trực tràng vai trò của nó chủ yếu là để theo dõi tái phát và di căn xa [3].

Kết quả sớm sau mổ. Thời gian mổ nội soi đại tràng phải trung bình là 128,05±16,76 phút. Các tác giả khác có thời gian mổ trung bình PTNS 2D cắt đại tràng phải là từ 149,4±44,7 phút đến 162,47±31,61 phút. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như khả năng thành thạo của phẫu thuật viên, mức độ xâm lấn khối u, tiền sử mổ cũ... Tuy nhiên trong thực tế nghiên cứu chúng tôi nhận thấy PTNS 3D đã giúp cho phẫu thuật viên rút ngắn đáng kể thời gian phẫu thuật vì PTNS 3D cung cấp cho phẫu thuật viên một trường nhìn 3D rõ nét hơn [2]; [6];[7].

Tai biến và biến chứng sau phẫu thuật. PTNS 3D cũng như bất cứ một phương pháp phẫu thuật nào đều có những tai biến và biến chứng sau mổ. Từ một động tác kĩ thuật như đặt trocar hay trong quá trình phẫu tích đều có thể gây nên vết thương mạch máu hoặc thủng tạng rỗng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 01(2,44%) biến chứng sau mổ chảy máu phải mổ lại, 02 (4,88%) bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ tỷ lệ biến chứng này ở mức thấp so với các nghiên cứu trên thế giới [1];[8].

Các tiêu chuẩn khác để đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật như thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình của chúng tôi là 2,24±0,7 ngày. Kết quả này thấp hơn kết quả của một số tác giả khác khi phẫu thuật cắt đại tràng phải bằng PTNS 2D. Thời gian trung tiện cũng là một tiêu chí để đánh giá hồi phục sau mổ bệnh nhân với 53,6% bệnh nhân của chúng tôi trung tiện trong vòng 3 ngày sau mổ. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Sorensen (2016). Các tác giả khác cũng có thời gian trung tiện trung bình sau mổ là 2,33±0,57 ngày [6];[7];[8]. Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi là 10,07±2,97 ngày. So với các tác giả trên thế giới đối với PTNS cắt đại tràng phải, thời gian nằm viện trung bình dao động từ 6 đến 14 ngày [1]; [8].

Đánh giá kết quả sớm về mặt ung thư học: trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ đề cập đến số lượng hạch nạo vét được của PTNS 3D cắt đại tràng phải trung bình là 12,54±6,39 hạch. Số hạch vét được một bệnh nhân nhiều nhất là 33 hạch và thấp nhất là 05 hạch, trong đó có 13/44 bệnh nhân có di căn hạch chiếm tỷ lệ 31,8%.

Một số các nghiên cứu lớn trên thế giới cũng có những thống kê về số hạch nạo vét được không đủ 12 hạch/ bệnh nhân [1].

Phân loại giai đoạn bệnh sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu bệnh nhân ở giai đoạn II và giai đoạn III chiếm tỷ lệ 82,93%. Theo các tác giả trên thế giới đây là chỉ định tốt cho PTNS nói chung và PTNS 3D nói riêng. Với giai đoạn IV mang tính cá thể hóa trong chỉ định PTNS 3D điều trị ung thư đại tràng phải [1];[2];[6].

V. KẾT LUẬN

Nhóm tuổi trung bình thường gặp từ 50 đến 69 (61%), phần lớn bệnh nhân đến viện trong vòng 3 tháng đầu từ khi xuất hiện triệu chứng (85,4%); 08 (19,5%) bệnh nhân có nồng độ CEA trên 5ng/ml. Thời gian mổ trung bình là 128,5 ±16,76 phút. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình 31,51 ±0,8 ngày. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ là 2,24 ± 0,7 ngày, không có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ là 7,32% trong đó 4,48% nhiễm trùng vết mổ và 2,44% chảy máu sau mổ. Thời gian nằm viện 10,07±2,97 ngày. Số lượng hạch nạo vét được 12,54±6,39 hạch; 82,93% giai đoạn bệnh sau mổ là giai đoạn II và giai đoạn III.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Allaix M. E. et al. (2016)**, "Conversion of laparoscopic colorectal resection for cancer: What is the impact on short – term outcomes and survival?", *World J Gastroenterol.* 22(37), pp.830-8313.
2. **Ashraf A. et al. (2015)**, "Three – dimensional (3D) simulations versus two - dimensional (2D) enhances surgical skills acquisition in standardised laparoscopic task: a before and after study", *Int J Surg.* 14, pp. 12 -6.
3. **Auclin E. et al. (2019)**, "Association of post – operative CEA with survival and oxaliplatin benefit in patients with stage II colon cancer: a post hoc analysis of the MOSAIC trial", *Br J Cancer.* 121(4), pp.312 – 317.
4. **Guana R. et al. (2017)**, "Skills Comparison in Pediatric Residents Using a 2 – Dimensional High – Definition Camera in Pediatric Laparoscopic Simulator", *J Surg Educ.* 74(4), pp. 644 – 649.
5. **Macrae.F,A (2019)** "Colorectal cancer Epidemiology, risk factors, and protective factors", *Clinics in colon and rectal surgery.*3,pp.133-140
6. **Sorensen S.M. et al. (2016)**, "Three – dimensional versus two dimensional vision in laparoscopy: a systematic review", *Surg Endosc.* 30(1), pp. 11 – 23.
7. **Tao K. et al. (2016)**, "Three – dimensional Against 2 – Dimensional Laparoscopic Colectomy for Right – side Colon Cancer", *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 26(4), pp. 324 – 7.
8. **Velayutham V. et al. (2016)**, "3D visualization reduces operating time when compared to high – definition 2D in laparoscopic liver resection: a case – matched study", *Surg Endosc.* 30 (1), pp. 147 – 53.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG HỘI CHỨNG FITZ-HUGH-CURTIS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG

Hoàng Đức Hạ^{1,2}, Phạm Thị Thanh Xuân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hội chứng Fitz-Hugh-Curtis (FHC) là một viêm nhiễm phần phụ, vùng chậu và bao gan, có thể gây nhiều biến chứng, có thể gây tắc vòi trứng, vô sinh ở nữ giới độ tuổi sinh đẻ. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm hình ảnh trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) trong hội chứng FHC. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả bệnh nhân nữ có dấu hiệu lâm sàng và chụp CLVT nghi ngờ là hội chứng FHC, trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng. **Kết quả và Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp của BN có hội chứng FHC là đau hạ sườn phải (chiếm 70,8%), đau khi hít vào sâu (chiếm 52,0%) và ra khí hư âm đạo (chiếm 29,2). Bạch cầu tăng chiếm 47,9% ($12,33 \pm 2,08$ G/l), CRP tăng chiếm 83,3%. Trên chụp CLVT ổ bụng, dấu hiệu thường gặp là tăng cường ngấm thuốc cản quang của bao gan (dày dạng dài chiếm 87,5%, vị trí mặt trước gan phải chiếm 98% và ngấm thuốc mạnh thì động mạch chiếm 100%), dấu hiệu tăng kích thước phần phụ (chiếm 56,2%), thâm nhiễm mỡ tiểu khung (chiếm 68,8%). Những dấu hiệu này trên chụp CLVT là những dấu hiệu rất gợi ý, cho phép chẩn đoán sớm hội chứng FHC và chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác, giúp điều trị hiệu quả, tránh các biến chứng của bệnh, đặc biệt ở những phụ nữ đang trong độ tuổi sinh sản này.

Từ khóa: Hội chứng Fitz-Hugh-Curtis, viêm phần phụ, viêm bao gan, chụp cắt lớp vi tính.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING FEATURES IN FITZ-HUGH-CURTIS AT HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL

Objectives: Fitz-Hugh-Curtis syndrome (FHCs) is a manifestation of pelvic inflammatory disease (PID) spread to hepatic capsule (perihepatitis), which can cause many complications, result in infertility in women of reproductive age. The objective of the study was to describe imaging features on computed tomography (CT) in FHC syndrome. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on all female patients with clinical signs and CT imaging abnormalities suspected to be FHC syndrome, from

January 2018 to December 2019, at Haiphong International Hospital. **Results and Conclusions:** Common clinical symptoms of patients with FHC syndrome are right upper quadrant pain (accounting for 70.8%), pain with deep breathing (accounting for 52.0%) and vaginal inflammation (accounting for 29.2%). White blood cells increased by 47.9% (12.33 ± 2.08 G/l), CRP increased by 83.3%. On abdominal CT scan, common signs were hepatic capsular enhancement (hepatic capsular thickening accounted for 87.5%, right position of the front of the liver accounted for 98% and pericapsular enhancement in arterial phase accounted for 100%), signs of tubo-ovarian enlargement (56.2%), pelvic infiltration (68.8%). These signs on CT scan, were very suggestive signs, allowed to early diagnose FHC syndrome and differently diagnose with other abdominal diseases, helped to treat effectively, avoided complications of the disease, especially in these women of reproductive age.

Keywords: Fitz-Hugh-Curtis syndrome, pelvic inflammatory disease, perihepatitis, computed tomography scan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Fitz-Hugh-Curtis (FHC) được coi là một biến chứng hiếm gặp của bệnh viêm vùng chậu, chủ yếu liên quan đến Chlamydia trachomatis. Đau bụng vùng hạ sườn phải xuất hiện như là triệu chứng chính và đau tăng khi hít vào sâu và cử động cơ thể. Thỉnh thoảng, cơn đau có thể lan sang vai phải. Chẩn đoán hội chứng FHC dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, trong đó nội soi ổ bụng chẩn đoán được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán hội chứng FHC, với tình trạng bám dính của bao gan vào cơ hoành hoặc thành bụng trước, được mô tả là dấu hiệu "dây đàn violon" (violin-string), thể hiện tình trạng viêm của dịch ổ bụng [4, 6]. Tuy nhiên, nội soi ổ bụng là một phương pháp xâm lấn và có nhiều nhược điểm. Chụp CLVT là một kỹ thuật không xâm nhập, có độ phân giải cao và có thể tầm soát toàn bộ ổ bụng. Một số nghiên cứu đã trên thế giới có mô tả dấu hiệu của hội chứng FHC với dấu hiệu tăng ngấm thuốc của bao gan trên chụp CLVT có thể gợi ý chẩn đoán hội chứng FHC [3, 5]. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu về bệnh lý này còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả các đặc điểm hình ảnh trên chụp CLVT trong hội chứng FHC.

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng,

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng;

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ

Email: hdha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân nữ có dấu hiệu lâm sàng và chụp CLVT nghi ngờ là hội chứng FHC, trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có dấu hiệu đau vùng hạ sườn phải, đau tăng khi hít vào

- Có dấu hiệu viêm phần phụ, vùng chậu

- CLVT: có dấu hiệu dày bao gan và tăng ngấm thuốc của bao gan ở thì động mạch sau tiêm thuốc cản quang

- BN khỏi bệnh sau khi được điều trị nội khoa theo phác đồ điều trị hội chứng FHC.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không được chụp CLVT

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Phương tiện nghiên cứu: máy CT 128 dãy Evolucion- GE Healthcare, máy bơm tiêm điện, thuốc cản quang: Xenetix 300mg/ml hoặc Omnipaque 300mg/ml. Liều dùng thuốc 1ml/kg cân nặng, tốc độ tiêm 2 - 3ml/s, gồm thì động mạch sớm (25s sau tiêm) và thì tĩnh mạch (60s sau tiêm). Cắt xoắn ốc, bề dày lớp cắt 5-8 mm, tái tạo hình ảnh 1 - 3mm đa mặt phẳng (MPR). Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên tổng số 48 bệnh nhân nữ, độ tuổi từ 20-40.

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân khi nhập viện

Dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm máu		n	Tỷ lệ %
Triệu chứng lâm sàng	Đau hạ sườn phải	34	70,8
	Đau vùng hạ vị	6	12,5
	Đau khi hít sâu	25	52,0
	Ra khí hư âm đạo	14	29,2
	Nước tiểu bất thường	4	8,3
Xét nghiệm máu	Bạch cầu tăng	23	47,9
	CRP	40	83,3

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp của BN có hội chứng FHC là đau hạ sườn phải (chiếm 70,8%), đau khi hít vào sâu (chiếm 52,0%) và ra khí hư âm đạo (chiếm 29,2). Bạch cầu tăng chiếm 47,9% (12,33±2,08 G/l), CRP tăng chiếm 83,3%.

Bảng 3.2. Dấu hiệu bất thường bao gan trên chụp CLVT bụng

Tổn thương bao gan		n	Tỷ lệ %
Kiểu dày bao gan	Dày dạng dải mỏng	42	87,5
	Dày dạng băng rộng	0	0
	Dày hỗn hợp	6	12,5
Vị trí dày bao gan	Mặt trước gan phải	47	98
	Gan trái	1	2
	Toàn bộ gan	0	0
Tính chất ngấm thuốc cản quang	Không ngấm thuốc	0	0
	Ngấm thì động mạch	48	100
	Ngấm thuốc thì tĩnh mạch	0	0

Nhận xét: Bệnh nhân được chẩn đoán mắc hội chứng FHC, trên chụp CLVT có dấu hiệu dày bao gan dạng dải mỏng (chiếm 87,5%), dày bao gan dạng hỗn hợp (chiếm 12,5%). Dấu hiệu này đa số gặp ở vị trí mặt trước gan phải (chiếm 97,9%), ngấm thuốc mạnh ở thì động mạch sớm (chiếm 100%).

Bảng 3.3. Dấu hiệu bất thường vùng chậu – tiểu khung trên chụp CLVT

Dấu hiệu bất thường vùng chậu		n	Tỷ lệ %
Thâm nhiễm mỡ tiểu khung	Có thâm nhiễm mỡ	33	68,8
	Không thâm nhiễm mỡ	15	31,2
Bất thường phần phụ	Phần phụ tăng kích thước	27	56,2
	Phần phụ không tăng kích thước	21	43,8
	Tử cung tăng kích thước	0	0
	Tử cung bình thường	48	100
	Dịch buồng tử cung	1	2,1
	Không có dịch buồng tử cung	47	97,9
	Ứ nước, ứ mủ vòi trứng	0	0
Không ứ nước, ứ mủ vòi trứng	48	100	

Nhận xét: Trên CLVT, dấu hiệu thâm nhiễm mỡ vùng tiểu khung gồm 33/48 trường hợp (chiếm 68,8%), phần phụ tăng kích thước chiếm 56,2%, có dịch trong buồng tử cung chỉ chiếm 2,1%, số còn lại có hình ảnh bình thường trên chụp CLVT. Trong số 48 trường hợp này, siêu âm nghi ngờ viêm phần phụ 7 trường hợp, không phát hiện bất thường ở bao gan.

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng FHC thường xảy ra ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Kết quả nghiên cứu này cho thấy 100% BN ở độ tuổi từ 20 đến 40 tuổi, tương đồng với nghiên cứu của Je Sung You,

tuổi từ 18 – 44 tuổi [11], của Woo SY vs Cs [12], tuổi từ 22 đến 39 tuổi. Một nghiên cứu cộng đồng tại Hà Nội năm 2005 của Bùi Thị Thu Hà [1], cho thấy lứa tuổi 19-49 thường mắc các bệnh lý về viêm nhiễm đường sinh sản (chiếm 62,1%). Hội chứng FHC có thể gặp ở nam giới, nhưng rất hiếm. Do vậy, một số nghiên cứu trường hợp đơn lẻ cũng khuyến cáo không nên hoàn toàn loại trừ chẩn đoán hội chứng FHC ở nam giới [8]. Các dấu hiệu khác thể hiện tình trạng viêm nhiễm vùng chậu sinh dục như đa bụng vùng hạ vị (12,5%) và ra khí hư âm đạo (chiếm 29,2%), đặc biệt nghiên cứu này cũng cho thấy bệnh nhân mắc hội chứng FHC có dấu hiệu thường gặp nhất là đau vùng hạ sườn phải (chiếm 70,8%), đau tăng khi hít vào sâu (chiếm 52,0%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Wang PY [10], và nhóm tác giả Woo SY vs Cs [18], với triệu chứng đau vùng hạ sườn phải chiếm 63,6%. Tuy nhiên, dấu hiệu này không đặc hiệu, cần phải chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác như sỏi túi mật, viêm túi mật cấp, viêm tụy cấp, viêm ruột thừa lạc chỗ, viêm đại tràng [2]. Nguyên nhân đau vùng hạ sườn phải được lý giải là do có dòng tuần hoàn liên tục của dịch ổ bụng từ vùng tiểu khung phải, rãnh thành đại tràng phải lên vùng quanh gan phải, dòng này được ngăn cách với nửa bụng trái bởi dây chằng hoành – đại tràng [7]. Mặt khác vùng dưới hoành phải cũng là vùng giàu bạch huyết hơn so với vùng dưới hoành trái, do vậy *C. trachomatis* có thể lan lên vùng dưới hoành phải theo đường bạch huyết [9]. Bệnh nhân có hội chứng FHC được điều trị phù hợp, tổn thương ở vòi trứng mất đi thì dịch ổ bụng cũng biến mất [9]. Xét nghiệm máu cho thấy tỷ lệ tăng bạch máu chiếm 47,9% và tăng CRP chiếm 83,3%, tương đồng với nghiên cứu của Wang PY [10].

Chẩn đoán sớm hội chứng FHC có ý nghĩa rất quan trọng nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và tiên lượng hội chứng FHC. Trước đây, chẩn đoán hội chứng FHC chủ yếu dựa vào nội soi hoặc phẫu thuật nội soi, và nội soi ổ bụng vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán hội chứng FHC [10]. Với sự phát triển của máy CLVT đa dây đầu thu, tốc độ chụp nhanh, độ phân giải cao, hình ảnh rõ nét được áp dụng trong lâm sàng, không xâm nhập, với nhiều ưu điểm như vậy nên chụp CLVT đã dần thay thế nội soi để trở thành công nghệ chẩn đoán chính trong chẩn đoán hội chứng FHC.

Cắt lớp vi tính là một phương pháp được nhiều nghiên cứu cho thấy là rất hiệu quả. Dấu hiệu đặc trưng là dày bao gan và sự ngấm thuốc mạnh của bao gan ở thì động mạch và trở nên

đồng nhất với nhu mô gan ở thì tĩnh mạch và thì muộn. Dấu hiệu này rất phù hợp với nhiều nghiên cứu trong y văn, tương ứng với tình trạng viêm bao gan cấp [10]. Nghiên cứu của Wang PY cho thấy tất cả các bệnh nhân đều có dấu hiệu dày bao gan ở các mức độ khác nhau (17/19 bệnh nhân có ngấm thuốc bao gan rất mạnh, 2/19 trường hợp còn lại ngấm thuốc nhẹ hơn, ở thì động mạch, đôi khi có ít dịch dưới bao gan thấy trong số 7/19 trường hợp). Tác giả cho rằng chụp CLVT rất có ý nghĩa trong chẩn đoán hội chứng FHC.

Trên chụp CLVT, nghiên cứu này cũng cho thấy các tổn thương của vùng chậu như tăng kích thước buồng trứng (chiếm 56,2%) và thâm nhiễm mỡ trong tiểu khung, quanh phần phụ (chiếm 68,8%). Các dấu hiệu này thể hiện bệnh nhân có viêm phần phụ, viêm tổ chức mỡ cạnh phần phụ, cơ quan lân cận. Các dấu hiệu này tương đồng với nghiên cứu của Wang PY, nghiên cứu này còn cho thấy chụp CLVT có thể được sử dụng để phát hiện các tổn thương ở các cơ quan lân cận phần phụ hoặc phúc mạc vùng tiểu khung, cho phép chẩn đoán phân biệt với viêm các cơ quan khác như túi mật, tụy, ruột thừa [10]. Nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm chỉ phát hiện 7/48 trường hợp có dấu hiệu nghi ngờ viêm phần phụ, không đặc hiệu, không quan sát thấy bất thường ở bao gan. Đánh giá vai trò của siêu âm trong hội chứng FHC, kết quả nghiên cứu tác giả Nishie A và Cs (2003) trên 13 bệnh nhân mắc hội chứng FHC, không thấy dấu hiệu bất thường trên siêu âm bụng, cho thấy siêu âm không có nhiều giá trị trong chẩn đoán hội chứng FHC [2,5].

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, ở một phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có biểu hiện đau vùng hạ sườn phải cấp tính, có hoặc không có đau bụng dưới, cần nghĩ đến hội chứng FHC. Chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang, đánh giá động học của thuốc qua nhiều thì sau tiêm, có thể thấy rõ rệt sự dày lên và tăng cường ngấm thuốc cản quang của bao gan (dày dạng dải chiếm 87,5%, vị trí mặt trước gan phải chiếm 98% và ngấm thuốc mạnh thì động mạch chiếm 100%), dấu hiệu tăng kích thước phần phụ (chiếm 56,2%), thâm nhiễm mỡ tiểu khung (chiếm 68,8%). Những dấu hiệu này trên chụp CLVT là những dấu hiệu rất gợi ý, cho phép chẩn đoán sớm hội chứng FHC và chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác, giúp điều trị hiệu quả, tránh các biến chứng của bệnh, đặc biệt về khả năng sinh sản của những phụ nữ đang trong độ tuổi sinh sản này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Thu Hà (2007)**. Nhiễm khuẩn đường sinh sản ở phụ nữ từ 19- 49 tuổi phường mai Dịch, Hà Nội năm 2005. Tạp chí Y học thực hành; 12: 93-96.
2. **Faré PB, Allio I, Monotti R, et al. (2018)**. Fitz-Hugh-Curtis Syndrome: A Diagnosis to Consider in a Woman with Right Upper Quadrant Abdominal Pain without Gallstones. Eur J Case Rep Intern Med; 5(2): 000743.
3. **Le Moigne F, Lamboley JL, Vitry T, et al. (2009)**. Usefulness of contrast-enhanced CT scan for diagnosis of Fitz-Hugh-Curtis syndrome. Gastroenterol Clin Biol; 33(12): 1176-8.
4. **Nadja Gp, Liana RC, Jeffrey RJ (2004)**. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: a diagnosis to consider in women with Right Upper Quadrant pain. Cleveland Clin J Med; 4(3): 233-239
5. **Nishie A, Yoshimitsu K, Irie H, et al. (2003)**. Fitz-Hugh-Curtis syndrome. radiologic manifestation. J Comput Assist Tomogr; 27: 786-91.
6. **Ricci P, Lema R, Solá V, et al. (2008)**. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: Three cases of incidental diagnosis during laparoscopy. J Obstet Gynaecol; 28(3): 352-4.
7. **Ris HW (1984)**. Perihepatitis (Fitz-Hugh-Curtis syndrome). J Adolescent Health Care; 5: 272-276.
8. **Takata K, Fukuda H, Umeda K (2018)**. Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a man positive for Chlamydia trachomatis. Clin J Gastroenterol; 11(4): 338-342.
9. **Van Dongen PW (1993)**. Diagnosis of Fitz-Hugh-Curtis syndrome by ultrasound. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol; 50(2): 159-62.
10. **Wang PY, Zhang L, Wang X, et al. (2015)**. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: clinical diagnostic value of dynamic enhanced MSCT. J Phys Ther Sci; 27(6): 1641-1644.
11. **You JS, Kim MJ, Chung HS, et al. (2012)**. Clinical features of Fitz-Hugh-Curtis Syndrome in the emergency department. Yonsei Med J; 53(4): 753-8.

ỨNG DỤNG THIẾT BỊ ĐO LIỀU DOLPHIN TRONG ĐẢM BẢO CHẤT LƯỢNG XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Văn Tình¹, Nguyễn Tiến Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm đánh giá thực tế triển khai thiết bị mới trong đảm bảo chất lượng xạ trị tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** 30 kế hoạch IMRT, VMAT tại các vùng đầu cổ, vùng thân, vùng khung chậu trên máy gia tốc VesaHD được thực hiện kiểm tra trước điều trị trên thiết bị Dolphin với phần mềm COMPASS và thiết bị Matrixx cùng phần mềm MyQA patient theo các tiêu chí đánh giá theo hiệp hội Y Vật lý Mỹ, Châu Âu (TG119, ESTRO2008) 3%/3mm, 2%/2mm, 1%/1mm tại các vùng. **Kết quả:** kế hoạch được tính toán trên phần mềm lập kế hoạch Monaco có kết quả tương xứng khi kiểm tra trên phần mềm độc lập COMPASS theo các tiêu chí trong hướng dẫn thực hành của hiệp hội Y Vật lý Mỹ số 119 (TG119). Các kế hoạch được kiểm tra trên thiết bị Dolphin và thiết bị Matrixx 3%/3mm tổng thể và tại các vùng đầu cổ, thân, khung chậu lần lượt là 98.25 ± 1.42 và 96.19 ± 2.99 ; 97.94 ± 1.11 và 95.99 ± 3.43 ; 98.23 ± 10.3 và 96.46 ± 2.91 ; 98.23 ± 10.3 và 96.46 ± 2.91 . **Kết luận:** Thiết bị đo liều Dolphin cho kết quả cao hơn khi so sánh các bản đồ liều 2D với thiết bị đo liều Matrixx. Qua đó, đưa ra được giới tin cậy (confidence limit) và hướng xử trí (action level) khi thực hiện trong thực tế lâm sàng. Phần mềm COMPASS cùng với thiết bị Dolphin là công cụ giúp kiểm tra kế hoạch tính toán bằng 1 phần mềm độc lập cũng như kiểm tra kế hoạch 3D trước điều trị.

SUMMARY

APPLICATION OF DOLPHIN DOSIMETER IN ENSURING RADIATION QUALITY IN K HOSPITAL

Objectives: To evaluate the actual implementation of new equipment to ensure the quality of radiotherapy at K hospital. **Subjects and methods:** 30 plans of IMRT and VMAT in the head, neck, trunk and upper pelvis areas on the VesaHD accelerators are performed pre-treatment testing on Dolphin equipment with COMPASS software and Matrixx equipment and MyQA patient software according to the evaluation criteria according to American Association of Physicists in Medicine (TG119, ESTRO2008) 3%/3mm, 2%/2mm, 1%/1mm in the regions. **Results:** the plans which were calculated on the Monaco planning software has commensurate results when tested on the COMPASS standalone software according to the criteria of the American Association of Physicists in Medicine 119 (TG119) practical guidelines. The plans were tested on the Dolphin device and the Matrixx device 3%/3mm overall and in the head, neck, pelvic area, pelvis, respectively 98.25 ± 1.42 and 96.19 ± 2.99 ; 97.94 ± 1.11 and 95.99 ± 3.43 ; 98.23 ± 10.3 and 96.46 ± 2.91 ; 98.23 ± 10.3 and 96.46 ± 2.91 . **Conclusion:** The Dolphin dosimeter provides higher results when comparing 2D dose maps with the Matrixx dosimeter. Thereby, it is given the confidence limit and the direction of action in clinical practice. COMPASS software with a Dolphin device is a tool to check the calculation plan with independent software as well as check the 3D plan before treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xạ trị là một trong những phương pháp cơ bản và hiệu quả trong điều trị nhiều loại ung

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Tình

Email: tinhbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

thư. Với những khối u nằm gần các tổ chức nguy cấp, kỹ thuật xạ trị điều biến liều IMRT và kỹ thuật xạ trị điều biến thể tích cung tròn VMAT được sử dụng ngày càng phổ biến trong lâm sàng. Những kỹ thuật này cho phép tạo phân bố liều cao phù hợp tại thể tích u và giảm liều nhanh chóng tới các tổ chức nguy cấp liền kề. Sở dĩ có việc kiểm định giữa tính toán mô phỏng và việc thực hiện thực tế của máy vì kế hoạch IMRT, VMAT khá là phức tạp [1], tổng liều phát lớn (MU: Monitor Units), việc tính toán mô phỏng được thực hiện trên cơ sở dữ liệu ban đầu của máy (baseline) có thể có sai khác một cách hệ thống (có xu hướng rõ rệt theo thời gian) hoặc sai khác ngẫu nhiên (liên quan đến tính ổn định của hệ thống máy), tính đến thời điểm hiện tại.

Hiện nay, trên thị trường có rất nhiều các thiết bị thương mại sử dụng trong kiểm tra kế hoạch trước điều trị để đảm bảo khả năng thực thi của máy gia tốc với các phương pháp đo liều 1D, 2D, 3D [2,3]. Các thiết bị này thường đo và thu thập xử lý số liệu dựa trên công cụ phân tích là phân tích Gamma (đánh giá qua tiêu chí gamma index và gamma pass rate). Một vấn đề cần đặt ra là: Với mỗi thiết bị đo liều có cho ra kết quả về chỉ số gamma và gamma pass rate là giống nhau khi thực hiện cùng một phương pháp đo liều? [4], Nếu không giống nhau thì cái nào là đúng?, Cái nào sai? Người thực hiện sẽ chấp nhận kết quả nào khi kiểm tra kế hoạch trước điều trị?. Chúng ta vẫn biết, các thiết bị thương mại đo liều, QA trước và trong điều trị khi chúng ta mua đều được cấp phép sử dụng trong xạ trị. Vậy lí do tại sao lại có sự khác biệt như vậy. Điều này được chỉ ra trong tài liệu hướng dẫn của hiệp hội Y Vật lý Mỹ (AAPM) trong báo cáo 119 (TG119) về việc thực hiện commissioning hay thiết lập kiểm tra thiết bị đo liều dùng trong QA kế hoạch nhằm xác định giới hạn tin cậy của thiết bị đo (the local confidence limit) so sánh với confidence limit được đưa ra trong TG119 và đưa ra mức xử trí (action level)[5] khi sử dụng từng loại thiết bị trong kiểm tra kế hoạch trước điều trị.

Tại bệnh viện K, việc thực hiện các kế hoạch IMRT, VMAT ngày càng phổ biến, việc QA trước điều trị được thực hiện theo phương pháp đo liều 1D (sử dụng buồng ion hóa), và 2D (sử dụng Matrix, iba) [6], cũng như mong muốn chuẩn hóa các quy trình kỹ thuật đặc biệt ngay từ những thiết bị mới trang bị. Thiết bị đo liều Dolphin được trang bị trong dự án các máy gia tốc mới, dùng trong đảm bảo chất lượng trước và trong xạ trị sắp được đưa vào sử dụng. Do đó, chúng tôi nhận thấy tính cấp thiết của việc

xây dựng một quy trình sử dụng thiết bị đo liều trước khi đưa vào sử dụng tại Khoa cũng như thực hiện trên các bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: được thực hiện tại khoa Vật lý xạ trị - Bệnh viện K trong thời gian từ tháng 3/2019 - 12/2019.

2. Đối tượng nghiên cứu: Các kế hoạch được chỉ định thực hiện kỹ thuật IMRT hoặc VMAT, thiết bị đo Dolphin[7,8], Matrixx, máy gia tốc VesaHD.

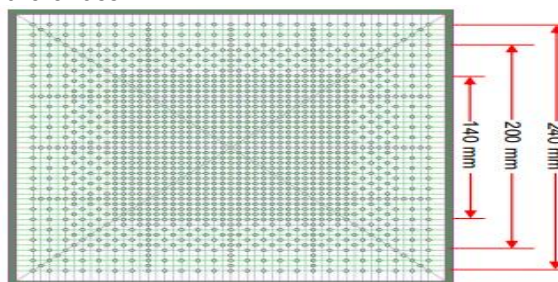
*Thiết bị đo liều Dolphin

Dolphin là một thiết bị đo liều cho phần mềm COMPASS. Nó là một hệ thống ma trận các detector bố trí trên một mặt phẳng có thể thực hiện kiểm tra liều trước và trong điều trị. Thiết bị này được gắn trực tiếp trên đầu máy điều trị và hệ thống thu nhận thông tin trên phần mềm máy tính qua mạng wifi hoặc mạng LAN.



Hình 1 Thiết bị Dolphin

Dolphin gồm 1514 cảm biến (sensors) trong đó có 1513 buồng ion hóa phẳng song song và 1 diode được đặt ở cạnh, được sắp xếp thành mạng lưới. thể tích nhạy của các buồng ion hóa là 0.016cc



Hình 2 Mặt phẳng detector trên Dolphin

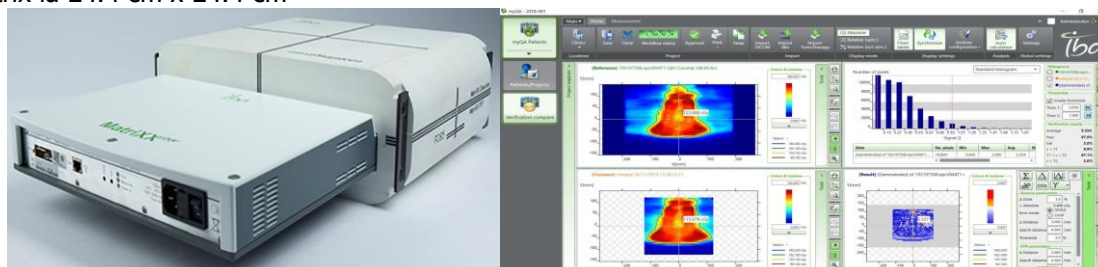
Vùng hoạt động đo đạc của detector là 24cm x 24 cm. Độ phân giải không gian là 5 mm với trường chiếu 14 cm x 14 cm và 10 mm trong vùng ngoài trường chiếu 14 cm x 14 cm. Phần mềm COMPASS là hệ thống phần mềm dựa trên thuật toán Collapsed cone convolution, nó yêu cầu các thông tin của đầu máy gia tốc để tính toán như một hệ thống TPS. Có thể coi phần mềm này là hệ thống TPS cũng như là trái tim của phương pháp này. Nó cung cấp cả việc tính

toán kế hoạch điều trị trên một hệ thống TPS độc lập. Điều này giúp kiểm tra được sự hoạt động của hệ thống TPS đang được sử dụng.

Thiết bị này còn tái tạo lại các phân bố liều theo không gian 3 chiều của các vùng thể tích từ kết quả đo đạc được.

❖ **Hệ thống Matrixx Evolution**

Hệ thống Matrixx Evolution gồm 1020 buồng ion hóa phẳng song song, vùng hoạt động của matrix là 24.4 cm x 24.4 cm



Hình 3 Thiết bị Matrix với phantom Mini, phân mềm myQA patient

3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm.

4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Dự kiến 30 kế hoạch điều trị tại các vùng: đầu cổ, vùng thân, vùng khung chậu.

5. Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin: Các kế hoạch được thực hiện lập trên phần mềm Monaco.

- Với Matrixx: kế hoạch sau khi lập được thực hiện tạo kế hoạch QA, sau đó xuất mặt phẳng liều và import vào phần mềm myQA patient. Thiết lập hệ thống matrix và phantom Mini và máy tính chuyên dụng, phát tia trên máy gia tốc đồng thời thu thập dữ liệu vào thiết bị matrix, sau đó xử lý dữ liệu trên myQA patient.

- Với Dolphin: kế hoạch sau khi lập xong được export toàn bộ gồm CT, RT plan, RT image, DVH. Import vào phần mềm COMPASS, tái tạo kế hoạch 3D trên phần mềm COMPASS, so sánh kế hoạch sau khi tái tạo và kế hoạch trên phần mềm Monaco. Thiết lập hệ thống tiến hành phát tia điều trị và thu thập dữ liệu. Xử lý tái tạo 3D từ bộ dữ liệu vừa thu thập được, so sánh với kết quả trên TPS. Các kế hoạch được đo liều với thiết bị Dolphin và Matrixx được thực hiện cùng 1 ngày để giảm sai số thẳng giáng của hệ thống máy. Thu thập các số liệu trên hai thiết bị và tiến hành so sánh đánh giá.

6. Phân tích số liệu: Việc so sánh kết quả đo liều 2D hoặc 3D giữa các phân bố liều tính toán mô phỏng với phân bố liều đo được (reference) thông thường được thực hiện thông qua các thuật toán so sánh và tiêu chí so sánh. Thông thường, mỗi một điểm/tọa độ (pixel) trên phân bố liều đo được sẽ được lấy làm tham chiếu để so sánh với một tập hợp các điểm trong phạm vi tọa độ tương ứng với bán kính 3mm trên phân bố liều tính toán để tìm điểm có chênh lệch về liều lượng $\leq 3\%$, nếu lấy tiêu chí chỉ số

so sánh là GI (3%, 3mm). Nếu $GI \leq 1$ thì có thể coi như là tìm được tọa độ (pixel) trên phân bố liều tính toán giống như trên tọa độ đo thực tế. Nếu $GI > 1$ thì việc so sánh thất bại (failed). Thông thường, nếu có trên 95% các điểm (pixel) có $GI \leq 1$ thì 2 bản đồ liều được coi là giống nhau, nghĩa là ứng với GPR (Gamma Passing Rate) 95%.

Nếu $y \leq 1$ (Đạt), $y > 1$ (Không đạt).

Dc : Là liều tính toán

Dm : Là liều đo đạc

ΔD : Là sai khác liều tính toán với liều đo đạc

DTA : Là khoảng cách giới hạn

rm : Là vị trí của điểm đo đạc

rc : Là vị trí không gian của phân bố tính toán ứng với điểm đo đạc

$GPR = [(Số\ điểm\ có) / (Tổng\ số\ điểm\ đo)] \times 100 (\%)$.

Từ kết quả thống kê đưa ra giới hạn tin cậy và hướng xử trí khi sử dụng thiết bị Dolphin.

7. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu của Bệnh viện K.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả đánh giá 30 phân bố liều 2D trên thiết bị Matrix và Dolphin.

Bảng 1. Đánh giá GPR và tính toán confidence limit cho các kế hoạch với tiêu chí (3%/3mm)

Tiêu chí	IMRT/VMAT GPR(Matrix)	IMRT/VMAT GPR(Dolphin)
Trung bình	96.19	98.25
Độ lệch chuẩn	2.99	1.42

Hầu hết các kết quả GPR của hai thiết bị trên phân bố liều 2D đều cho kết quả gần tương tự nhau, do đó việc đánh giá liều 2D trên Dolphin vẫn được đánh giá theo các tiêu chí đã được công

bổ Estro 2008 và AAPM TG 119. Tuy nhiên có sự bất thường trong một số trường hợp với các khối u thể tích nhỏ. khi thực hiện QA với matrix cho kết quả không đạt. Tuy nhiên, thực hiện trên Dolphin lại cho kết quả đạt với giá trị GPR cao. (89% và 99.5% trên Dolphin). Điều này có thể được giải thích bởi độ phân giải không gian của các thiết bị là khác nhau. Cụ thể thiết bị Dolphin có độ phân giải tốt hơn, buồng ion hóa lại là loại thích hợp cho đo kiểm tra các trường chiếu nhỏ (theo TRS 483). Do đó, dữ liệu các khối u nhỏ, các trường chiếu nhỏ sẽ thích hợp khi đo với thiết bị Dolphin để đảm bảo tính chính xác. Điều này cũng giải thích cho việc thiết bị Dolphin được sử dụng trong các phép kiểm tra đảm bảo chất lượng cho các kế hoạch xạ phẫu và xạ trị lập thể.

Các thể tích PTV sau khi đo đạc và tái tạo trên phần mềm COMPASS đều cho thấy giá trị V100% (100% liều chỉ định) bao phủ trên 95% thể tích. Cụ thể trung bình các kế hoạch là V100% là 98.79% với độ lệch chuẩn là 1.42.

Đánh giá GPR và tính toán confidence limit cho các kế hoạch với tiêu chí (3%/3mm)

a) Vùng đầu cổ

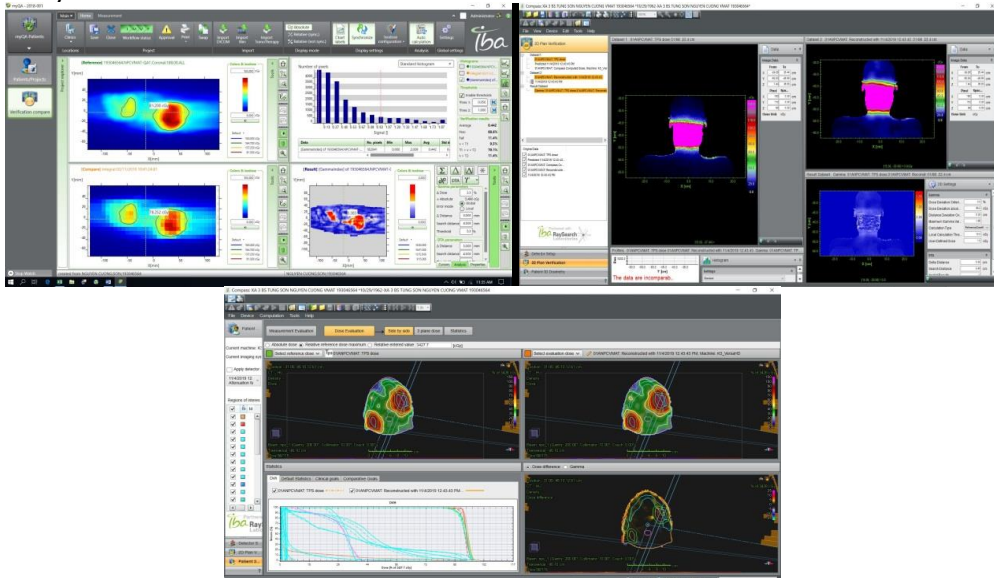
Bảng 2. Đánh giá GPR và tính toán confidence limit cho các kế hoạch với tiêu chí (3%/3mm)

Tiêu chí	IMRT/VMAT GPR (Matrix)	IMRT/VMAT GPR (Dolphin)
Trung bình	95.99 ± 3.43	97.94 ± 1.11

Bảng 3 Kết quả đo, tái tạo trên phần mềm COMPASS một số cơ quan và vùng tổ chức đầu cổ. Sự chênh lệch giữa tính toán và đo đạc thực tế (cGy).

Tiêu chí	PTV D99%	L len	R len	L optic nerve	R optic nerve	L eye	R eye
Trung bình	78.64	190.59	213.83	172.15	154.42	139.37	70.29
Độ lệch chuẩn	43.09	127.83	157.75	157.23	93.67	87.65	55.66
Tiêu chí	optic chiasm	oral cavity	Pituitary	true vocal cord	brainstem	Cord	
Trung bình	76.52	179.92	169.26	77.41	164.67	81.92	
Độ lệch chuẩn	62.27	149.81	106.16	54.41	221.27	54.89	

Các kết quả sau khi đo đạc so sánh giữa kết quả tái tạo và kết quả trên TPS cho thấy có sự chênh lệch 1-2Gy tùy từng vùng tổ chức. Các tổ chức càng nhỏ giá trị chênh lệch có thể lên tới 30% - 50%. Sở dĩ có sự chênh lệch lớn ở các vùng thể tích nhỏ là bởi độ phân giải trên TPS tốt hơn độ phân giải trên đo đạc (3mm và 5mm). Ngoài ra, một số các thiết bị cố định chưa được mô phỏng chi tiết giữa tính toán mô phỏng và đo đạc thực tế, liều lỗi ra cũng như độ phức tạp của kế hoạch cũng góp phần vào sai số này.



Hình 4 Minh họa so sánh tính toán trên MyQA và COMPASS cho khối u nhỏ.

b) Vùng thân

Bảng 4. Đánh giá GPR và tính toán confidence limit cho các kế hoạch với tiêu chí (3%/3mm)

Tiêu chí	IMRT/VMAT GPR (Matrix)	IMRT/VMAT GPR (Dolphin)
Trung bình	96.16±2.94	(Dolphin)

Bảng 5 So sánh sự chênh lệch của một số cơ quan giữa đo đạc thực tế và tính toán TPS vùng ngực (cGy).

Tiêu chí	PTV D99%	cord	lung	Heart
Trung bình	96.77	82.36	38.90	85.62
Độ lệch chuẩn	31.81	56.44	27.91	51.62

c) Vùng tiểu khung

Bảng 6. Đánh giá GPR và tính toán confidence limit cho các kế hoạch với tiêu chí (3%/3mm)

Tiêu chí	IMRT/VMAT GPR (Matrix)	IMRT/VMAT GPR(Dolphin)
Trung bình	96.46±2.91	98.23±10.3

Bảng 7. So sánh sự chênh lệch của một số cơ quan giữa đo đạc thực tế và tính toán TPS vùng khung chậu (cGy).

Tiêu chí	PTV D99%	small bowel	bladder	Rectum
Trung bình	143.08	113.02	111.84	150.36
Độ lệch chuẩn	115.08	27.99	47.67	33.42

d) Kết quả so sánh GPR cho từng vùng với các tiêu chí khác nhau

Bảng 8. So sánh GPR cho các vùng đầu cổ, vùng thân, vùng khung chậu theo các tiêu chí 2%/2mm, 1%/1mm trên các thiết bị Matrix và Dolphin.

Tiêu chí		Matrixx	Dolphin
Đầu cổ	2%/2mm	86.5±5.93	94.11±2.3
	1%/1mm	56.7±8.46	73.6±10.73
Vùng thân	2%/2mm	86.41±5.55	96.1±3.77
	1%/1mm	56.33±10.84	78.47±16.83
Tiểu khung	2%/2mm	86.07±5.83	94.69±2.05
	1%/1mm	55.45±8.41	72.33±10.3

e) Đánh giá kế hoạch tính toán trên phần mềm COMPASS (Computed dose) so với TPS

Tùy từng vùng cụ thể mà giá trị trung bình của các vùng có sự sai khác nhau ± 0-3 Gy. giá trị này tương đương với báo cáo Johannes Thoecking và cs năm 2015[3].

ROI	D99 [cGy]				Average [cGy]				D1 [cGy]			
	Ref	Eval	Diff	Diff %	Ref	Eval	Diff	Diff %	Ref	Eval	Diff	Diff %
Rt Eye	7.1	6.0	-1.1	-15.2%	11.1	10.7	-0.4	-3.3%	16.8	16.2	-0.6	-3.7%
Optic Chiasm	20.3	18.8	-1.5	-7.2%	24.8	19.8	-5.0	-20.2%	31.5	21.9	-9.6	-30.6%
Brainstem	24.1	16.1	-8.1	-33.4%	58.6	60.9	2.3	3.9%	186.1	221.0	34.8	18.7%
Spiner Cord	243.0	282.5	39.6	16.3%	1031.8	1003.1	-28.7	-2.8%	1427.4	1370.5	-56.9	-4.0%
LT Eye	8.9	9.6	0.7	7.6%	13.6	16.1	2.5	18.3%	19.7	21.8	2.1	10.9%
LT Optic nerve	15.8	20.9	5.1	31.9%	20.4	25.0	4.6	22.4%	26.1	28.5	2.5	9.5%
Brain	3.8	0.0	-3.8	-100.0%	10.9	3.4	-7.6	-69.2%	22.7	17.7	-5.0	-22.0%
Mandible	77.2	82.3	5.1	6.6%	1441.8	1475.9	34.1	2.4%	3238.3	3283.5	45.2	1.4%
Rt Parotid	67.0	94.4	27.4	40.9%	1424.2	1425.3	1.1	0.1%	3094.4	3083.5	-11.0	-0.4%
R LEN	6.5	6.5	0.0	-0.1%	8.4	7.8	-0.6	-7.4%	11.6	9.7	-1.8	-15.8%
Lt Parotid gland	70.1	67.3	-2.8	-4.1%	1207.5	1203.0	-4.5	-0.4%	3186.8	3199.3	12.5	0.4%
R sub mendibular	762.6	769.7	7.1	0.9%	1084.3	1064.3	-20.0	-1.8%	1320.7	1256.6	-64.1	-4.8%
Pituitary gland	23.0	21.8	-1.2	-5.3%	26.7	22.2	-4.6	-17.1%	31.4	22.9	-8.4	-26.9%
Lmendibular	2860.4	2697.0	-163.4	-5.7%	3160.5	3133.7	-26.8	-0.8%	3308.5	3247.5	-61.0	-1.8%
ctv	2982.2	3081.4	99.2	3.3%	3193.2	3211.1	17.9	0.6%	3330.1	3312.9	-17.1	-0.5%
PTV30	2907.1	2803.9	-103.2	-3.6%	3167.4	3148.8	-18.6	-0.6%	3330.6	3303.0	-27.6	-0.8%

Hình 5 Minh họa sự sai khác giữa TPS và tính toán trên COMPASS.

IV. BÀN LUẬN

Thiết bị đo liều Dolphin cùng hệ thống phần mềm COMPASS được đưa vào sử dụng tại bệnh viện K từ giữa năm 2019 với các nghiên cứu bước đầu trước khi thiết bị được sử dụng thông dụng trong các quy trình tại bệnh viện. Thiết bị đã được thực hiện trên các kế hoạch khác nhau cho từng vùng để lấy được các kết quả bước đầu sử dụng, đưa ra các ưu nhược điểm của thiết bị

cho từng ca bệnh. Qua nghiên cứu cũng cho thấy rằng. Thiết bị Dolphin khi thực hiện kiểm định 2D có thể hoàn toàn dựa theo các nghiên cứu của thế giới như ESTRO 2008 và AAPM TG119 về kiểm định 2D các kế hoạch IMRT, VMAT, đây có thể là thiết bị tham chiếu với các thiết bị hiện có trong khoa cũng như các phương pháp đo liều 1D với buồng ion hóa FC-65, 2D như Matrix. Thiết bị Dolphin với ưu điểm vượt

trội trong việc thực hiện kiểm định các kế hoạch IMRT, VMAT với các khối u nhỏ. Bởi các buồng ion hóa của nó phù hợp với việc đo đạc các trường chiếu nhỏ với độ chính xác cao hơn các thiết bị khác hiện có trong khoa (theo TRS 483 về thực hiện đo liều các trường chiếu nhỏ). Do vậy, thiết bị Dolphin phù hợp với việc đo kiểm tra kế hoạch khối u nhỏ, kế hoạch xạ phẫu, xạ trị lập thể, là hướng triển khai kỹ thuật của bệnh viện trong thời gian tới.

V. KẾT LUẬN

Phần mềm COMPASS cùng với thiết bị đo liều Dolphin là công cụ giúp kiểm tra kế hoạch tính toán bằng 1 phần mềm độc lập cũng như kiểm tra kế hoạch 3D trước điều trị. Thiết bị Dolphin phù hợp với việc đo kiểm tra kế hoạch khối u nhỏ, kế hoạch xạ phẫu, xạ trị lập thể. Đây là hướng triển khai kỹ thuật của bệnh viện K trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **De Wagter C (2004)** The ideal dosimeter for intensity modulated radiation therapy (IMRT): What is require?. J. Phys. Conf. Ser 3: 4-8.
2. **Mark Oldham et al (2006)** 3D dosimetry by optical-CT scanning. J Phys Conf Ser 56: 58-71.
3. **Mark Oldham et al (2001)** High resolution gel-dosimetry by optical-CT and MR scanning. J Medical Physics 28 (7).
4. **Gary A. Ezzell et al (2009)** IMRT commissioning: Multiple institution planning and dosimetry comparisons. AAPM, TG-119, Medical Physics 36 (11).
5. **Palta JR et al (2003)** Tolerance limits and action levels for planning and delivery of IMRT. American Association of Physicists in Medicine, Medical Physics Monograph 29: 593-612.
6. **Ramesh Boggula, et al.** Evaluation of 2D detector array for patient – specific VMAT QA with different steps.
7. **So-Yeon Park, et al.** Validation of new transmission detector transmission factors for online dosimetry: an experimental study.
8. **Thoelking J et al (2016)** Patient-specific online dose verification based on transmission detector measurements. Radio ther Oncology.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U NGUYÊN BÀO THẦN KINH THƯỢNG THẬN

Phạm Duy Hiền*, Trần Xuân Nam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u nguyên bào thần kinh thượng thận (UNBTK thượng thận). **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu tất cả các bệnh nhân (BN) dưới 16 tuổi được chẩn đoán UNBTK thượng thận và có chỉ định làm phẫu thuật nội soi từ năm 2015-2019. Chẩn đoán dựa vào dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh (đặc biệt u có ranh giới rõ và không xâm lấn vào các cấu trúc xung quanh trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh). Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung của bệnh nhân, các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh. **Kết quả:** Có 38 bệnh nhân trong nghiên cứu với tuổi trung bình 31.82 ± 33.1 tháng; nam/nữ: 1.4/1. Lý do vào viện chủ yếu do tình cờ chiếm 55.3%, Triệu chứng lâm sàng và toàn thân thường gặp không đặc hiệu. Tăng VMA và HVA niệu 24h trên 2.5 lần so với ngưỡng là 60.5%. Siêu âm cho phép xác định 97.4% trường hợp. Đặc điểm khối u NBTK tuyến thượng thận trên CLVT: 100% phát hiện 1 u trên phim chụp, vị trí bên phải thường gặp hơn (63.2%) so với bên trái (36.8%), 84.2% khối u có vỏ hóa, 44.7% khối u có đờ đầy thận xuống dưới, 10.5%

u có hoại tử trong lòng u, xâm lấn chiếm 7.9%, không phát hiện hạch ổ bụng. **Kết luận:** UNBTK thượng thận hay gặp ở trẻ em. Triệu chứng bệnh không đặc hiệu. Chẩn đoán xác định thông qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Từ khóa: u nguyên bào thần kinh thượng thận, ở trẻ em

SUMMARY

CLINICAL AND PRE-CLINICAL FEATURES OF THE PATIENTS WITH ADRENAL NEUROBLASTOMA

Objective: to describe clinical and pre-clinical features of the patients with adrenal neuroblastoma at Vietnam National Children Hospital. **Methods:** Medical records of all patients under 16 years old with diagnosis of adrenal neuroblastoma with indication of laparoscopic adrenalectomy from 2015 to 2019. Diagnosis base on clinical and pre-clinical sign of disease (indication with the well- borderline tumor in imaging test). Study design is retrospective study. **Results:** 38 patients were identified. The medium age is 31.82 ± 33.1 months, the male/ female ratio: 1.4/1. The most reasonable admission is incidental (55,3%). Clinical and body physical examination are unspecific. Evaluated VMA and HVA urine increase 2,5 times (60,5%). The sensitiviy of abdominal ultrasound is 97,4%. The characteristics of adrenal neuroblastoma on abdominal CT: 100% case were detected, on the right side (63,2%), 84,2%: calcification, 44,7%: renal decompression, 7,9%: invasion, no abdominal node.

*Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 8.4.2020

Conclusion: Adrenal neuroblastoma is common in children. The signs of disease are unspecific. Exact diagnosis bases on imaging findings.

Keywords: adrenal neuroblastoma, in children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U Nguyên bào thần kinh (Neuroblastoma – NBTK) là một khối u ác tính ngoài sọ có nguồn gốc phôi thai bào của hệ thần kinh giao cảm. Tế bào gốc của khối u là những tế bào tiềm thân đang phát triển hoặc chưa biệt hóa hoàn toàn, bắt nguồn từ mô bào thần kinh. Do vậy, U NBTK thường xảy ra ở trẻ nhỏ, đây là khối u hay gặp nhất ở trẻ dưới 1 tuổi [1]. U NBTK là một trong những khối u hay gặp nhất ở trẻ nhỏ, chiếm khoảng 8-10% trong tổng số các bệnh ung thư ở trẻ em, đứng thứ 4 sau bệnh bạch cầu cấp, U não và u lympho [2]. Khối u NBTK có thể nằm bất kỳ vị trí nào của hệ thần kinh giao cảm và thường gặp nhất là tuyến thượng thận và chuỗi hạch giao cảm cạnh sống. Khối U NBTK tuyến thượng thận chiếm khoảng 40 – 60% tổng số U NBTK trên toàn cơ thể. U NBTK tuyến thượng thận mang đầy đủ đặc điểm của U NBTK nói chung tuy nhiên tuyến thượng thận là một tuyến nội tiết do vậy chúng có sự khác biệt về lâm sàng, sinh học và tiên lượng nhất định. Những năm gần đây, đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị UNBTK tuyến thượng thận với các phương pháp điều trị phối hợp đa mô thức như phẫu thuật, xạ trị, hóa trị liệu cùng các phương pháp dựa trên cơ sở sinh học (điều trị biệt hóa tế bào, điều trị miễn dịch, ghép tế bào gốc). Trong đó, phẫu thuật (đặc biệt gần đây là PTNS) vẫn là phương pháp chính điều trị UNBTK thượng thận, bên cạnh sự kết hợp của các phương pháp khác. Mục tiêu của nghiên cứu là trình bày đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chẩn đoán U NBTK thượng thận có chỉ định phẫu thuật nội soi (PTNS)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhi được chẩn đoán U NBTK thượng thận có chỉ định phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ năm 2015-2019.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca bệnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: tất cả bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán U NBTK thượng thận (dựa vào lâm sàng và cận lâm

sàng) có ranh giới rõ và không xâm lấn vào các cơ quan xung quanh trên CT hoặc MRI.

Tiêu chuẩn loại trừ: mắc các bệnh ung thư khác kèm theo, mắc các bệnh lý nội khoa khác.

Xử lý số liệu bằng Excel và Spss 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 38 bệnh nhân trong nghiên cứu với 22 trẻ nam, 16 trẻ nữ, tỉ lệ nam/ nữ: 1,4/1.

Tuổi trung bình của bệnh nhân: 31.82 ± 33.1 tháng, (2- 140 tháng).

Bảng 1. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau bụng	12	31,6
Sờ thấy khối	8	21,1
Nôn nhiều	3	7,9
Gầy sút	14	36,8
Vô tình phát hiện	21	55,3
Siêu âm trước sinh	3	7,9

Nhận xét: đa số được phát hiện tình cờ (55.3%) khi đến khám vì bệnh khác và gầy sút cân hoặc không tăng cân (36.8%).

- Một số trẻ có biểu hiện bệnh lý tiêu hóa như đau bụng (31.6%) hay nôn (21.1%). Triệu chứng không đặc hiệu dễ nhầm với các bệnh lý khác

Bảng 2: triệu chứng lâm sàng lúc vào viện

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau bụng	13	34,2
Sờ thấy khối ở bụng	16	42,1
Bụng chướng	12	31,6
Tiêu chảy kéo dài	8	21,1
Nôn kéo dài	3	7,9
Gan to	7	18,4

Nhận xét: - Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhi lúc vào viện đa dạng. Triệu chứng thường gặp nhất là sờ thấy khối ổ bụng (42.1%) trong đó hay gặp nhất là nhóm tuổi <24 tháng tuổi (với 10/16 bệnh nhi chiếm 62.5%).

- Triệu chứng đa dạng: dễ nhầm với các bệnh lý khác, dễ bỏ sót

Bảng 3: kết quả xét nghiệm trước mổ

Xét nghiệm	Số lượng bệnh nhi	Tỷ lệ %
VMA niệu 24h n = 38	Cao	23 60,5
	Bình thường	15 39,5
HVA niệu 24h n = 38	Cao	23 60,5
	Bình thường	15 39,5

Nhận xét: - Kết quả xét nghiệm cho thấy sự tăng VMA niệu 24h và HVA niệu 24h cũng thường gặp với 23/38 bệnh nhi chiếm 60.5%.

Bảng 4: đặc điểm u trên xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh

Đặc điểm	Siêu âm		Cắt lớp vi tính	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí	Không thấy u	1 2,6	0	0
	Bên phải	24	63,2	24

	Bên trái	13	34,2	14	36,8
	Cả hai bên	0	0	0	0
Số lượng	Không thấy u	1	2,6	0	0
	1 u	37	97,4	38	100
	> 1 u	0	0	0	0
Tính chất	Vôi hóa	19	51,4	32	84,2
	Hoại tử	0	0	4	10,5
	Đề đẩy	7	18,9	17	44,7
	Xâm lấn	0	0	3	7,9
Kích thước		35.41 ± 9.9 (10-56 mm)		38.53± 11.6 (14-58 mm)	

Nhận xét: - siêu âm quan sát được phần lớn là 01 u trên cả siêu âm và CLVT với 37/38 trường hợp quan sát thấy (chiếm 97.4%), u bên phải nhiều hơn bên trái (63.2% so với 34.2%). Kết quả này tương tự với kết quả chụp cắt lớp vi tính với 63.2% u bên phải và 34.3% u bên trái.

- Tuy nhiên trên siêu âm không quan sát thấy u ở 01 trường hợp và không có trường hợp nào quan sát thấy nhiều hơn 1 u. Trong khi đó trên hình ảnh cắt lớp vi tính 100% bệnh nhi trong nhóm nghiên cứu thấy 01 u. Cho thấy độ nhạy của siêu âm không bằng cắt lớp tính

- Kích thước trung bình đo được trên hình ảnh cắt lớp vi tính lớn hơn so siêu âm (36.95 ± 8.9 mm so với 38.53 ± 11.6 mm). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Đặc điểm hình ảnh được mô tả nhiều nhất là sự vôi hóa. Trên kết quả siêu âm vôi hóa gặp ở 51.4% bệnh nhi, trên kết quả chụp cắt lớp vi tính tỷ lệ này là 84.2%. Không gặp bệnh nhân nào có hạch ổ bụng.

Bảng 5: Bảng phân tầng yếu tố nguy cơ theo INSS và INRGSS

Phân tầng yếu tố nguy cơ theo INSS	Số lượng	Tỷ lệ %
Nguy cơ thấp	36	94,7
Nguy cơ trung bình	2	5,3
Nguy cơ cao	0	0
Phân tầng yếu tố nguy cơ theo INRGSS		
Nguy cơ rất thấp	27	71,1
Nguy cơ thấp	11	28,9
Nguy cơ trung bình	0	0
Nguy cơ cao	0	0

Nhận xét: Với cách phân loại yếu tố nguy cơ theo INSS, phần lớn (94.7 %) số bệnh nhi trong nhóm nghiên cứu có yếu tố nguy cơ thấp, tiên lượng tốt, chỉ có 2 bệnh nhi có yếu tố nguy cơ trung bình chiếm 5.3%. Với cách phân loại yếu tố nguy cơ theo INRGSS 100% số bệnh nhi đều phân tầng nguy cơ thấp hoặc rất thấp. Điều này cho thấy nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tiên lượng tốt trên lâm sàng.

IV. BÀN LUẬN

U nguyên bào thần kinh là một khối u bào thai của hệ TK giao cảm có nguồn gốc từ sừng TK. Đây là một khối u đặc ác tính thường gặp ở trẻ em. Chiếm khoảng 8 – 10% tổng số các loại ung thư trẻ em trên thế giới, đứng hàng thứ 4 sau bạch cầu cấp, u não và u lympho [3]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Công Khanh tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 1991 – 1995, tỷ lệ mắc u NBTK là 6.8% các bệnh ung thư trẻ em, đứng thứ ba sau bệnh bạch cầu cấp và u não (Phùng Tuyết Lan, 2007) [4]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng vị trí u NBTK nguyên phát thường gặp nhất là tuyến thượng thận. Tần suất mắc bệnh không có nhiều khác biệt theo giới nhưng lại rất khác nhau giữa các nhóm tuổi. Trong nghiên cứu của tôi, tuổi vào viện trung bình là 31.82 ± 33.1 tháng (2 – 140 tháng). Kết quả của tôi cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Kim Ngọc năm 2008 (28 tháng) [5]. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Phùng Tuyết Lan (2007) là 3.53 tuổi [4]. Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất trong nghiên cứu của tôi là dưới 12 tháng tuổi (44.7%), phần lớn bệnh nhi nhập viện lúc dưới 5 tuổi (76.3%). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu khác như Lê Thị Kim Ngọc (2008) với 32.7% bệnh nhi bị bệnh dưới 12 tháng và 97.9% bệnh nhi bị bệnh dưới 5 tuổi [5]. U NBTK tuyến thượng thận gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1.4:1. Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả khác.

Có nhiều báo cáo thống kê lý do vào viện của bệnh nhi mắc u NBTK nói chung và u NBTK tuyến thượng thận nói riêng. Theo Wen-Guang He (2017) với thống kê từ 279 bệnh nhân thấy phần lớn bệnh nhi được phát hiện tình cờ qua siêu âm hoặc chụp CLVT (47%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với 55.3% bệnh nhi vào viện do tình cờ. Ngoài ra trong nghiên cứu cũng chỉ ra một số lý do khiến bệnh nhi vào viện là gầy sút hoặc không tăng cân chiếm 36.8%. U NBTK tuyến thượng thận gây các triệu chứng tiêu hóa như đau bụng 31.6% hay nôn nhiều kéo dài 21.1% và sờ thấy khối ổ bụng 18.4%. Trong

ngiên cứu có 3 bệnh nhi có chẩn đoán trước sinh bằng siêu âm trong 3 tháng cuối của thai kỳ là có khối u ổ bụng chiếm 10.5%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Hwang Sook Min (2016) khi nghiên cứu 41 bệnh nhi cho thấy khả năng phát hiện trước sinh khối u nguyên bào thần kinh tuyến thượng thận là 50%.

Triệu chứng lâm sàng và toàn thân U NBTK được nhiều nghiên cứu đề cập đến với biểu hiện lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu.

Xét nghiệm VMA niệu: định lượng catecholamin trong nước tiểu 24 giờ là một xét nghiệm quan trọng để xác định chẩn đoán cũng như theo dõi tiến triển của bệnh trong thời gian điều trị. Trong nghiên cứu này, các bệnh nhi được định lượng VMA và HVA niệu 24 giờ, kết quả cho thấy 60.5% (23/38 bệnh nhi) có tăng trên 2,5 lần so với bình thường cả 2 chỉ số. Ngưỡng tăng Catecholamin niệu từ 2,5 lần so với bình thường được chọn theo kinh nghiệm chẩn đoán sàng lọc u NBTK Nhật bản và hướng dẫn chẩn đoán của Bộ Y tế [2]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn hầu hết các nghiên cứu khác như Trần Thị Chi Mai (2014) khi nghiên cứu 2 nhóm bệnh nhi mắc và không mắc u NBTK được làm HVA và VMA niệu 24 giờ tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy VMA niệu 24h có độ nhạy 82.0% và độ đặc hiệu 93.8%, HVA có độ nhạy 86% và độ đặc hiệu 96.3%. Cũng theo Verly và cộng sự (2017) phân tích 96 bệnh nhi trong đó có 59% bệnh nhi mắc u NBTK tuyến thượng thận cho thấy sự kết hợp VMA và HVA có độ nhạy chẩn đoán là 84%.

Chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, chụp CLVT) có mục đích: xác định khối u nguyên phát, từ đó xác định được tính chất u, chẩn đoán và hướng điều trị cũng như theo dõi điều trị. Trên chẩn đoán hình ảnh cho khối u NBTK tuyến thượng thận cho thấy đây là một khối u đặc không đồng nhất, có thể có nang, hay gặp các ổ calci hóa, đôi khi gặp các ổ hoại tử chảy máu. Trong nghiên cứu, siêu âm phát hiện được 37/38 bệnh nhi mắc u NBTK tuyến thượng thận, độ nhạy 97.4%. Hình ảnh siêu âm mô tả thấy có 51.4% bệnh nhi có vôi hóa bên trong khối u và 18.9% bệnh nhi có dấu hiệu khối u đè đẩy tổ chức xung quanh, chủ yếu là thận cùng bên tổn thương. Không có trường hợp nào phát hiện hoại tử bên trong khối u và khối u xâm lấn tổ chức xung quanh khối u thông qua siêu âm. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy vôi hóa ở 84.2% các khối u, kết quả này tương đồng với tính chất khối u NBTK trên CLVT của Low (2012) với tỷ lệ canxi hóa là 85%, hoặc của Hartmann với tỷ lệ canxi hóa là 80% (Phùng Tuyết Lan, 2007)[4]. Với kết quả

10.5% bệnh nhi có hoại tử u, nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Phùng Tuyết Lan (2007) hoặc Lê Thị Kim Ngọc với tỷ lệ hoại tử u trên hình ảnh CLVT là 46% [4],[5]. Kết quả chụp CLVT trong nghiên cứu cho thấy 44.7% các khối u NBTK tuyến thượng thận có sự đè đẩy tổ chức xung quanh, thường là đè đẩy thận cùng bên tổn thương xuống dưới. Kết quả phát hiện tình trạng đè đẩy của khối u trên CLVT cao hơn (44.7%) rất nhiều kết quả phát hiện qua siêu âm (18.9%). Kết quả chụp CLVT trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện 3 trường hợp xâm lấn mạch máu tuy nhiên mức độ xâm lấn chưa đạt yếu tố nguy cơ về hình ảnh. 100% bệnh nhi trong nghiên cứu này không có yếu tố nguy cơ hình ảnh hay INRFs (-) 100%. Kết quả này có được do sự lựa chọn nhóm bệnh nhi chuẩn bị cho phẫu thuật nội soi loại trừ các trường hợp có xâm lấn và có di căn. Trong nghiên cứu, vị trí trên CLVT tất cả các bệnh nhi đều phát hiện 1 khối u tuyến thượng thận. Trong đó, 24 bệnh nhi mắc bệnh bên phải chiếm 63.2%, 14 bệnh nhi mắc bệnh bên trái chiếm 36.8% và không có bệnh nhi nào mắc bệnh cả 2 bên tuyến thượng thận. Theo Phạm Duy Hiền (2017) nghiên cứu hồi cứu 25 bệnh nhi được phẫu thuật cắt khối u tuyến thượng thận ghi nhận có 19 khối u bên phải chiếm 76%, 6 khối u bên trái chiếm 24% và không có bệnh nhi nào mắc bệnh 2 bên [6]. Các kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu này. Trong nghiên cứu không phát hiện bệnh nhi nào mắc bệnh cả hai bên thấp hơn một số nghiên cứu như theo Dinh Tu (2017) khi nghiên cứu 1617 bệnh nhi mắc u NBTK tuyến thượng thận ghi nhận có 1585 bệnh nhi mắc bên 1 bên tuyến thượng thận chiếm 98% và 32 bệnh nhi mắc bệnh 2 bên chiếm 2% hoặc Lê Thị Kim Ngọc (2008) nghiên cứu 49 bệnh nhi mắc u NBTK sau phúc mạc tại Bệnh viện Nhi Trung ương ghi nhận 1 bệnh nhi mắc bệnh 2 bên chiếm 2% [5]

Trong nghiên cứu theo INSS phần lớn bệnh nhi mắc bệnh giai đoạn I chiếm 76.3%, 8 bệnh nhi mắc bệnh giai đoạn II chiếm 21.1% và chỉ có 1 bệnh nhi mắc bệnh giai đoạn Ms chiếm 2.6%. Phân loại theo INRGSS cũng củng cố cho kết quả tương tự. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Wei Yao ((2018) khi nghiên cứu 37 bệnh nhi tại Trung Quốc năm 2018 với 27 bệnh nhi mắc bệnh giai đoạn I chiếm 72.9% và 10 bệnh nhi mắc bệnh giai đoạn II chiếm 37.1%. Hoặc theo nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn và cộng sự (2011) khi nghiên cứu 13 bệnh nhi được phẫu thuật u tuyến thượng thận bằng phương pháp nội soi có 6 bệnh nhi u nguyên bào thần kinh và 3 bệnh nhi mắc u hạch nguyên bào thần kinh, cả

9 bệnh nhi này đều ở giai đoạn I, II [7]. Trong nghiên cứu không có bệnh nhi nào giai đoạn III, IV. Theo Al-Shanafey (2008) khi ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị các khối tuyến thượng thận trong đó nhấn mạnh về hiệu quả các tổn thương ác tính trong đó có u NBTK với 5 bệnh nhi (17%) tất cả đều ở giai đoạn IVs. Theo De Lagausie (2002) trong 9 ca bệnh của ông có 7 bệnh nhi u NBTK, trong đó có 4 bệnh nhi giai đoạn I và 3 bệnh nhi ở giai đoạn IV. Điều này là hợp lý do nhóm bệnh nhi trong nghiên cứu được lựa chọn theo kiến nghị của hiệp hội ung thư nhi về việc lựa chọn bệnh nhân cho phẫu thuật nội soi cắt tuyến thượng thận cùng với u để điều trị u NBTK tuyến thượng thận.

V. KẾT LUẬN

U nguyên bào thần kinh thượng thận hay gặp ở trẻ em. Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu do vậy chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh. Lựa chọn bệnh nhân cho phẫu thuật nội soi khi chưa có di căn và xâm lấn vào tổ chức xung quanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lukens John N.** (1999), Neuroblastoma in the Neonate, *Seminars in Perinatology*, 23(4), 263-273.
2. **Bộ Y Tế** (2015), U nguyên bào thần kinh, Hướng dẫn chẩn đoán một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Nhà xuất bản Y học, 602-611.
3. **Kenamer Debra L. Callender Glenda G., Grubbs Elizabeth G. et al.** (2009), Posterior Retroperitoneoscopic adrenalectomy, *Advances in surgery*, 43, 147 – 157.
4. **Phùng Tuyết Lan** (2007), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và điều trị U nguyên bào thần kinh ở trẻ em, Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Thị Kim Ngọc** (2008), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và chụp cắt lớp vi tính u nguyên bào thần kinh sau phúc mạc ở trẻ em, Luận văn thạc sĩ y học, (Đại học Y Hà Nội).
6. **Trần Anh Quỳnh Phạm Duy Hiền, Trần Xuân Nam** (2017), Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận ở trẻ em, Tạp chí Y học Việt Nam, 455, 65-71.
7. **Nguyễn Thanh Liêm Trần Ngọc Sơn** (2011), Phẫu thuật nội soi cắt u thượng thận ở trẻ em: tiếp cận đường qua phúc mạc hay sau phúc mạc, Tạp chí nghiên cứu y học- Y học thành phố Hồ Chí Minh, 15(3), 116 – 120.

THỰC HÀNH SƠ CỨU BỎNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ DƯỚI 6 TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH ĐỊNH NĂM 2019

Nguyễn Thị Như Tú¹, Võ Hồng Phong²,
Trần Thị Xuân Tâm², Phan Trọng Lân³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại Khoa Ngoại chấn thương bỏng của Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định từ tháng 7/2019-12/2019 trên 61 người chăm sóc trẻ điều trị bỏng. Số người có thực hành sơ cứu bỏng ở mức độ đạt chiếm 23%. Có mối liên quan giữa kiến thức của những người chăm sóc trẻ và thực hành sơ cứu bỏng tại nhà cho trẻ; những người có kiến thức ở mức độ đạt thì thực hành sơ cứu bỏng đạt cao hơn gấp 4,2 lần so với những người kiến thức ở mức độ không đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Xây dựng kế hoạch Chương trình phòng chống tai nạn thương tích trẻ em tại địa phương cần tăng cường hoạt động truyền thông giáo dục sơ cứu

bỏng nhiệt tại cộng đồng, tập trung hướng dẫn chi tiết các bước sơ cứu ngay sau khi tai nạn bỏng xảy ra và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc làm mát vết bỏng bằng nước sạch, thời gian cần thiết để làm mát vết bỏng và khuyến cáo không sử dụng các phương pháp không khoa học bôi trực tiếp lên vùng bỏng.

Từ khóa: người chăm sóc trẻ, trẻ dưới 6 tuổi, sơ cứu bỏng, tỉnh Bình Định

SUMMARY

PRACTICE OF FIRST-AID AND SOME FACTORS RELATED TO CAREGIVERS OF CHILDREN UNDER 6 YEAR OLD TREATED AT BINH DINH GENERAL HOSPITAL, 2019

A cross-sectional descriptive study was conducted in the Traumatic Surgery and Burning Department in Binh Dinh General Hospital from July to December 2019 on 61 child-caregivers treated burns. The number of caregivers who practiced first aid burns at attained level was 23%. There was a relationship between the knowledge of child-caregivers and the practice of the burn first-aid at home; The caregivers having knowledge at attained level practiced burns first-aid 4.2 times higher than those who have

¹Sở Y tế Bình Định

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định

³Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như Tú

Email: nhutu66@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 7.4.2020

knowledge at unattained level, the difference was statistically significant ($p < 0.05$). Developing a plan for local children injury prevention programs should enhance communication activities in community burn first aid, focused on giving detailed instructions on first-aid steps right immediately after the burn accident occurred and emphasizing the importance of cooling the burn with clean water, the time needed to cool the burn and advising not to use unscientific methods applied directly to the burn area.

Key words: Child caregivers, Children under 6 years old, burns first-aid, Bình Định Province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam theo báo cáo của Viện bỏng quốc gia tai nạn thương tích về bỏng ở nước ta đứng hàng hai chỉ sau tai nạn giao thông, mỗi năm có khoảng 15,000-16,000 BN bỏng phải nhập viện [6]. Năm nguyên nhân hàng đầu gây chấn thương không tử vong cho trẻ dưới 18 tuổi tại 6 tỉnh của Việt Nam thì chấn thương do bỏng (324/100.000) xếp hàng thứ 5. Trẻ dưới 5 tuổi chấn thương chủ yếu do bỏng và ngã, trong đó bỏng chiếm 9% [1].

Nghiên cứu của Vũ Đỗ Mạnh cho thấy tai nạn bỏng thường xảy ra một cách bất ngờ tại nhà chiếm tỷ lệ hơn 84,7% [2] và nghiên cứu của Lê Vũ Anh cũng kết luận chính người bị nạn sẽ tự mình sơ cứu hay được người thân trong gia đình sơ cứu [1]. Do đó việc sơ cứu bỏng hợp lý và chính xác tại nhà như làm mát vết bỏng bằng nước lạnh khoảng 20 phút sẽ giúp làm giảm tỷ lệ tử vong, giảm đau đớn, giảm tổn thương tế bào, giảm sưng, hạn chế mức độ bỏng sâu [3].

Tính đến thời điểm hiện tại, Bình Định chưa có nghiên cứu nào kể cả trong cộng đồng và tại các cơ sở y tế về lĩnh vực sơ cứu bỏng ở trẻ dưới 6 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành nhằm mô tả thực hành sơ cứu bỏng của những người chăm sóc trẻ dưới 6 tuổi điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2019 và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Người chăm sóc bệnh nhân bỏng là trẻ em dưới 6 tuổi;

Tiêu chuẩn chọn: Người chăm sóc trẻ tình táo hoàn toàn, đủ khả năng tiếp xúc và trả lời các câu hỏi (không bị câm điếc, mắc các bệnh tâm thần...). Tự nguyện, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu: 07 tháng từ 01/6/2019 đến 31/12/2019.

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Tại Khoa Ngoại Chấn thương bỏng bệnh viện tỉnh Bình Định

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

2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu toàn bộ.

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Nơi sống: tỷ lệ % sống ở thành phố/thành thị, nông thôn

- Nghề nghiệp: tỷ lệ % sinh viên, học sinh, nông dân, công nhân, công/viên chức, nội trợ, thất nghiệp, hưu trí, khác

- Có từng nghe về sơ cứu bỏng: Tỷ lệ % có nghe, chưa nghe

- Xử trí ngay hiện trường: tỷ lệ % có sơ cứu hay không

- Dung dịch/ hóa chất bôi vết bỏng: tỷ lệ % bôi kem đánh răng, dầu phụng, nước mắt, trứng gà, dầu nhớt, khác

- Hạ nhiệt vết bỏng: tỷ lệ % dùng nước lạnh hoặc nước xối hoặc nước ngâm vùng bỏng

- Thời gian tưới vết bỏng bằng nước 15-20': tỷ lệ % có hoặc không

- Che chở vết bỏng bằng vải sạch: tỷ lệ % có hoặc không

- Tìm kiếm sự hỗ trợ của cán bộ y tế: tỷ lệ % có hoặc không

- Cởi bỏ quần áo và vật dụng: tỷ lệ % có hoặc không

2.7. Nội dung nghiên cứu chính

- Đánh giá thực hành của người chăm sóc trẻ về cách sơ cứu bỏng, thông qua sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp trong ngày đầu khi bệnh nhân nhập viện;

- Phân tích các yếu tố liên quan đến thực hành sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ từ những dữ liệu thu được thông qua test kiểm định thống kê

2.8. Quy ước điểm số, cách tính điểm, đánh giá thực hành

- Quy ước điểm số và cách tính điểm

+ Mỗi câu hỏi trong từng nội dung trả lời đúng hoặc thực hiện đúng được tính tương ứng 1 điểm nhân với hệ số, nếu trả lời sai không có điểm;

+ Cách xây dựng hệ số tùy thuộc vào mức độ, ý nghĩa, tầm quan trọng của nội dung, nhóm nghiên cứu đã tự xây dựng hệ số cho bộ phiếu khảo sát.

Biến số	Hệ số	Điểm chuẩn
Không dùng đá lạnh hoặc nước đá lạnh để chườm hoặc xối hoặc ngâm vết bỏng (**)	3	3
Đặt vùng bỏng dưới vòi nước sạch cho chảy với tốc độ nhẹ nhàng khoảng 20 phút (**)	3	3
Không bôi bất cứ vật gì lên vùng bỏng (*)	2	2
Cho trẻ uống nước sau khi bị bỏng	1	1
Giữ ấm cơ thể trẻ sau bỏng để tránh hạ nhiệt	1	1

Sau sơ cứu đưa trẻ đến cơ sở y tế chuyên khoa	1	1
Tổng cộng:		11

+ Thực hành được phân loại như sau:

+ Xếp loại đạt: Nếu tổng số điểm đạt từ 50% tổng số điểm chuẩn trở lên

+ Xếp loại không đạt: Nếu tổng điểm đạt dưới 50% tổng điểm chuẩn

Vì điểm chuẩn là 11 điểm nên thực hành được xếp ở mức độ đạt nếu tổng số điểm đạt từ 6 điểm trở lên và xếp không đạt nếu dưới 6 điểm.

2.10. Sai số và các biện pháp khống chế sai số:

- Bộ công cụ được thiết kế rõ ràng, dễ hiểu, thống nhất và có sự cố vấn của các chuyên gia về lĩnh vực y tế bỏng;

- Tiến hành điều tra thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi tiến hành điều tra;

- Điều tra viên và cán bộ giám sát sẽ được tập huấn, giao nhiệm vụ cụ thể và được giám sát khi thực hiện các hoạt động điều tra.

2.11. Phương pháp quản lý, xử lý và phân tích số liệu

- Phiếu điều tra được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm EpiData và xử lý số liệu trên phần mềm Stata 14.00;

- Phân tích đơn biến để mô tả tần suất, tỷ lệ phần trăm về thực hành của người chăm sóc trẻ, sự khác biệt coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$;

- Dùng Test Chi bình phương để tìm mối liên quan giữa thực hành với một số yếu tố với mức ý nghĩa được chọn là 0,05 và tỷ suất chênh OR với khoảng tin cậy 95%.

2.12. Đạo đức trong nghiên cứu.

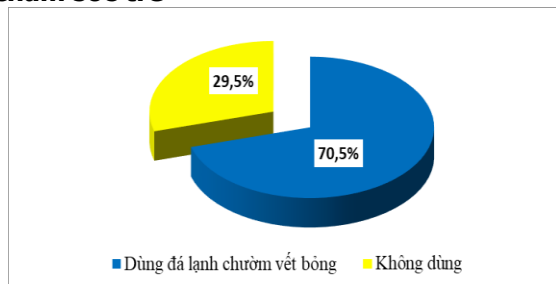
- Đề cương nghiên cứu được phê duyệt và thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương của Ngành Y tế trước khi triển khai;

- Các thông tin do đối tượng cung cấp được cam kết giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích của nghiên cứu;

- Việc khảo sát chỉ được thực hiện khi ĐTNC tự nguyện, không ép buộc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

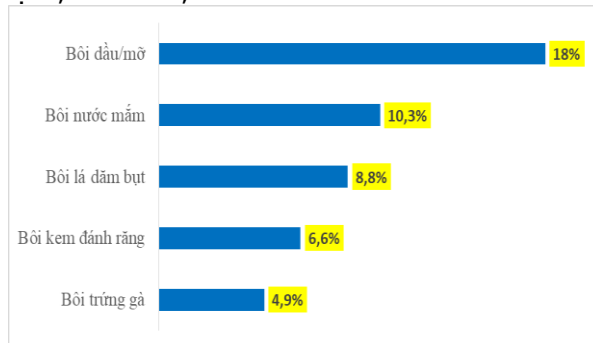
3.1. Thực hành sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ



Hình 3.1. Tình hình sử dụng đá lạnh, nước

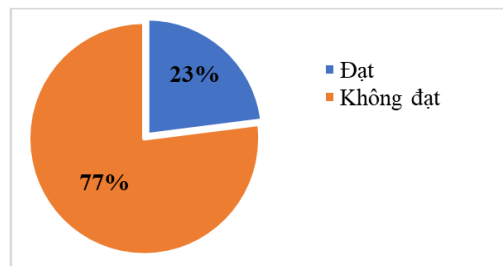
đá chườm lên vết bỏng (n=61)

Nhận xét: Hơn 2/3 người chăm sóc trẻ đã dùng đá lạnh chườm trực tiếp lên vết bỏng hoặc ngâm vùng cơ thể trẻ có vết bỏng vào nước đá lạnh, chiếm 70,5%



Hình 3.2. Các phương pháp không khoa học đã sử dụng (n=61)

Nhận xét: Có 42,6% (26/61) người chăm sóc trẻ đã dùng những phương pháp không khoa học bôi trực tiếp lên vùng bỏng, cụ thể: bôi trứng gà chiếm tỷ lệ 4,9%, bôi kem đánh răng 6,6%, bôi lá dâm bụt 8,8%, bôi nước mắm 10,3% và bôi dầu mỡ chiếm nhiều nhất 18%



Hình 3.3. Mức độ thực hành sơ cứu bỏng của người chăm sóc (n=61)

Nhận xét: Có 23% người chăm sóc trẻ có thực hành sơ cứu bỏng ở mức độ đạt.

Bảng 3.1. Thực hành đúng về sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ (n=61)

Nội dung phỏng vấn và trả lời đồng ý	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Điểm trung bình $4,6 \pm 2,0$; thấp nhất 0 điểm, cao nhất 10 điểm, điểm chuẩn: 11		
Không dùng đá lạnh hoặc nước đá lạnh để chườm hoặc xối hoặc ngâm vết bỏng (**)	18	29,5
Đặt vùng bỏng dưới vòi nước sạch cho chảy với tốc độ nhẹ nhàng khoảng 20 phút (**)	06	9,8
Không bôi bất cứ vật gì lên vùng bỏng (*)	35	57,4
Cho trẻ uống nước sau khi bị bỏng	36	59,0
Giữ ấm cơ thể trẻ sau bỏng để	44	72,1

tránh hạ nhiệt		
Sau sơ cứu đưa trẻ đến cơ sở y tế chuyên khoa	58	95,1

Nhận xét: Trong số 61 người chăm sóc trẻ, chỉ duy nhất có 06 người biết cách đặt vùng bỏng

dưới vòi nước sạch cho chảy với tốc độ nhẹ nhàng khoảng 20 phút chiếm 9,8% và 29,5% người chăm sóc trẻ không dùng đá lạnh hoặc nước đá lạnh để chườm hoặc xối hoặc ngâm vết bỏng.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến thực hành sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ tại Khoa Ngoại Chấn thương bỏng Bệnh viện đa khoa Bình Định

Bảng 3.2. Liên quan giữa kiến thức và thực hành về sơ cứu bỏng (n=61)

Kiến thức	Thực hành		OR 95% CI	p
	Không đạt	Đạt		
Không đạt	25 (53,2%)	3 (21,4%)	OR=4,17 (1,028-16,884)	p = 0,036 p < 0,05
Đạt	22 (46,8%)	11 (78,6%)		

* Kiểm định với Test Chi bình phương

Nhận xét: Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành sơ cứu bỏng của những người chăm sóc trẻ, những người có kiến thức ở mức độ đạt thì thực hành sơ cứu bỏng đạt cao gấp 4,2 lần so với những người kiến thức xếp mức độ không đạt với OR=4,17 và 95% CI (1,028-16,884), p<0,005

Bảng 3.3. Liên quan giữa nhận thông tin và thực hành sơ cứu bỏng (n=61)

Thông tin	Thực hành		OR 95% CI	p
	Không đạt	Đạt		
Chưa nhận	15 (31,9%)	4 (28,6%)	OR=1,17 (0,316-4,351)	p>0,05
Có nhận	32 (68,1%)	10 (71,4%)		

*Kiểm định với Fisher's Exact Test

Nhận xét: Người chăm sóc trẻ có nhận được thông tin về sơ cấp cứu bỏng thì thực hành sơ cứu bỏng ở mức độ đạt chiếm 71,4%, còn người chăm sóc trẻ không nhận được thông tin về sơ cấp cứu bỏng thì thực hành sơ cứu bỏng ở mức độ đạt chỉ chiếm 28,6% nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 và 95% CI (0,316-4,351). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa việc người chăm sóc trẻ được nhận thông tin về sơ cấp cứu bỏng và thực hành sơ cứu bỏng

Bảng 3.4. Liên quan giữa nơi sinh sống và thực hành về sơ cứu bỏng (n=61)

Nơi sinh sống	Thực hành		OR 95% CI	p
	Không đạt	Đạt		
Thành thị	19 (40,4%)	7 (50%)	OR=1,47 (0,444-4,887)	p>0,05
Khác	28 (59,6%)	7(50%)		

*Kiểm định với Test Chi bình phương

Nhận xét: Người chăm sóc trẻ ở thành thị và người chăm sóc trẻ ở nông thôn, miền núi, hải đảo có thực hành sơ cứu bỏng ở mức độ đạt ngang nhau đều chiếm 50%. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa nơi sinh sống của người chăm sóc trẻ và thực hành sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ

Bảng 3.5. Liên quan giữa nghề nghiệp và thực hành về sơ cứu bỏng (n=61)

Nghề nghiệp	Thực hành sơ cứu bỏng		OR 95% CI	p
	Không đạt	Đạt		
Nông dân	17 (36,2%)	3 (21,4%)	OR=0,48 (0,118-1,118)	p>0,05
Khác	30 (63,8%)	11 (78,6%)		

*Kiểm định với Fisher's Exact Test

Nhận xét: Người chăm sóc trẻ là nông dân thì thực hành sơ cứu bỏng ở mức độ đạt chỉ chiếm 21,4%, còn người chăm sóc trẻ có nghề nghiệp khác (công chức, sinh viên, nội trợ, kinh doanh...) thì thực hành sơ cứu bỏng ở mức độ đạt cao hơn chiếm 78,6% nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 và 95% CI (0,118-1,118). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa nghề nghiệp của người chăm sóc trẻ và thực hành sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng thực hành sơ cứu bỏng

của người chăm sóc trẻ

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy một số lợi ích của việc điều trị bỏng bằng cách ngay lập tức làm mát vết bỏng bằng nước lạnh. Nghiên cứu của Nguyễn Như Lâm và cộng sự trên 695 trẻ em bị bỏng, được điều trị tại Viện Bỏng quốc gia Hà Nội, Việt Nam; kết quả cho thấy số trẻ em được làm mát ngay lập tức vết bỏng bằng nước có tỷ lệ bị bỏng sâu thấp hơn chỉ 33% so với 49% trẻ em không được làm mát ngay lập tức; đã giảm khoảng 32% nhu cầu ghép da, mức giảm có ý nghĩa thống kê. Nguyễn Như Lâm và

cộng sự đã kết luận việc làm mát sớm sẽ ngăn chặn một tỷ lệ đáng kể các vết bỏng bề mặt tiến triển thành bỏng sâu. Điều này sẽ không chỉ làm giảm khả năng ghép da và điều trị tổn kém, mà còn làm giảm nguy cơ hậu quả khác của bỏng sâu, có thể gây tử vong. Các chương trình y tế công cộng thúc đẩy làm mát vết bỏng ngay lập tức bằng nước mát cũng quan trọng không kém như việc điều trị y tế và phẫu thuật giải quyết các hậu quả của bỏng ở trẻ em. Nghiên cứu của Fadeyibi cho thấy bệnh nhân không được sơ cứu bằng nước có tỷ lệ biến chứng cao hơn (35,3% so với 18,4%) so với những bệnh nhân được sơ cứu bằng nước. Từ kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước cho thấy tình hình sơ cứu bỏng tại tuyến y tế cơ sở và của cộng đồng vẫn còn nhiều hạn chế.

Một số nghiên cứu ở một số nước cũng cho thấy việc người dân sử dụng các phương pháp sơ cứu bỏng không khoa học cũng thường xảy ra: Nghiên cứu của Alomar (2016) và cộng sự phỏng vấn 408 người chăm sóc cho các bệnh nhi tại các bệnh viện của Saudi Arabia kết quả cho thấy 32% bôi trực tiếp lên vết bỏng bằng mật ong, lòng trắng trứng, kem đánh răng, bột mì, bột cà chua, sữa chua, trà, lát khoai tây, bơ hoặc đá hoặc sử dụng riêng lẻ hoặc kết hợp [7]. Nghiên cứu của Chirongoma (2017) và cộng sự tại hai bệnh viện lớn tại Harare, Zimbabwe, cũng cho thấy một số người CS đã dùng trứng, bơ thực vật và một số loại thảo mộc truyền thống để sơ cứu, thực hành thông thường của người CS bao gồm bôi nước tiểu sau khi bị bỏng chiếm 80%, sử dụng gel Aloe Vera 40%, dùng tinh dầu dịu nhẹ 32%; dùng bột 20% và kem dưỡng da như kem camphor 18% [8]. Nghiên cứu của Cox trên 353 trẻ em bị bỏng do nhiệt được đưa vào Bệnh viện Nhi đồng Tưởng niệm Chiến tranh Chữ thập đỏ ở Cape Town cho thấy việc xử trí không thỏa đáng trong giai đoạn trước khi nhập viện như: sơ cứu, làm mát vết thương, che vết thương sớm, hồi sức, kiểm soát đau và chuyển tuyến [9].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy gần một nửa người chăm sóc trẻ đã dùng những phương pháp không khoa học bôi lên vùng bỏng chiếm tỷ lệ 42,6%. Người chăm sóc trẻ đã bôi trực tiếp lên vùng bỏng như: bôi trứng gà chiếm tỷ lệ 4,9%, bôi kem đánh răng 6,6%, bôi lá dâm bụt 8,8%, bôi nước mắt 10,3% và bôi dầu mỡ chiếm nhiều nhất 18% (Hình 3.2).

Vai trò của làm mát trong sơ cứu bỏng đã được chấp nhận rộng rãi trong thực hành lâm sàng và là nền tảng cơ bản trong sơ cứu bỏng. Mặc dầu cơ chế về những lợi ích mà nó mang lại chưa được hiểu rõ, nhưng có sự giảm tiến triển

bỏng trong 48 giờ đầu, giảm thời gian lành vết thương và một số cải thiện trong hình thành sẹo nếu vết bỏng được làm mát ngay sau khi bỏng xảy ra.

Từ các kết quả nghiên cứu cho thấy việc làm mát trong sơ cứu bỏng chưa được áp dụng rộng rãi. Fiandero và cộng sự (2015) đã thực hiện một nghiên cứu hồi cứu cơ sở dữ liệu về bỏng của tất cả các BN bị bỏng nặng tại Bệnh viện Edendale, Pietermaritzburg, Nam Phi, kết quả nghiên cứu cho thấy việc làm mát các vết bỏng nặng một cách thích hợp thường không được thực hiện đầy đủ. BN không được nhận đủ thời gian làm mát để hạ nhiệt cần thiết cho vết bỏng, thời gian làm mát không đủ chiếm 25,6% và có 32,3% BN từ khi bị bỏng đến 3 giờ sau khi bỏng không được làm mát. Nghiên cứu của Alomar cho thấy 41% người bệnh được chữa bỏng bằng nước mát hoặc nước lạnh [7], nghiên cứu của Chirongoma là 60% [8], nghiên cứu của Kattan là 5,8%.

Nguyễn Như Lâm và cộng sự tiến hành nghiên cứu hồi cứu trên 83 vụ bỏng hàng loạt có từ 3 nạn nhân trở lên với 338 BN được điều trị tại Viện Bỏng Quốc gia. Kết quả cho thấy ngay sau khi bỏng có 16,5% số BN được làm lạnh vết bỏng bằng nước lạnh, có 1,5% BN được băng vết bỏng và 6,2% được cho uống Oresol [4]. Cũng theo Nguyễn Như Lâm và cộng sự việc sơ cứu bỏng ngay lập tức và đúng cách sẽ làm giảm tình trạng bệnh và biến chứng. Tại Bình Định cũng không ngoại lệ, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 21% NB được làm mát vết bỏng bằng nước lạnh. Theo nhóm nghiên cứu, những sai lầm trong sơ cứu bỏng tại nhà có thể là do người dân thiếu thông tin, chưa được giáo dục về phương pháp sơ cứu bỏng tại hiện trường xảy ra tai nạn.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến thực hành sơ cứu bỏng của người chăm sóc trẻ tại Khoa Ngoại Chân thương bỏng Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đóng góp thêm một minh chứng cho mối liên quan giữa kiến thức và thực hành, những người có kiến thức tốt sẽ thực hành tốt hơn những người khác, cụ thể những người chăm sóc trẻ bỏng có kiến thức về sơ cứu bỏng ở mức độ đạt thì thực hành sơ cứu bỏng đạt cao gấp 4,2 lần so với những người kiến thức sơ cứu bỏng xếp mức độ không đạt với OR=4,17 và 95% CI (1,028-16,884), $p < 0,05$.

Tại Việt Nam nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Lê và cộng sự (2017) cũng cho thấy nhóm phụ nữ tiếp cận với các tài liệu/kênh thông tin có tỷ lệ kiến thức đạt cao hơn so với nhóm không tiếp cận với các tài liệu/kênh thông tin [5]. Tuy nhiên

không tìm thấy điều này trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi những người chăm sóc trẻ bỏng có được nhận thông tin về sơ cứu bỏng thì thực hành sơ cứu bỏng đạt 71,4% so với người không được nhận thông tin sơ cứu bỏng chỉ đạt 28,6% nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kiến thức là yếu tố tác động trực tiếp tới thực hành; Nếu kiến thức về tai nạn bỏng và cách phòng tránh, sơ cứu chưa đúng và chưa đầy đủ, sẽ trở thành rào cản dẫn đến sự chậm trễ trong sơ cứu ban đầu và tiếp cận dịch vụ y tế để có thể hạn chế tử vong và phòng tránh biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Thực hành sơ cứu bỏng tại nhà của người dân tỉnh Bình Định còn thấp; số người có thực hành sơ cứu bỏng cho trẻ ở mức độ đạt chiếm 23%. Có mối liên quan giữa kiến thức của những người chăm sóc trẻ và thực hành sơ cứu bỏng tại nhà cho trẻ; những người có kiến thức ở mức độ đạt thì thực hành sơ cứu bỏng đạt cao hơn gấp 4,2 lần so với những người kiến thức ở mức độ không đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Xây dựng kế hoạch Chương trình phòng chống tai nạn thương tích trẻ em tại địa phương cần tăng cường hoạt động truyền thông giáo dục sơ cứu bỏng nhiệt tại cộng đồng, tập trung hướng dẫn chi tiết các bước sơ cứu ngay sau khi tai nạn bỏng xảy ra và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc làm mát vết bỏng bằng nước sạch, mát, thời gian cần thiết để làm mát vết bỏng và khuyến cáo không sử dụng các phương pháp không khoa học bôi trực tiếp lên vùng bỏng./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Vũ Anh (2006), "Tình hình chấn thương và các yếu tố ảnh hưởng ở trẻ dưới 18 tuổi tại 6 tỉnh Hải Dương, Hải Phòng, Quảng Trị, Thừa Thiên Huế, Cần Thơ, Đồng Tháp", Tạp chí Y tế Công cộng. 5(5), tr. 27.
2. Vũ Mạnh Độ (2008), "Nhận xét chăm sóc sơ cứu bỏng ban đầu người bệnh bỏng đến khám và điều trị tại khoa Chấn thương bệnh viện ĐK Nam Định 10/2006 - 08/2007", Nâng cao sức khỏe người Việt.
3. Thái Quang Hùng (2006), "Dịch tễ học chấn thương do bỏng ở bệnh nhân nhập viện điều trị tại bệnh viện Daklak 1998 - 2002", Tạp chí Y tế Công cộng. 3(3), tr. 23-26.
4. Nguyễn Như Lâm, Phạm Hồ Điệp và Chu Anh Tuấn (2015), "Đánh giá thực trạng sơ cấp cứu, vận chuyển bệnh nhân bỏng hàng loạt tại các một số cơ sở y tế", Tạp chí Y học thảm họa và bỏng. 2
5. Nguyễn Thị Hải Lê và các cộng sự. (2017), "Mối liên quan giữa tiếp cận với truyền thông và kiến thức phòng lây nhiễm HPV ở phụ nữ 15-49 tuổi: Kết quả từ một can thiệp tại Chí Linh, Hải Dương", Tạp chí Y học dự phòng. 27(5), tr. 177-185.
6. Lâm Thị Thu Tâm, Susan Norwood và Trần Thiên Trung (2013), "Kiến thức và thái độ của người dân về sơ cứu bỏng tại quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 17(4), tr. 223-228.
7. Alomar, M., Rouqi, F. A., and Eldali, A. (2016), "Knowledge, attitude, and belief regarding burn first aid among caregivers attending pediatric emergency medicine departments", Burns. 42(4), pp. 938-43.
8. Chirongoma, F., Chengetanai, S., and Tadyanemhandu, C. (2017), "First aid practices, beliefs, and sources of information among caregivers regarding paediatric burn injuries in Harare, Zimbabwe: A cross-sectional study", Malawi Med J. 29(2), pp. 151-154.
9. Cox, S. G., et al. (2015), "A review of community management of paediatric burns", Burns. 41(8), pp. 1805-1810.

ĐẶT STENT TRỰC TIẾP HẸP THÂN CHÍNH ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI: NHÂN TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Thượng Nghĩa*

TÓM TẮT

Hẹp thân chính động mạch vành (ĐMV) trái không được bảo vệ (unprotected left main stenosis) là một bệnh lý ĐMV nặng và trầm trọng mà các bác sĩ (BS) tim mạch thường ít nhận ra trên lâm sàng. Tiên lượng trước mắt và dài hạn của bệnh lý này nếu không được điều trị không mấy khả quan. Theo y văn, bệnh lý này

thường được điều trị bằng phẫu thuật bắc cầu nối ĐMV. Can thiệp hẹp thân chính ĐMV trái không được bảo vệ vẫn còn bàn cãi. Gần đây, với sự phát triển nhanh chóng của ngành Tim mạch học can thiệp thì can thiệp Hẹp thân chính ĐMV trái không được bảo vệ bằng cách nong & đặt stent thân chính ĐMV trái không còn là chống chỉ định tuyệt đối. Hiện nay, nhiều BS Tim mạch học can thiệp trên thế giới đã thực hiện nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi lần đầu tiên đã thành công trong đặt stent trực tiếp để điều trị một bệnh nhân (BN) Hẹp thân chính ĐMV trái không được bảo vệ và nhận thấy rằng đây là một biện pháp điều trị khả thi và mang lại kết quả tốt trên một số BN thích hợp.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thượng Nghĩa

Email: nghia2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 8.4.2020

SUMMARY**DIRECT STENTING IN UNPROTECTED LEFT MAIN STENOSIS**

Unprotected left main stenosis is a severe, disastrous coronary artery disease which is not easy to be recognized in clinical practice. Either long-term or short-term prognosis will be not good if not treated. Coronary artery bypass surgery is an effective, standard treatment of unprotected left main stenosis. Percutaneous coronary intervention (PCI) of unprotected left main stenosis is still controversial. Recent progresses in technique and equipment, including development of newly designed stents and technique of direct stenting, have brought unprotected left main stenosis to the forefront of interventional cardiology and have made it feasible, not an absolute contraindication of PCI. At Cho Ray hospital, we have been successful in treating some cases of unprotected left main stenosis by direct stenting. The direct stenting of unprotected left main stenosis might be feasible with a favorable outcome in selected patients

I. CA LÂM SÀNG

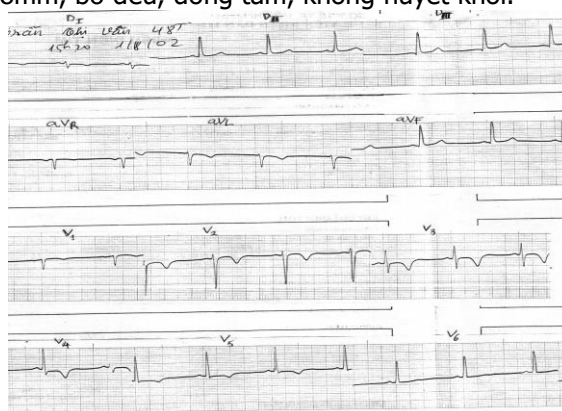
Bệnh nhân nữ, sinh năm 1956, nghề nghiệp buôn bán ở Bình Thuận, nhập khoa cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy ngày 26 /08 /2002 vì đau ngực. Bệnh sử ghi nhận khoảng một tháng gần đây, BN thường xuất hiện các cơn đau tức vùng trước ngực, liên quan đến gắng sức hoặc khi lo lắng buồn phiền, nghỉ ngơi nằm yên thì giảm. Cơn đau thường xuất hiện về buổi sáng, ngắn kéo dài vài phút. Hôm nay BN đau nhiều làm BN muốn xỉu, vã mồ hôi nên đến khám và nhập BV Nhân dân 115, sau đó được chuyển sang BV Chợ Rẫy.

Khám lâm sàng cho thấy BN tỉnh, tiếp xúc tốt, huyết áp 140/90 mmHg, mạch đều 80 lần/ phút. Da niêm hồng, không khó thở, tĩnh mạch cảnh xẹp, dấu xơ mỡ động mạch âm tính. Mỏm tim ở khoảng liên sườn 4 trong đường trung đòn trái 1 cm, phổi trong, gan không sờ chạm. Các cơ quan khác không thấy bất thường. Tiền căn của BN có phát hiện Tăng huyết áp gần 2 năm nay, HA cao nhất 160/100 mmHg, điều trị không liên tục ở trạm y tế địa phương. Tiền căn gia đình có cha bị tăng huyết áp.

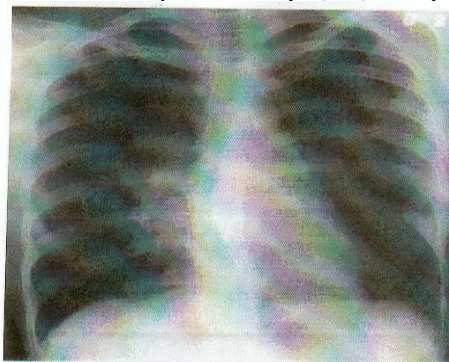
Điện tâm đồ ngày 26/08/2002 ghi nhận nhịp xoang, tần số 60 lần/ phút, đoạn ST đi ngang và chênh xuống 1 mm kèm sóng T âm tính ở các chuyển đạo DI, aVL, V2-5; đoạn ST chênh lên nhẹ ở các chuyển đạo DII, DIII, aVF. X quang tim phổi bình thường. Siêu âm tim cho thấy các buồng tim không lớn, các van tim bình thường, chức năng co bóp cơ tim tốt, không thấy rối loạn vận động vùng, phân suất tổng máu EF 82%. Xét nghiệm máu cho kết quả hồng cầu 3480000/mm³, Hct 30.6%, Hb 9.7g%, bạch cầu 8060/mm³, tiểu cầu 209000/mm³, BUN 6 mg%,

creatinine 0.7mg%, đường huyết 153mg%, điện giải đồ máu Na 141mEq/l, Kali 3.8mEq/l, Ca 4.2mEq/l, Cl 107mEq/l, men tim trong giới hạn bình thường.

BN đã được chẩn đoán cơn đau thắt ngực không ổn định, nguy cơ trung bình và được điều trị với Enoxaparin 40mg 2 lần/ngày tiêm dưới da, aspirin 100mg/ngày, clopidogrel 75mg/ngày, bisoprolol 5mg/ngày, nitrat tác dụng ngắn và thuốc an thần nhẹ. Tình trạng BN có cải thiện ít. Sau đó, BN được chụp ĐMV chọn lọc ngày 27/08/2002 qua đường ĐM đùi phải với ống thông JL4, JR4 (5F) cho kết quả là hẹp 70% đoạn đầu thân chính ĐMV trái, sang thương dài 8mm, bờ đều, đồng tâm, không huyết khối.

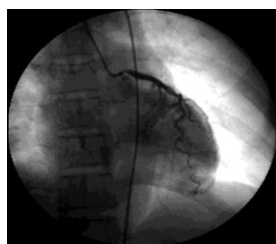


Hình 1. Điện tâm đồ (01/08/2002)



Hình 2. XQ tim phổi thẳng

BN được quyết định can thiệp ĐMV trái bằng Catheter JL4 (6F). Chúng tôi đã dùng hai dây dẫn mềm 0.014" đi qua sang thương vào hai nhánh ĐM liên thất trước và ĐM mũ. Tiếp theo, chúng tôi đưa trực tiếp stent BX Sonic 3.5x8 mm qua tổn thương thân chính ĐMV trái, canh chính xác vị trí và đặt stent thật nhanh trong vòng 15 giây với áp lực bơm bóng 14 atm. Chụp kiểm tra thấy tái tạo hoàn toàn tổn thương thân chính (hẹp tồn lưu là 0%) và dòng máu thông tốt. BN hết đau ngực, xuất viện sau 1 tuần chụp kiểm tra ĐMV sau một tháng không thấy tái hẹp.



Hình 3. Hẹp thân chính ĐMV trái, trước can thiệp



Hình 4. Hẹp thân chính ĐMV trái, sau đặt stent

IV. BÀN LUẬN

Thân chính ĐMV trái xuất phát từ xoang Valsalva trái, ngay dưới gờ nối giữa xoang Valsalva trái và ĐMC lên, có kích thước từ 3-6mm, dài từ 0-10mm. Thân chính ĐMV trái thường đi phía sau đường ra thất phải và thường phân thành 2 nhánh ĐM xuống trước trái (LAD: left anterior descending artery) còn gọi là ĐM liên thất trước và ĐM mũ (LCx: left circumflex artery). Thân chính ĐMV trái cung cấp gần 80 % máu nuôi thất trái trừ thành sau và dưới thất trái nên Hẹp thân chính ĐMV trái là bệnh lý rất quan trọng, ảnh hưởng tới tiên lượng sống còn của BN. Bệnh này lần đầu tiên được Herrick mô tả vào năm 1912. Tỷ lệ BN bệnh ĐMV bị Hẹp thân chính ĐMV trái không phải là hiếm (3,8% theo tác giả Nguyễn Thượng Nghĩa, báo cáo tại Hội nghị tìm mạch toàn quốc 2002; 4.4% theo Boehrer nghiên cứu trên 4009 BN từ 1978 đến 1992)(1)

Bảng 1. Diễn tiến BN Hẹp thân chính ĐMV trái với điều trị nội khoa

	Bruschke 1973	Lim 1975
Số BN	590	141
Thời gian theo dõi	7 năm	6 năm
Tỷ lệ tử vong sau 5 năm	34 %	51 %

Do Hẹp thân chính ĐMV trái có nguy cơ tử vong cao trong vòng 5 năm (bảng 1), nên việc chẩn đoán và điều trị chính xác sẽ cải thiện tiên lượng sống của BN rất nhiều. Trên lâm sàng, các thầy thuốc phải nghi ngờ Hẹp thân chính ĐMV trái khi BN đau ngực nhiều kèm tụt huyết áp khi mới thực hiện nghiệm pháp ECG gắng sức hoặc có biểu hiện thiếu máu nặng khi mới thực hiện nghiệm pháp hoặc tụt HA khi làm xạ hình tim với Thallium. Chụp ĐMV chọn lọc là phương pháp chẩn đoán xác định chính xác Hẹp thân chính ĐMV trái với các dấu hiệu: hẹp >50% thân chính ĐMV trái, hiện tượng “damping” áp lực khi cài ống thông vào ĐMV trái, chụp không chọn lọc xoang Valsalva trái thấy hẹp rõ hoặc thuốc cản quang không dội ngược ra xoang Valsalva khi bơm. Tuy nhiên, phải cẩn thận khi chụp ĐMV vì

biến chứng tử vong do chụp ĐMV ở BN bị Hẹp thân chính ĐMV trái là 0.94%, đặc biệt khi BN có chức năng thất trái giảm nặng EF <30% (1)

Khi Hẹp thân chính ĐMV trái đã được chẩn đoán xác định thì mục tiêu chính của chụp ĐMV cản quang là đánh giá tình trạng tổn thương thân chính ĐMV trái để quyết định biện pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân giữa điều trị nội khoa, can thiệp mạch vành hay điều trị phẫu thuật bắc cầu. Điều trị kinh điển của Hẹp thân chính ĐMV trái không được bảo vệ vẫn là phẫu thuật bắc cầu.

2-So sánh điều trị phẫu thuật bắc cầu với điều trị nội khoa trong Hẹp thân chính ĐMV trái không được bảo vệ:

Năm 1972, Cohen và cộng sự đã bắt đầu so sánh hiệu quả của điều trị phẫu thuật bắc cầu với điều trị nội khoa trong Hẹp thân chính ĐMV trái. Từ đó có nhiều công trình nghiên cứu tiếp theo và đã đưa tới kết luận rằng phẫu thuật bắc cầu đã cải thiện có ý nghĩa tiên lượng sống còn của BN Hẹp thân chính ĐMV trái và trở thành điều trị kinh điển của bệnh lý Hẹp thân chính ĐMV trái không có bảo vệ.

Bảng 2: So sánh tỉ lệ sống sau 3 năm (%) giữa điều trị nội khoa vs phẫu thuật bắc cầu ở BN Hẹp thân chính ĐMV trái (1)

Nghiên cứu	Phẫu thuật bắc cầu	Điều trị nội khoa
CASS (Coronary Artery Surgery Study - 1981)	91%	69 %
ECSS (European Artery Surgery Study- 1980)	91 %	82 %
VACS (Veterans Administration Cooperative Study - 1982)	82 %	60 %

3-Vai trò của can thiệp ĐMV ở BN Hẹp thân chính ĐMV trái không có bảo vệ:

Năm 1977, Andreas Gruentzig đã công bố 2 trường hợp Hẹp thân chính ĐMV trái không có bảo vệ. Do khó khăn về mặt kỹ thuật ban đầu và một ca chết trong lúc nằm BV nên các tác giả này kết luận rằng nong ĐMV là chống chỉ định tuyệt đối trong Hẹp thân chính ĐMV trái không có bảo vệ. Khái niệm này kéo dài trong suốt thập niên 90 (Hướng dẫn của Trường/ Viện tim mạch Hoa Kỳ năm 1993 cũng đã khẳng định). Sau đó, với sự phát triển nhanh chóng và ngày càng tinh vi của Tim mạch học can thiệp, các dụng cụ can thiệp ĐMV qua da ngày càng được chế tạo tinh xảo hơn như ống thông can thiệp nhỏ hơn (5,6,7F), ống thông can thiệp có khả năng tưới

máu ĐMV (perfusion catheter), bóng nong ĐMV có đường kính nhỏ hơn nhiều, dây dẫn mềm đa năng hơn và đặc biệt quan trọng là sự sử dụng stent trong can thiệp ĐMV. Một số nhà nghiên cứu đã thực hiện can thiệp Hẹp thân chính ĐMV trái không có bảo vệ ở một số BN từ chối phẫu thuật bắc cầu hoặc do tình trạng bệnh kèm theo không cho phép như tuổi tác quá cao, suy tim nặng, suy thận, block A-V cao độ ...

Ban đầu, O'Keefe và cộng sự vào năm 1989 đã nong bóng sang thượng Hẹp thân chính ĐMV trái không có bảo vệ ở 33 BN thì tỉ lệ tử vong trong lúc nằm viện ghi nhận là 9,1%, tỉ lệ BN còn sống sau 3 năm là 36%. Với kết quả tương đối đáng khích lệ của tác giả O'Keefe như vậy, một số nhà tim mạch học can thiệp đã thực hiện một số công trình nghiên cứu nhỏ về nong bóng đơn thuần Hẹp thân chính ĐMV trái chưa có bảo vệ và các kết quả khả quan (bảng 3).

Bảng 3: Tỉ lệ biến chứng tim mạch nặng trong 3 năm (%) ở một số nghiên cứu ban đầu nong bóng đơn thuần trong Hẹp thân chính ĐMV trái không có bảo vệ (1)

Nghiên cứu	Số lượng BN	Tỉ lệ NMCT cấp	Tỉ lệ tái tưới máu ĐMV bằng PTCA	Tỉ lệ tái tưới máu ĐMV bằng CABG
Stertzler và cs(1985)	11	0	55	45
O'Keefe và cs(1989)	33	8	23	23
Eldar và cs(1991)	8	0	25	13

Từ năm 1986- 1997, các nhà tim mạch học Nhật Bản gồm K. Kosuga, T. Nakamura, H. Tamai... đã thực hiện nong bóng thành công Hẹp thân chính ĐMV trái không có bảo vệ ở 107 bệnh nhân với kết quả tỉ lệ thành công >95%, tỉ lệ tử vong trong thời gian nằm BV 0%, tỉ lệ tử vong sau 30 ngày chỉ còn 3,6%, tỉ lệ BN còn sống sau 5 năm cải thiện rất nhiều 77,5%, mặc dầu tỉ lệ tái hẹp khá cao 40% cần phải tái tưới máu lại ĐMV qua nong bóng hoặc mổ bắc cầu.(5)

Vào cuối thập niên 90, kỹ thuật đặt stent ĐMV cùng với sự sử dụng rộng rãi các thuốc chống huyết khối như heparine và thuốc chống kết tập tiểu cầu Ticlopidine, Clopidogrel, thuốc

ức chế thụ thể IIB-IIIa thì nhiều nhà tim mạch học can thiệp trên thế giới như S. J. Park, M. K. Hong, C. W. Lee, M. Leon, M. Nobuyoshi, Y. Yoshida, J. Popma... đã làm cuộc cách mạng ngoạn mục trong can thiệp Hẹp thân chính ĐMV trái không có bảo vệ với tỉ lệ thành công rất cao và tỉ lệ biến chứng tim mạch nặng (MACE) và tỉ lệ tái hẹp thấp: tỉ lệ thành công 98-100%, tỉ lệ biến chứng tim mạch nặng (MACE) khoảng 2%, tỉ lệ tái hẹp sau 6 tháng xấp xỉ 20% (bảng 4). Do đó, nong và đặt stent thân chính ĐMV trái trở thành điều trị chủ yếu trong can thiệp Hẹp thân chính ĐMV trái không có bảo vệ.(3,4)

Bảng 4: Bảng kết quả điều trị can thiệp nong & đặt stent Hẹp thân chính ĐMV trái không có bảo vệ (1)

Nghiên cứu	Năm	Số lượng BN	Tỉ lệ thành công	Tỉ lệ chết/BV	Tỉ lệ NMCT/30 ngày	Tỉ lệ tái thông ĐMV	Tỉ lệ sống 1 năm	Tỉ lệ tái hẹp 6 tháng
R. Kornowski (2)	1994-1996	88	98	0	13	15	78	15
S Park, Y. Yoshida (4)	1995-2001	270	98,9	0	2,2	16,7	81,9 +/- 2,4	21
M. Silvestri và cs (6)	1999- 2001	140	100	3	1	17,4	90-97	17,4
BV Chợ Rẫy	1999-2003	6	100	0	0	0	83,33	-

4-Vai trò của Đặt stent trực tiếp (Direct stentint) trong Hẹp thân chính ĐMV trái không được bảo vệ: Từ năm 1978, A Gruenzig đã nong ĐMV bằng bóng lần đầu tiên trên thế giới. Tuy nhiên, chập và nong bóng ĐMV (PTCA) vẫn rui ro những biến chứng tim mạch nặng (MACE) như tắc cấp ĐMV, huyết khối ĐMV, NMCT cấp, tử vong... chiếm tỉ lệ còn cao khoảng 4-5%. Năm 1987, U. Sigward, J. Puel đã dùng stent để đặt vào ĐMV nhằm ngăn ngừa và điều trị các biến chứng cấp của nong bóng ĐMV như bóc tách ĐMV. Từ đó trở đi, kỹ thuật đặt stent

trong can thiệp ĐMV ngày càng phát triển. Ngày nay, stent được sử dụng trong 80-90% các trường hợp can thiệp ĐMV. Kỹ thuật chế tạo và đặt stent ngày càng được cải tiến bởi nhiều nhà nghiên cứu trên thế giới như S. Colombo, S. Nakamura...

Kỹ thuật đặt stent với áp lực cao (12+/-3atm) cùng với sự sử dụng các thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc ức chế thụ thể IIB-IIIa, thuốc chống huyết khối đã cải thiện đáng kể kết quả trước mắt và lâu dài của kỹ thuật Nong và đặt stent ĐMV. Các BS tim mạch học can thiệp có

thể can thiệp các tổn thương ĐMV phức tạp hơn (type B2, C) với kết quả rất tốt như hẹp lỗ xuất phát (Ostium), hẹp cầu nối ĐMV, tắc mãn tính (CTO), tổn thương chia đôi (Bifurcation) ...

Ban đầu, kỹ thuật đặt stent kinh điển thường phải dùng một bóng nong trước để sang thương ĐMV rộng ra, sau đó đặt stent vào vị trí sang thương đó nên kỹ thuật này sẽ dùng nhiều dụng cụ hơn, mất nhiều thời gian hơn và thời gian thủ thuật kéo dài hơn, thuốc cản quang sử dụng nhiều hơn, đặc biệt đôi khi sẽ bị các biến chứng cấp xảy ra sau khi nong bóng như bóc tách ĐMV, chậm dòng chảy ĐMV... Với sự phát triển nhanh của kỹ thuật chế tạo các dụng cụ ngày càng tinh vi hơn thì hệ thống đưa stent có khẩu kính rất bé (Profile) và mảnh mai nên dễ dàng đưa tới vị trí tổn thương mà không cần nong ĐMV trước. Đây là kỹ thuật Đặt stent trực tiếp (Direct Stenting). Từ năm 1997, các nhà tim mạch học can thiệp ở Châu Âu bắt đầu sử dụng kỹ thuật này trong can thiệp ĐMV. Dần dần, kỹ thuật này được nghiên cứu và phổ biến nhiều nơi trên thế giới. Theo nghiên cứu của các tác giả H. R. Figulla, A. Colombo, J. Puel, D. Carrie... thì tỉ lệ thành công của kỹ thuật Đặt stent trực tiếp rất cao 98,3%, tỉ lệ các biến chứng tim mạch nặng (MACE) gồm chết, đau ngực tái phát, NMCT cấp, suy tim, tỉ lệ tái tưới máu lại thấp 5,3%, Thêm vào đó, theo tác giả A. Colombo thì kỹ thuật Đặt stent trực tiếp làm giảm đáng kể thời gian tiếp xúc tia xạ và thời gian làm thủ thuật: thời gian làm thủ thuật giảm 30%, thời gian xạ tia giảm 25%, số lượng thuốc cản quang giảm 28% và cuối cùng giá thành giảm 41% (bảng 5, 6). Đây là một điểm rất quan trọng đối với nền y tế nước ta. Chúng ta cố gắng phải đưa kỹ thuật cao, chuyên sâu vào phục vụ người dân nhưng với giá cả phải chăng, vừa túi tiền của BN.

Kỹ thuật Đặt stent trực tiếp còn làm giảm thời gian thiếu máu cơ tim trong lúc bơm bóng khi rút ngắn còn 10-15 giây. Điều này đặc biệt quan trọng trong các nhóm BN nặng như suy chức năng thất trái nặng EF <30%, hẹp nặng ĐMV nhiều nhánh, hẹp nặng thân chính ĐMV trái không có bảo vệ nên sẽ cải thiện kết quả lâm sàng trước mắt và lâu dài.

Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh rằng kỹ thuật đặt stent trực tiếp sẽ tránh được tổn thương nặng lớp nội mạc khi nong bóng ĐMV, dẫn đến ít gây tăng sản lớp nội mạc trong quá trình hồi phục nên làm giảm tỉ lệ tái hẹp về sau.

Bảng 5: Một số nghiên cứu của kỹ thuật đặt stent trực tiếp

Nghiên cứu	Tỉ lệ thành	MACE trong	MACE trong 6
------------	-------------	------------	--------------

	công	vòng 30 ngày	tháng
A. Colombo, C. Briguori và cs.(7)	96%	0%	-
D.Carrie', J. Puel và cs (8)	98,3%	1,7%	5,3%
Hamon và cs	96%	2,5%	-
Võ thành Nhân và cs	96,05%	0	-

V. KẾT LUẬN

Đặt stent trực tiếp Hẹp thân chính ĐMV trái chưa được bảo vệ nếu được chọn lựa BN cẩn thận là một phương pháp điều trị tốt căn bệnh nguy hiểm này với ít biến chứng trầm trọng và tiên lượng lâu dài rất tốt. Trong tương lai, đặt stent Hẹp thân chính ĐMV trái chưa được bảo vệ có thể là một phương pháp tốt thay thế cho phẫu thuật bắc cầu nối trên một số BN, đặc biệt các BN có nguy cơ cao khi làm phẫu thuật trên tim.

Tuy nhiên, do tính chất phức tạp và trầm trọng của bệnh lý này, đặt stent Hẹp thân chính ĐMV trái chưa được bảo vệ chỉ nên thực hiện ở những phòng thông tim được trang bị đầy đủ dụng cụ và phương tiện hồi sức tốt. Bên cạnh đó, cần phải có một êkip can thiệp vững vàng, nhiều kinh nghiệm. Nếu không, phương pháp điều trị này sẽ đưa tới những hậu quả nghiêm trọng cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Keeley E.C., Ellis S., Grines C.:** Left main Coronary Intervention in Interventional Cardiovascular Medicine Principle and Practice 2nd 2002 by Churchill Livingstone: 635- 647
- Kornowski R., Popma J. et al:** Impact of stents on clinical outcomes in percutaneous left main coronary artery revascularization. Am J Cardio 1998; 82: 32-37.
- Park S. J., Hong M. K., Lee W. C., Mintz G. S.:** Elective stenting of Unprotected left main coronary artery stenosis. J Am Coll Cardiol 2001; 38: 1054- 60.
- S.J Park, Y. Yoshida, M. Nobuyoshi et al:** Long term (three-year) Outcomes after Stenting of Unprotected left main coronary stenosis in patients with normal left ventricular function. The Am J Cardiol 2003; 91: 12- 16.
- K. Kosuga, H. Tamai, T. Nakamura et al:** Initial and long-term results of Angioplasty in Unprotected left main coronary Artery. The Am J Cardiol 1999; 83: 32- 37.
- M. Silvestri, P. Barragan, J. Sainsous et al:** Unprotected left main coronary artery stenting: Immediate and medium Outcomes of 140 elective Procedures. J Am Coll Cardiol 2000; 35 :1543- 50.
- Briguori C., Sheiban I., Colombo A. et al:** Direct Coronary stenting without Predilation. J Am Coll Cardiol 1999; 34: 1910- 1915.
- Carrie' D., Khalife' K., Puel J. et al:** Comparison of Direct Coronary stenting without Balloon Predilation in patients with Stable Angina Pectoris. The Am J Cardiol. 2001; 87; 693 – 698.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG ĐƠN TẦNG BẰNG CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG QUA CUỐNG, GHÉP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT SAU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Đình Hòa*, Đoàn Mạnh Cường**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng bằng cố định cột sống qua cuống, ghép xương liên thân đốt lồi sau tại khoa Ngoại A bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 3 năm 2019. **Đối tượng nghiên cứu:** 31 bệnh nhân được chẩn đoán trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng, được phẫu thuật tại khoa Ngoại A Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Ngay sau mổ: VAS lưng và chân đều giảm có ý nghĩa thống kê và tiếp tục giảm sau mổ 1 tháng, 6 tháng. Tất cả BN đều có cải thiện chức năng vận động cột sống sau mổ với 67,74% BN từ các mức từ 2-5 giảm xuống mức 1 sau mổ 6 tháng. Tại các thời điểm khám lại, Xquang cho thấy: can xương tốt, vị trí vít và miếng ghép tốt, không có gãy vít, tiêu xương hay trượt tiến triển. Sau mổ 6 tháng: tốt (87,1%), khá (12,9%). **Kết luận:** Không có bệnh nhân nào kết quả trung bình, kém. Các bệnh nhân đều có cải thiện rõ rệt về lâm sàng và quang sau mổ.

Từ khóa: trượt đốt sống, cố định cột sống qua cuống, ghép xương liên thân đốt lồi sau

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS OF SINGLE-LEVEL SPONDYLOLISTHESIS SURGERY AT HANOI UNIVERSITY HOSPITAL

Purpose: Evaluation of the results of single-level spondylolisthesis surgery with transforaminal lumbar interbody fusion and posterior lumbar interbody bone graft at Department of Surgery at Hanoi Medical University Hospital from January 2018 to March of the year 2019. **Subjects and methods:** 31 patients were diagnosed with single-level spondylolisthesis and had surgery at the Department of Surgery at Hanoi Medical University Hospital. **Results:** Immediately after surgery: VAS scores for lower back and leg pain significantly reduced and continue to decrease after 6 months after surgery. All patients had improvement in postoperative motor function with 67.74% of patients from 2-5 score to 1 score in 6 months after surgery. At the time of examination, X-ray showed good bone, good screw and graft position, no screw fracture, bone resorption or progression slip. 6 months after surgery, 87.1% had good result. **Conclusion:** No patients had average or poor results. All patients had significant improvement in clinical and X-ray after surgery.

*Bệnh viện Việt Đức

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hòa

Email: ndhoavietducspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 8.4.2020

Key words: spondylolisthesis, transforaminal lumbar interbody fusion, posterior lumbar interbody fusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống là sự dịch chuyển bất thường của thân đốt sống so với đốt sống phía dưới nó. Bệnh lý do nhiều nguyên nhân gây ra như bẩm sinh, thoái hoá, khuyết eo, chấn thương...[4] nên bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng, dễ nhầm lẫn với nhiều bệnh thoái hoá cột sống khác. Do cấu trúc giải phẫu vùng cột sống thắt lưng, đặc biệt L4L5S1 là vùng có biên độ vận động và chịu lực lớn, mỗi đốt sống lại có hình thái khác nhau, có hệ thống cơ, dây chằng bám khác nhau nên TĐS hay gặp đơn tầng, chủ yếu ở L4L5, L5S1. Phẫu thuật cố định cột sống qua cuống và ghép xương liên thân đốt lồi sau đã được nhiều tác giả trên thế giới và Việt Nam áp dụng mang lại mang lại hiệu quả rất tốt. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu tập trung vào trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng ở Việt Nam, đồng thời chưa có tác giả nào sử dụng phim chụp CLVT đánh giá kết quả liền xương sau mổ. Chính vì vậy bài báo này được thực hiện với mục tiêu "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng bằng cố định cột sống qua cuống, ghép xương liên thân đốt lồi sau tại khoa Ngoại A bệnh viện Đại Học Y Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 31 BN được chẩn đoán trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng, được phẫu thuật tại khoa Ngoại A Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 1 năm 2018 tới hết tháng 3 năm 2019 bằng phương pháp cố định cột sống qua cuống và ghép xương liên thân đốt lồi sau.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

- Gồm các BN đã chẩn đoán xác định là trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng có chỉ định phẫu thuật, CDHA phù hợp với lâm sàng.

- Các BN được phẫu thuật theo phương pháp cố định cột sống qua cuống và ghép xương liên thân đốt lồi sau.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

- BN có dị tật 2 chi dưới, các bệnh lý nội khoa ảnh hưởng lớn tới chẩn đoán, khả năng phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu

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 01 năm 2018 đến tháng 03 năm 2019

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: khoa Ngoại A Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 1 năm 2018 tới hết tháng 3 năm 2019

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các BN đều được giải thích kĩ, hiểu về tình trạng bệnh của mình, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, có thể rời khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào. Toàn bộ những thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đánh giá kết quả gần ngay sau mổ

3.1.1 Tiến triển trên lâm sàng gần sau mổ

Bảng 1. Điểm VAS lưng và VAS chân trước và ngay sau mổ(48-72h)

Điểm VAS	Trước mổ	Ngay sau mổ	p*
VAS lưng	5,93 ± 0,89	2,93 ± 0,92	< 0,0001
VAS chân	5,61 ± 1,45	2,45 ± 0,99	< 0,0001

*: kiểm định t-test của Student.

Nhận xét: BN cải thiện triệu chứng đau ngay sau mổ. Điểm VAS lưng và VAS chân giảm có ý nghĩa thống kê với p<0,0001.

3.1.2. Tiến triển trên chẩn đoán hình ảnh ngay sau mổ

Mức độ nắn chỉnh trượt trong mổ

Xquang kiểm tra sau mổ cho thấy các BN được nắn chỉnh trong mổ khá tốt, tất cả các BN đều giảm mức độ trượt sau mổ.

Tình trạng TĐS của hầu hết các BN đều được phục hồi về mức nhẹ hơn.

Bảng 2. Mức độ trượt trước và ngay sau mổ

Độ trượt \ Giai đoạn	Trước mổ	Sau mổ	P*
0	0	25	0.001
1	18	6	
2	13	0	
Tổng	31	31	

Trong 31 BN, hầu hết đều có giảm độ trượt sau phẫu thuật, trong đó 25 BN (80,64%) sau phẫu thuật giảm độ trượt từ độ 1,2 xuống độ 0.

Không BN nào tăng độ trượt sau mổ.

*:Kiểm định χ^2

Vị trí vít và miếng ghép nhân tạo dựa vào

hình ảnh Xquang

- **Vị trí vít:** 31 BN với 124 vít được bắt. 100% số vít này bắt đúng tầng, có 4 vít có chiều dài vít vượt quá bờ trước thân đốt sống.

- **Vị trí đặt miếng ghép đĩa đệm**

Bảng 3. Vị trí miếng ghép nhân tạo

Vị trí miếng ghép	n	%
Tốt	48	81.35
Trung bình	11	18.65
Kém	0	0

Nhận xét: Mỗi mức trượt đều được đặt 1 hoặc 2 miếng ghép nhân tạo tùy theo đánh giá của từng phẫu thuật viên, có 59 miếng ghép nhân tạo được đặt ở 31 BN. 81.35% số miếng ghép đạt tiêu chuẩn tốt, 18,65% số miếng ghép đạt trung bình, không có miếng ghép đặt sát với bờ sau của thân đốt sống.

3.1.3. Biến chứng sau mổ: Sau mổ nhóm nghiên cứu không gặp trường hợp nào có biến chứng sau mổ

3.2. Đánh giá kết quả sau mổ 6 tháng

Bảng 4. Điểm VAS lưng và VAS chân sau mổ 1 tháng và sau mổ 6 tháng

Điểm VAS	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 6 tháng	P
VAS lưng	1,26 ± 0,66	0,71 ± 0,3	<0,0001
VAS chân	0,29 ± 0,59	0,03 ± 0,03	<0,0001

*: Kiểm định t-test của Student.

Nhận xét: Sau mổ 6 tháng mức độ đau trung bình của cả đau chân và đau lưng ở mức đau ít. So sánh với mức độ đau trung bình trước mổ với thời điểm sau mổ 6 tháng thấy có cải thiện rõ rệt. Điểm VAS của BN tiếp tục cải thiện có ý nghĩa thống kê sau mổ 6 tháng khi so sánh với kết quả sau mổ 1 tháng.

Bảng 5. Mức độ giảm chức năng cột sống theo ODI trước mổ và sau 6 tháng

ODI	Trước mổ	Sau mổ 6 tháng	p*
ODI trung bình	44 ± 9,8	18,3 ± 4,3	0,0001

*: kiểm định t-test của Student.

Nhận xét: Điểm ODI trung bình của BN cải thiện có ý nghĩa thống kê sau 6 tháng phẫu thuật.

Tiến triển trên chẩn đoán hình ảnh

Bảng 6. Đánh giá mức độ can xương sau 6 tháng trên Xquang

Độ can xương	Mức độ trượt		n
	Độ 0	Độ 1	
Độ I	20	3	23
Độ II	5	3	8
Độ III	0	0	0
Độ IV	0	0	0
Tổng số (N)	25	6	31

100% BN được chụp Xquang quy ước để đánh giá mức độ can xương.

Theo phân loại Bridwell chúng tôi thu được kết quả sau ghép xương 6 tháng: 23 BN (74.19%) can xương tốt, miếng ghép không di lệch và xương can dính liền hai thân đốt, 10 BN (25.81%) can xương mức độ trung bình.

Không có BN nào bị tiêu hết xương trong hoặc xung quanh mảnh ghép, mảnh ghép lún vào thân đốt sống.

Bảng 7. Đánh giá mức độ can xương sau 6 tháng trên CLVT

Độ can xương	Mức độ trượt		n
	Độ 0	Độ 1	
Độ I	14	2	16
Độ II	1	1	2
Độ III	1	0	1
Độ IV	0	0	0
Tổng số (N)	16	3	19

Có 19 BN được chụp CLVT để đánh giá mức độ liền xương

Theo phân loại Bridwell chúng tôi thu được kết quả sau ghép xương 6 tháng: 16 BN (84.21%) liền xương tốt, miếng ghép không di lệch và xương can dính liền hai thân đốt, 2 BN (10,52%) can xương mức độ trung bình.

Có 1 BN bị tiêu xương bờ trên thân đốt sống liền kề xung quanh mảnh ghép nhưng mảnh

ghép không lún vào thân đốt sống.

Độ chính xác vít so với cuống sống trên phim Xquang

Bảng 8. Đánh giá độ chính xác vít theo Lonstein

Biến cố	n	%
Vít bắt vào bờ trên cuống và sát bờ trên thân đốt	6	4.83
Vít bắt xuống bờ dưới cuống	4	3.22
Vít bắt vào bờ trong cuống (2 vít chạm nhau hoặc vượt quá đường giữa)	2	1.61
Vít bắt vào cuống nhưng ra ngoài thân đốt	0	0
Vít vượt quá 2 bờ thân đốt trên phim nghiêng	4	3,22
Vít bắt đúng tiêu chuẩn	108	87,12
Tổng	124	100

Nhận xét: Đánh giá độ chính xác của vít đã được bắt trong mô theo tiêu chuẩn của Lonstein có độ chính xác là 87,12%, lỗi gặp là bắt vít sát bờ trên cuống và thân đốt sống 4.83%, bắt vít sát bờ dưới cuống là 3.22%. Ở bình diện ngang, có 2 vít bắt ở bờ trong cuống nhưng vượt quá đường giữa chiếm 1.61% và 4 vít bắt vượt quá bờ trước thân đốt sống (3,22%). Tuy nhiên không gây chèn ép rễ thần kinh.

Độ chính xác vít so với cuống sống theo phân loại Gertzbein và Robbins trên CLVT

Bảng 9. Đánh giá Độ chính xác vít so với cuống sống theo phân loại Gertzbein và Robbins

Độ chính xác vít	Vị trí bắt vít				Tổng (n)	%
	L3	L4	L5	S1		
Vít nằm hoàn toàn trong cuống (nhóm A)	2	17	14	3	36	47.36
Vít di lệch <2mm (nhóm B)	0	5	16	5	26	34.21
Vít di lệch 2-<4mm (nhóm C)	0	6	6	0	12	15.79
Vít di lệch >4mm (nhóm D)	0	0	0	2	2	2.64
Tổng	2	28	36	10	76	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu gồm 31 BN có 19 BN đồng ý chụp CLVT kiểm tra sau mổ 6 tháng với 76 vít được bắt. Trong đó có 62 vít hoàn toàn nằm trong cuống và di lệch <2mm (nhóm A+B) chiếm 81.57%, có 12 vít di lệch nhóm C (15.79%) và 2 vít di lệch nhóm D (2.64%).

Bảng 10. Bảng so sánh mức độ giảm chức năng cột sống trước và sau mổ 6 tháng

ODI	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5	N
Mức 1	0	6	15	0	0	21
Mức 2	0	2	5	3	0	10
Mức 3	0	0	0	0	0	0
N	0	8	20	3	0	31

Nhận xét: 21 BN (67,74%) cải thiện chức năng cột sống sau phẫu thuật 6 tháng từ các mức từ 2 xuống mức 1, 8 BN (25,8%) cải thiện chức năng cột sống sau phẫu thuật 6 tháng từ các mức 3 xuống mức 2. Có 2 BN sau mổ 6 tháng ODI có giảm nhưng vẫn ở mức 2.

Kết quả chung sau phẫu thuật 6 tháng:

Bảng 11. Kết quả chung sau phẫu thuật 6 tháng

Kết quả chung	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	n
n	27	4	0	0	31
%	87,10	12,9	0	0	100

Nhận xét: 100% cho kết quả tốt và khá, trong đó 87,1% BN kết quả tốt và 12,9% BN kết quả khá.
Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật:

Bảng 12. Ảnh hưởng của mức độ trượt đến kết quả chung sau phẫu thuật 6 tháng

Độ trượt	Kết quả				N	p
	Tốt	Khá	Trung bình	Xấu		
Độ 1	15	3	0	0	18	0,621
Độ 2	12	1	0	0	13	
n	27	4	0	0	31	100

Nhận xét: Độ TDS không ảnh hưởng tới kết quả chung sau phẫu thuật 6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Ngay sau mổ triệu chứng đau cột sống thắt lưng và đau chân đều cải thiện rõ rệt sau mổ dựa trên đánh giá thang điểm VAS lưng và chân. Cụ thể VAS lưng giảm từ trung bình trước mổ là $5,93 \pm 0,89$ điểm xuống $2,93 \pm 0,92$ điểm. VAS chân giảm từ $5,61 \pm 1,45$ xuống $2,45 \pm 0,99$. Mức giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Kết quả trong các nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác trong nước. Nguyễn Vũ nghiên cứu sau mổ VAS lưng trung bình giảm từ $6,62 \pm 1,35$ giảm xuống $4,04 \pm 1,01$ và VAS chân giảm từ $6,02 \pm 1,53$ giảm xuống còn $2,83 \pm 1,01$.

Trước phẫu thuật 100% BN trượt độ 1 và 2. Chụp Xquang thẳng nghiêng sau phẫu thuật chúng tôi thu được 100% số BN đều có hình ảnh giảm độ trượt sau mổ về mức nhẹ hơn. Trong đó 25 BN (80,64%) trượt độ 1,2 sau phẫu thuật không còn trượt, 19,36 % trượt độ 2 về độ 1, không có BN nào trượt độ 2 và 3, không có BN nào tăng độ trượt sau mổ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điều này cho thấy việc nắn chỉnh TDS trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tốt và tương tự nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Đinh Mạnh Hải có 88,7% BN được nắn chỉnh tốt hết trượt, 11,3% được nắn về độ 1 [1]. Nguyễn Vũ có 92,2% BN được nắn chỉnh tốt hết trượt, 7,8% được nắn về độ 1 [3]. Võ Văn Thanh cũng cho kết quả tương tự với 77,9% BN được nắn chỉnh gần hoàn toàn, 22,1% BN sau mổ giảm độ trượt [2].

Nghiên cứu của chúng tôi có 59 miếng ghép nhân tạo được sử dụng trên 31 BN. Kết quả thu được trên Xquang ngay sau mổ cho thấy 81,35% số miếng ghép đạt tiêu chuẩn tốt, 18,65% số miếng ghép đạt trung bình, không có miếng ghép đặt sát với bờ sau của thân đốt sống. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vũ trên 90 BN với 97 miếng ghép nhân tạo chỉ 82,5% số miếng ghép ở vị trí tốt, 12,4% số miếng ghép nằm ở ranh giới giữa 2/3 trước và 1/3 sau nhưng vẫn nằm ở trung tâm khoang gian đốt, 5,1% số

miếng ghép nằm ở 1/3 sau của thân đốt sống lệch đường giữa và sát bờ sau thân đốt sống tuy nhiên không gây chèn ép thần kinh. Nghiên cứu của Võ Văn Thanh (2014) có 79,1% số miếng ghép ở vị trí tốt, 20,9% còn lại ở vị trí 1/3 sau thân đốt sống nhưng không di lệch ra sau, không chèn ép thần kinh [2]

Sau mổ 6 tháng có sự thay đổi rõ rệt về lâm sàng của các BN, hầu hết các BN đều không còn đau lưng và buốt chân như trước mổ. Điểm VAS của BN tiếp tục cải thiện sau mổ 6 tháng so với kết quả sau mổ 1 tháng. VAS lưng trung bình giảm từ $1,23 \pm 0,67$ điểm xuống $0,71 \pm 0,3$ điểm, VAS chân trung bình giảm từ $0,29 \pm 0,59$ điểm xuống $0,03 \pm 0,03$ điểm. Sự thay đổi điểm VAS này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Nghiên cứu của Đinh Mạnh Hải [1] cũng có kết quả tương tự. VAS trung bình sau phẫu thuật 1 tháng là $1,96 \pm 0,04$ xuống $1,54 \pm 0,01$ lúc 6 tháng, VAS chân trung bình giảm từ $1,33 \pm 0,14$ xuống $1 \pm 0,12$. Trên Xquang dựa theo phân loại Bridwell, chúng tôi thấy: 23 BN (74.19%) can xương tốt, miếng ghép không di lệch và xương can dính liền hai thân đốt, 10 BN (25.81%) can xương mức độ trung bình. Không có BN nào bị tiêu hết xương trong hoặc xung quanh mảnh ghép, mảnh ghép lún vào thân đốt sống. Hình ảnh Xquang của những BN can xương tốt là hình ảnh cản quang dính vào cả hai mặt của thân đốt sống trên và dưới, không có hình ảnh tiêu xương và khe sáng vị trí kết xương. Nghiên cứu của Đinh Mạnh Hải [1] sau mổ 6 tháng tỉ lệ liền xương là 100%. Nguyễn Vũ 80% BN can xương tốt, 13,2% can xương khá, không có BN nào tiêu xương ghép-miếng ghép nhân tạo [3].

V. KẾT LUẬN

- Ngay sau mổ: VAS lưng và chân đều giảm có ý nghĩa thống kê và tiếp tục giảm sau mổ 1 tháng, 6 tháng.

- Tất cả BN đều có cải thiện chức năng vận động cột sống sau mổ với 67,74% BN từ các mức từ 2-5 giảm xuống mức 1 sau mổ 6 tháng.

- Tại các thời điểm khám lại, Xquang cho thấy: can xương tốt, vị trí vít và miếng ghép tốt, không có gãy vít, tiêu xương hay trượt tiến triển.

- Tổng số 124 vít được sử dụng từ L3 đến S1 với độ chính xác trên Xquang theo Lonstein là 87,12%, có 6 vít sát bờ trên cuống, 4 vít bắt sát bờ dưới cuống, 2 vít bắt sát bờ trong cuống và 4 vít vượt quá bờ trước thân đốt sống nhưng không gây tổn thương thần kinh. Trên phim CLVT ở 19 BN được khảo sát có 81,57% số vít đó hoàn toàn trong cuống và di lệch dưới 2mm. Đồng thời phát hiện thêm 1 trường hợp bị tiêu xương bờ trên thân đốt sống liền kề mà Xquang không phát hiện được.

- Kết quả chung sau mổ 6 tháng: tốt (87,1%), khá (12,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đinh Mạnh Hải (2018).** Nghiên cứu kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phẫu thuật lồi sau sử dụng Rô Bốt định vị. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Võ Văn Thanh (2014).** Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4-L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liền thân đốt. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Vũ (2008).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng do khuyết eo. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Lumbosacral Spondylolisthesis:** Background, Epidemiology, Functional Anatomy 2019.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ THAY KHỚP HÁNG BẰNG KỸ THUẬT XÁC ĐỊNH VỊ TRÍ Ổ CỐI DỰA VÀO CÁC MỐC GIẢI PHẪU Ở BỆNH NHÂN HOẠI TỬ CHỖM XƯƠNG ĐÙI

Trần Trung Dũng*, Nguyễn Ngọc Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần bằng kỹ thuật xác định vị trí ổ cối dựa vào các mốc giải phẫu ở bệnh nhân hoại tử chỏm xương đùi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến hành trên 50 BN hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi độ III đã được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện đa khoa Saint Paul thời gian theo dõi trung bình là 10.3 tháng. **Kết quả:** Điểm Harris trung bình tăng từ 49.94 điểm trước mổ lên 94.58 điểm sau mổ với thời gian theo dõi trung bình là 10.3 tháng. **Kết luận:** Kỹ thuật xác định vị trí ổ cối dựa vào các mốc của giải phẫu mang lại hiệu quả cao cho bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần, dây chằng ngang ổ cối, bệnh viện đa khoa Saint Paul.

SUMMARY

ANATOMIC BASED TECHNIQUE FOR ACETABULUM POSITION IN TOTAL HIP REPLACEMENT FOR AVASCULAR NECROSIS OF FEMORAL HEAD

Objectives: Result of total hip arthroplasty with the technique which determines the position of cup bases on anatomic landmarks of femoral head avascular necrosis patients. **Method:** Studying retrospectively 50 hip replacement patients who were diagnosed femoral head avascular necrosis stage III in Saint Paul hospital. The mean time for following is 10.3 months. **Results:** The mean Harris hip score was improved with 49.94

preoperatively to 94.58 postoperatively. **Conclusion:** The technique which determines the position of cup bases on anatomic landmarks helps improving the results of hip replacement.

Key words: Total hip arthroplasty, transverse acetabular ligament, Saint - Paul general hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi là bệnh lý ngày càng phổ biến ở Việt Nam. Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần là giải pháp tối ưu được sử dụng trong trường hợp bệnh ở giai đoạn muộn. Trong đó vị trí ổ cối có vai trò quan trọng quyết định đến thành công của thay khớp háng toàn phần như vấn đề trật khớp, hạn chế vận động sau mổ, lỏng dụng cụ, dáng đi bất thường[1]. Kỹ thuật xác định vị trí ổ cối dựa vào các mốc giải phẫu đã được nhiều tác giả trên thế giới áp dụng và mang lại kết quả rất tốt như nghiên cứu của Ha.Y.C[2] và Nicholas[3]. Hiện tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần sử dụng kỹ thuật trên nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần ở BN hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi độ III bằng kỹ thuật xác định vị trí ổ cối dựa vào các mốc ổ cối" với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần bằng kỹ thuật xác định vị trí ổ cối dựa vào các mốc giải phẫu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán hoại tử chỏm xương đùi một bên độ III (theo Arler-Ficat trên Xquang) đã được thay khớp háng toàn phần tại khoa chấn

*Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Dũng

Email: dungbacsy@dungbacsy.com

Ngày nhận bài: 5.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

thương chỉnh hình bệnh viên đa khoa Saint Paul từ tháng 1/2017 đến tháng 6/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- + Bao gồm tất cả các bệnh nhân HTVKCXĐ giai đoạn III theo Arlet – Ficat đã được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần.
- + Thay khớp háng lần đầu.
- + Có kết quả giải phẫu bệnh là HTVKCXĐ.
- + Các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án được ghi chép đầy đủ nội dung nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- + Những bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cơ xương khớp vùng cột sống, gối
- + BN có tiền sử phẫu thuật khớp háng, bệnh lý khớp háng bẩm sinh
- + Bệnh nhân có tiền sử chấn thương vào vùng ổ cối.
- +BN không hợp tác.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang

2.3 Các chỉ số nghiên cứu

- Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới,...
- Góc ngả trước và góc nghiêng của ổ cối bên bệnh được đo trên máy CLVT bằng chương trình Simple Angle Measurement.
- Các góc của ổ cối sau mổ đo trên Xquang theo phương pháp của Liaw[4]
- Kết quả phẫu thuật đánh giá qua thang điểm Harris

2.4 Kỹ thuật mổ

- Vị trí ổ cối nhân tạo được xác định dựa vào mốc dây chằng ngang và các khuyết của ổ cối[2][5].

2.4 Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0.

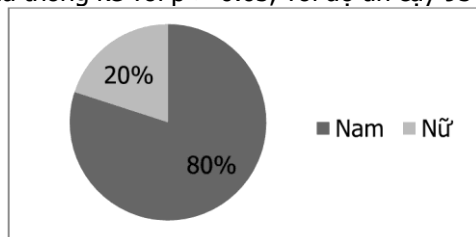
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Góc ổ cối trước mổ và sau mổ

Bảng 1: Góc ổ cối trước và sau mổ

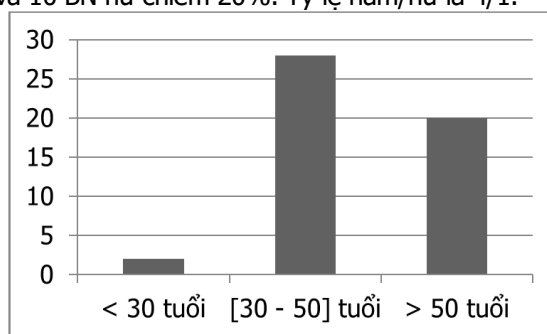
Góc ổ cối	Trước mổ	Sau mổ	Giá trị p
Góc ngả trước	15.36°	15.42°	0.75
Góc nghiêng	45.35°	45.36°	0.38

Nhận xét: Góc ngả trước và góc nghiêng trước và sau phẫu thuật có sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê với p > 0.05, với độ tin cậy 95%.



Biểu đồ 1: Phân bố theo giới

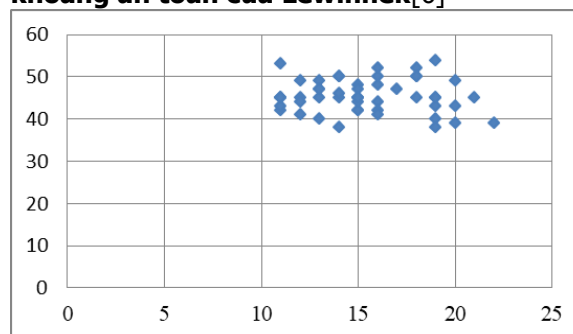
Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 50 BN, trong số đó có 40 BN nam chiếm 80% và 10 BN nữ chiếm 20%. Tỷ lệ nam/nữ là 4/1.



Biểu đồ 2: Phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Nhóm tuổi [30 – 50] hay gặp nhất chiếm 56% (28/50 BN). Tỷ lệ này giống với dịch tễ của bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. Độ tuổi trung bình là 48.2±8.2 tuổi. BN trẻ tuổi nhất là 23 tuổi và BN cao tuổi nhất là 63 tuổi.

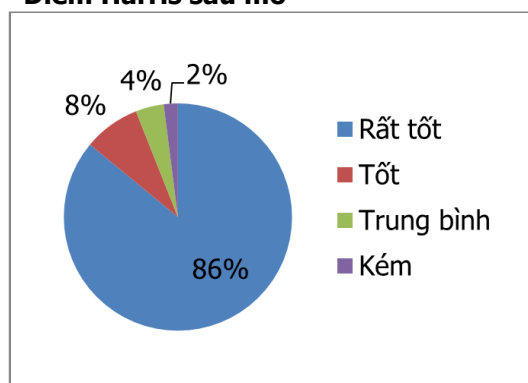
Số lượng ổ cối nhân tạo nằm trong khoảng an toàn của Lewinnek[6]



Biểu đồ 1: Phân bố khớp háng trong vùng an toàn theo Lewinnek

Nhận xét: Từ biểu đồ trên ta thấy 100% ổ cối nhân tạo được đặt trong khoảng an toàn mà Lewinnek đề xuất.

Điểm Harris sau mổ



Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi với 50 BN được phẫu thuật thay khớp háng toàn

phần được khám lại và đánh giá theo thang điểm Harris thì có 43/50 BN có kết quả rất tốt, 4/50 BN có kết quả tốt, 2/50 BN có kết quả trung bình và 1/50 BN có kết quả kém.

IV. BÀN LUẬN

Về độ tuổi, qua nghiên cứu của chúng tôi thấy tuổi trung bình trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 48.2 tuổi, tuổi thấp nhất là 23 tuổi và cao nhất là 63 tuổi, biểu đồ 2 cho thấy bệnh nhân nhóm tuổi 30 – 50 chiếm tỉ lệ cao nhất với 58%. Kết quả này tương tự với kết quả của Nguyễn Mạnh Khánh (2015) 49, 1 tuổi; Seung-Jea-Lim (2016) 49 tuổi.

So sánh tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu này với các tác giả khác không có sự khác biệt.

Đa số bệnh nhân bị HTVKCXĐ là nam giới với tỷ lệ nam/nữ là 4/1. Kết quả này gần giống với nghiên cứu của Bùi Thị Lan Anh tỉ lệ nam/nữ là 4.4/1[7]. Võ Quốc Trung với tỉ lệ nam/nữ là 4/1[8] và cũng phù hợp với đặc điểm dịch tễ bệnh HTVKCXĐ[9]

Về kết quả của phẫu thuật: bằng việc sử dụng móc giải phẫu là dây chằng ngang và các bờ của ổ cối là móc giải phẫu để phát hiện trong mổ, rất hiếm trường hợp không xác định được[5] và không bị ảnh hưởng bởi tư thế của bệnh nhân[10] để xác định vị trí ổ cối, đánh giá lại sau mổ thì góc ổ cối trước mổ và sau mổ không có sự khác biệt ($p > 0.05$) và 100% số ổ cối nhân tạo (biểu đồ 5) có các góc nằm trong khoảng an toàn theo Lewinek đề xuất[6]. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng theo thang điểm Harris thì có 94% số BN có kết quả tốt và rất tốt điểm Harris trung bình tăng từ 49.94 lên 94.58 điểm.

Kết quả của chúng tôi nghiên cứu tương tự với kết quả của một số tác giả khác.

Tác giả	Năm	Số lượng khớp	Điểm Harris
Ha Y.C[2]	2012	46	94
Nguyễn Mạnh Khánh[11]	2015	21	92.13

Về biến chứng xa sau mổ: Chúng tôi ghi nhận không có bệnh nhân nào có biến chứng trật khớp, nhiễm trùng hay tử vong trong thời gian theo dõi.

Kỹ thuật trên có thể được áp dụng được dễ dàng, thời gian mổ không kéo dài hơn, nhưng mang lại hiệu quả tương đương so với các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật xác định vị trí ổ cối dựa vào các móc giải phẫu đã mang lại kết quả rất tốt. Tuy nhiên cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu rộng hơn và thời gian theo dõi lâu hơn để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. Bhaskar, A. Rajpura, và T. Board**, "Current concepts in acetabular positioning in total hip arthroplasty", *Indian Journal of Orthopaedics*, vol 51, số p.h 4, tr 386, tháng 7 2017.
2. **Y.-C. Ha, J. J. Yoo, Y.-K. Lee, J. Y. Kim, và K.-H. Koo**, "Acetabular Component Positioning Using Anatomic Landmarks of the Acetabulum", *Clin Orthop Relat Res*, vol 470, số p.h 12, tr 3515–3523, tháng 12 2012.
3. **N. G. Sotereanos, M. C. Miller, B. Smith, R. Hube, J. J. Sewecke, và D. Wohlrab**, "Using Intraoperative Pelvic Landmarks for Acetabular Component Placement in Total Hip Arthroplasty", *The Journal of Arthroplasty*, vol 21, số p.h 6, tr 832–840, tháng 9 2006.
4. **C.-K. Liaw, S.-M. Hou, R.-S. Yang, T.-Y. Wu, và C.-S. Fuh**, "A New Tool for Measuring Cup Orientation in Total Hip Arthroplasties from Plain Radiographs", *Clinical Orthopaedics and Related Research*, vol 451, tr 134–139, tháng 10 2006.
5. **H. A. P. Archbold, B. Mockford, D. Molloy, J. McConway, L. Ogonda, và D. Beverland**, "The transverse acetabular ligament: an aid to orientation of the acetabular component during primary total hip replacement", *THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY*, vol 88, số p.h 7, tr 4, 2006.
6. **M. P. Abdel, P. von Roth, M. T. Jennings, A. D. Hanssen, và M. W. Pagnano**, "What Safe Zone? The Vast Majority of Dislocated THAs Are Within the Lewinnek Safe Zone for Acetabular Component Position", *Clinical Orthopaedics and Related Research*, vol 474, số p.h 2, tr 386, tháng 2.2016.
7. **Bùi Thị Lan Anh**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang cộng hưởng từ hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ở người lớn", Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học y Hà Nội, 2006.
8. **Võ Quốc Trung (2003)**, Thay khớp háng toàn phần cho hoại tử vô trùng chỏm xương đùi giai đoạn muộn ở người lớn. Luận văn chuyên khoa 2. Trường Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.
9. "Current concepts on osteonecrosis of the femoral head". [Online]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4573503/>.
10. **B.-H. Yoon, Y.-C. Ha, Y.-K. Lee, W.-L. Jo, K.-M. Lee, và K.-H. Koo**, "Is transverse acetabular ligament a reliable guide for aligning cup anteversion in total hip arthroplasty?: A measurement by CT arthrography in 90 hips", *Journal of Orthopaedic Science*, vol 21, số p.h 2, tr 199–204, tháng 3 2016.
11. **Nguyễn Mạnh Khánh(2015)** "Kết quả phẫu thuật thay toàn bộ khớp háng do hoại tử chỏm xương đùi sau chấn thương". Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 4, số 2/2015."

ĐỘ NHẠY, ĐỘ ĐẶC HIỆU VÀ ĐỘ CHÍNH XÁC CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG SỤN CHÊM KHỚP GỐI

Dương Đình Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Từ 4/2017-6/2018 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 50 bệnh nhân tổn thương dây chằng chéo trước (DCCT) và rách sụn chêm (SC) khớp gối, được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Việt Đức. **Mục tiêu:** 1) Tìm hiểu độ nhạy, độ đặc hiệu của phim cộng hưởng từ (CHT) đối với tổn thương sụn chêm khớp gối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 50 bệnh nhân tổn thương DCCT và rách SC khớp gối, được phẫu thuật nội soi. Tổn thương SC (hình thái, phần loại) được quan sát trong mổ, được đối chiếu với hình ảnh tổn thương trên phim CHT, xác định độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của CHT đối với tổn thương sụn chêm. **Kết quả:** độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của CHT trong chẩn đoán rách sụn chêm lần lượt là: 81,1%, 85,2% và 87%. **Kết luận:** CHT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp hỗ trợ chẩn đoán tổn thương sụn chêm khớp gối với độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác khá cao.

SUMMARY

SENSITIVITY, SPECIFICITY AND ACCURACY OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) IN THE DIAGNOSIS OF MENISCAL INJURY

From 4/2017 - 6/2018, we conducted a study on 50 patients with anterior cruciate ligament (ACL) injury and meniscal injury, which had arthroscopic ACL reconstruction at Viet Duc Hospital. **Objectives:** 1) To understand the sensitivity, specificity and accuracy of magnetic resonance imaging (MRI) for meniscal injury. **Methods:** 50 patients with ACL injury and meniscal torn, had ACL reconstruction. Meniscal injury (morphology, classification) observed during surgery, collated with lesions on MRI, determining sensitivity, specificity and accuracy of MRI. **Results:** The sensitivity, specificity, accuracy of MRI in diagnosing meniscus tear are 81,1%, 85,2% và 87%. **Conclusion:** When examining and assessing lesions of meniscus, MRI is able to assess better than clinical signs. MRI is a diagnostic imaging tool that supports the diagnosis of meniscal injury with high sensitivity, specificity and accuracy.

Keywords: meniscal injury, arthroscopy, sensitivity, specificity, MRI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc chẩn đoán xác định tổn thương sụn chêm (SC) đơn thuần nói riêng cũng như tổn

thương SC, dây chằng chéo khớp gối phối hợp nói chung đều dựa vào các triệu chứng lâm sàng và phim cộng hưởng từ (CHT). Trên thực tế chúng tôi quan sát được trong quá trình phẫu thuật nội soi khớp gối, có nhiều trường hợp tổn thương SC trong mổ không tương xứng với hình ảnh tổn thương SC trên CHT, điều đó ảnh hưởng đến chẩn đoán và điều trị. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm xác định độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của CHT đối với tổn thương SC trên nhóm bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước (DCCT), có hoặc không có tổn thương SC kèm theo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là tổn thương DCCT (có hoặc không tổn thương SC kèm theo) và được chỉ định mổ nội soi tái tạo DCCT.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 17 tuổi.
- Được chẩn đoán tổn thương DCCT, có hoặc không kèm theo rách SC, bằng các dấu hiệu lâm sàng và CHT.

- Phim CHT khớp gối trước mổ được chụp bằng máy 1,5 tesla tại bệnh viện Việt Đức, kết quả được bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh đọc.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp SC bệnh lý như: SC hình đĩa
- Bệnh nhân rách SC và tổn thương đa dây chằng
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 4/2017 đến tháng 6/2018.

2.2.3. Các bước tiến hành

- Thăm khám, lựa chọn bệnh nhân có dấu hiệu lâm sàng điển hình của tổn thương dây chằng chéo trước, có chỉ định chụp cộng hưởng từ khớp gối.

- Bệnh nhân được chụp CHT khớp gối tại trung tâm chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Việt Đức trên máy cộng hưởng từ 1.5 Tesla với các chuỗi xung Pd fat-sat và T1W theo các hướng Coronal, Sagittal và Axial không tiêm thuốc đối quang từ.

- Đánh giá tổn thương SC trong phẫu thuật

¹Trường ĐH Y Hà Nội,

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: toanduongdinht@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2020

Ngày duyệt bài: 11.3.4.2020

nội soi (tái tạo DCCT).

- Đối chiếu tổn thương sụn chêm trong ổ với hình ảnh tổn thương sụn chêm trên CHT, từ đó đưa ra độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của cộng hưởng từ

- Phân loại tổn thương sụn chêm trong CHT: tổn thương độ I, độ II, độ III, độ IV (theo phân loại của Quinn và cộng sự 1991) [1].

- Các khái niệm về độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác:

+ **Độ nhạy:** là khả năng phát hiện sụn chêm có tổn thương:

(Dương tính thật/ Tổng dương tính thật và âm tính giả) x 100%

+ **Độ đặc hiệu:** là khả năng phát hiện sụn chêm không tổn thương:

(Âm tính thật/ Tổng âm tính thật và dương tính giả) x 100%

+ **Độ chính xác:** là khả năng phát hiện chính xác sụn chêm có tổn thương hay không: (Dương tính thật+Âm tính thật/ Tổng dương tính thật, âm tính thật, dương tính giả và âm tính giả).

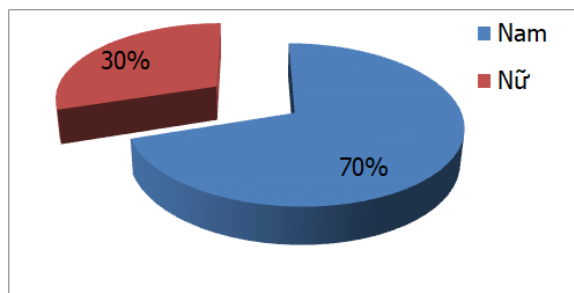
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi.

Bảng 1: Đặc điểm phân bố theo lứa tuổi.

Lứa tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
18 -20 tuổi	6	12
21-30 tuổi	23	46
31-40 tuổi	11	22
41-50 tuổi	8	16
> 50 tuổi	2	4
Tổng số	50	100,0

3.2. Đặc điểm phân bố theo giới.



Biểu đồ 1: Phân bố theo giới

3.3. Phân độ tổn thương sụn chêm trên phim chụp cộng hưởng từ [1].

Trên MRI chúng tôi thu thập được có 30 sụn chêm trong tổn thương và 32 sụn chêm ngoài tổn thương.

Bảng 2: Phân độ tổn thương trên phim chụp CHT.

Sụn chêm tổn thương	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Tổng
Sụn chêm trong	4	3	15	8	30
Sụn chêm ngoài	2	4	14	12	32
Tổng	6	7	29	20	62

3.4. Đặc điểm tổn thương giải phẫu qua nội soi

Trong số 50 ca tổn thương dây chằng chéo trước qua ổ nội soi chúng tôi phát hiện có 12 ca tổn thương sụn chêm trong, 18 ca tổn thương sụn chêm ngoài và 8 ca tổn thương cả hai sụn chêm. Tỷ lệ tổn thương sụn chêm ở bệnh nhân đứt dây chằng chéo trong nghiên cứu là 76%.

Bảng 3: Vị trí rách sụn chêm trong nội soi

Đặc điểm		n	%
Rách sụn chêm trong	Sừng trước	6	24
	Phần thân	4	16
	Sừng sau	15	60
Rách sụn chêm ngoài	Sừng trước	8	27,6
	Phần thân	5	17,2
	Sừng sau	16	55,2

Bảng 4: Hình thái rách sụn chêm trong nội soi

Hình thái tổn thương	Sụn chêm trong		Sụn chêm ngoài		Tổng số	
	n	%	n	%	N	%
Rách dọc	8	40	11	42,3	19	41,3
Rách ngang	4	20	3	11,5	7	15,2
Rách chéo	4	20	6	23	10	21,7
Rách nan quạt	2	10	2	7,7	4	8,6
Rách biến dạng	2	10	4	15,5	6	13,2
Tổng số	20	100	26	100	46	100

3.5. Đối chiếu tổn thương sụn chêm trong ổ với CHT.

Trên CHT, sụn chêm tổn thương độ III, độ IV

mới nhìn thấy tổn thương sụn chêm trong ổ. Sụn chêm tổn thương độ I, độ II trên CHT sẽ không nhìn thấy tổn thương trong ổ.

+ Âm tính thật: nếu trên phim CHT, SC tổn thương độ I, độ II và trên nội soi không nhìn thấy tổn thương.

+ Dương tính thật: nếu trên phim CHT có tổn thương độ III, độ IV và trên nội soi nhìn thấy tổn thương sụn chêm tương ứng.

+ Âm tính giả: nếu trên phim CHT có tổn thương độ I, độ II và trên nội soi nhìn thấy tổn thương (tương đương độ III, IV trên CHT).

+ Dương tính giả: nếu trên phim cộng hưởng từ có tổn thương độ III trở lên và trên nội soi không thấy tổn thương.

Bảng 5: Số dương tính thật, dương tính giả, âm tính thật, âm tính giả của CHT đối với tổn thương SCT và SCN

	Dương tính thật	Âm tính giả	Âm tính thật	Dương tính giả
Sụn chêm trong	18	2	25	5
Sụn chêm ngoài	23	3	21	3

Bảng 8: Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của CHT trong chẩn đoán tổn thương SCT và SCN

	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
Sụn chêm trong	90%	83,3%	86%
Sụn chêm ngoài	88,5%	87,5%	88%

Bảng 10. So sánh độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của CHT trong đánh giá tổn thương SCT và SCN giữa các tác giả.

	Sụn chêm trong			Sụn chêm ngoài		
	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
Trương Trí Hữu [2]	74%	81%	79%	79%	89%	86%
Ruth Crawford [4]	91,4%	81,1%	86,3%	76%	93,3%	88,8%
P. Antinolfi [5]	85%	75%	82%	86%	90%	87%
Chúng tôi	90%	83,3%	86%	88,5%	87,5%	88%

Có 5 trường hợp dương tính giả thấy ở sụn chêm trong, 3 trường hợp ở sừng sau và 2 trường hợp ở sừng trước. Kiểm tra lại phim cộng hưởng từ 3 trường hợp ở sừng trước là do nhầm lẫn với mặt cắt của phim qua dây chằng ngang. Có 3 trường hợp dương tính giả ở sừng sau sụn chêm ngoài, kiểm tra lại trên phim cộng hưởng từ chúng tôi nghi ngờ đây là vùng giao giữa túi hoạt dịch của gân khoeo, dây chằng Humphry và sụn chêm.

V. KẾT LUẬN

Với độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 89,1%, 85,2% và 87%, CHT vẫn là một phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị trong

Sụn chêm khớp	89,1%	85,2%	87%
---------------	-------	-------	-----

IV. BÀN LUẬN

Giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá tổn thương sụn chêm.

Từ Bảng 8 cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của cộng hưởng từ trong đánh giá tổn thương sụn chêm lần lượt là 89,1%; 85,2% và 87%. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu của Trương Trí Hữu, Nguyễn Quốc Dũng, Ruth Crawford cùng được thực hiện trên các máy chụp cộng hưởng từ 1,5 tesla:

Bảng 9. So sánh độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của CHT trong đánh giá tổn thương SC giữa các tác giả.

	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
Trương Trí Hữu [2]	74%	81%	79%
Nguyễn Quốc Dũng [3]	90%	93%	91,5%
Ruth Crawford [4]	86%	88,5%	87,6%
Chúng tôi	89,1%	85,2%	87%

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về độ chính xác của CHT trong đánh giá tổn thương sụn chêm giữa sụn chêm trong và sụn chêm ngoài, với các giá trị tương ứng là 86% và 88%. Kết quả này tương đồng với các tác giả khác:

chẩn đoán tổn thương sụn chêm, giúp bác sỹ lâm sàng phối hợp các triệu chứng, nghiệm pháp lâm sàng qua thăm khám sẽ chẩn đoán chính xác hơn, từ đó đưa ra các chỉ định điều trị tổn thương sụn chêm cho phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Waldman S.D(2007)**, Painful conditions of the knee pain management Vol 1. Saunders.
2. **Trương Trí Hữu và Nguyễn Việt Nam (2013)**. Đối chiếu chẩn đoán giữa lâm sàng và cộng hưởng từ với nội soi về tổn thương dây chằng chéo khớp gối và sụn chêm – Viện chấn thương chỉnh hình.
3. **Nguyễn Quốc Dũng, Phùng Văn Tuấn (2013)**: Độ nhạy, độ đặc hiệu của các nghiệm pháp lâm sàng

và cộng hưởng từ trong chẩn đoán rách sụn chêm khớp gối – Bệnh Viện Trung Ương Quân Đội 108.

4. **Ruth C., Gayle W., Stephen B., và cộng sự. (2007):** "Magnetic resonance imaging versus arthroscopy in the diagnosis of knee pathology,

concentrating on meniscal lesions and ACL tears: a systematic review". British Medical Bulletin, 84,5-23.

5. **Antinolfi (2015),** Relationship between Clinical, MRI, and Arthroscopic Findings: A Guide to Correct Diagnosis of Meniscal Tears, Joints,5(3): 164–167

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG ĐƯỜNG UỐNG Ở BỆNH NHÂN THUYÊN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH VÀ/HOẶC RUNG NHĨ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Hoàng Văn Sỹ*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kháng đông là điều trị nền tảng ở bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch hoặc rung nhĩ. Thực trạng sử dụng thuốc kháng đông tại Bệnh viện Chợ Rẫy chưa được nghiên cứu nhiều. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm quần thể bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch và/hoặc rung nhĩ và tình hình điều trị thuốc kháng đông đường uống về tỷ lệ sử dụng thuốc, loại thuốc, liều lượng. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả nghiên cứu:** Tổng 323 bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch và/hoặc rung nhĩ điều trị tại khoa Nội Tim Mạch Bệnh viện Chợ Rẫy từ 11/2019 đến 02/2020 có tuổi trung bình là $60,9 \pm 15,4$. Nữ chiếm đa số với 173 (53,6%). Bệnh đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp với 56,1%, bệnh mạch vành 43,3%, rối loạn lipid máu 37,4%, sử dụng rượu 30,6% và hút thuốc lá 30%. 99,7% bệnh nhân được sử dụng kháng đông đường uống. Có 67 (20,8%) bệnh nhân dùng thuốc kháng vitamin K, 255 (79,2%) bệnh nhân dùng thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K, trong đó 102 (31,7%) dùng dabigatran và 153 (47,5%) dùng rivaroxaban. Liều kháng vitamin K (mg) trung bình là $1,9 \pm 0,9$. Có 76 (74,5%) bệnh nhân dùng dabigatran ở liều 150 mg x 2 lần/ngày và 131 bệnh nhân (85,5%) dùng rivaroxaban ở liều 20 mg mỗi ngày. Có 0,3% trường hợp xuất huyết nhẹ. Bệnh nhân sử dụng thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K có tuổi, tỷ lệ tăng huyết áp, bệnh mạch vành cao hơn và có tỷ lệ bệnh thận mạn, nồng độ creatinine huyết thanh và INR thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân sử dụng thuốc kháng vitamin K. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân mắc bệnh lý thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch và/hoặc rung nhĩ được sử dụng kháng đông uống. Tỷ lệ kháng đông đường uống không kháng vitamin K được sử dụng ưu thế trên cả 2 nhóm bệnh.

Từ khóa: thuốc kháng đông đường uống, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, rung nhĩ.

*Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

SUMMARY

SURVEY ON USE OF ORAL ANTICOAGULANTS IN PATIENTS WITH VENOUS THROMBOEMBOLISM AND/OR ATRIAL FIBRILLATION AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Anticoagulation therapy is a cornerstone treatment in patients with venous thromboembolism or atrial fibrillation. Data of using oral anticoagulants at Cho Ray Hospital is limited. **Objective:** To describe the characteristics of patients with venous thromboembolism and/or atrial fibrillation and the situation of oral anticoagulant treatment related in drug use rate, type of drug and dose. **Methods:** A cross-sectional study. **Results:** A total of 323 patients with venous thromboembolism and/or atrial fibrillation treated at the Department of Cardiology at Cho Ray Hospital from 11/2019 to 02/2020 had an average age of 60.9 ± 15.4 . Female gender is the majority with 173 (53.6%). The most common co-morbidities were hypertension with 56.1%, coronary artery disease 43.3%, dyslipidemia 37.4%, alcohol use 30.6% and smoking 30%. 99.7% of patients received oral anticoagulation drugs. There were 67 (20.8%) patients taking vitamin K antagonists, 255 (79.2%) patients taking non-vitamin K oral anticoagulants, of which 102 (31.7%) were taking dabigatran and 153 (47.5%) were taking rivaroxaban. The average dose of vitamin K antagonist (mg) was 1.9 ± 0.9 . There were 76 (74.5%) patients taking dabigatran at a dose of 150 mg twice daily and 131 patients (85.5%) taking rivaroxaban at a dose of 20 mg daily. There was 0.3% of cases of mild bleeding events. Patients with non-vitamin K oral anticoagulants significantly higher rates of hypertension, coronary artery disease, and significantly lower rates of chronic kidney disease, serum creatinine, and INR levels compared to patients using vitamin K antagonists. **Conclusion:** The study revealed that most patients with venous thromboembolism and/or atrial fibrillation were given anticoagulants. The rate of non-vitamin K oral anticoagulants was predominantly used in both this disease groups.

Keywords: Oral anticoagulants, venous thromboembolism, atrial fibrillation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi là một trong các biểu hiện của bệnh lý thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Trong số những

trường hợp thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, có 1/3 trường hợp tử vong do thuyên tắc phổi; 2/3 còn lại là huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi có triệu chứng nhưng không gây tử vong. Bên cạnh đó, rung nhĩ là rối loạn nhịp dai dẳng thường gặp nhất. Tỷ lệ đột quỵ thiếu máu ở bệnh nhân rung nhĩ không do thấp tim là 5%/năm, tăng gấp 2-7 lần so với những người không có rung nhĩ [1].

Kháng đông là điều trị nền tảng trên bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cũng như dự phòng đột quỵ trên bệnh nhân rung nhĩ⁽¹⁾. Việc thu thập dữ liệu trong điều kiện thực hành lâm sàng thường quy đóng vai trò quan trọng trong việc nghiên cứu số lượng lớn bệnh nhân, bao gồm toàn bộ tỷ lệ bệnh đồng mắc với việc sử dụng các loại thuốc kháng đông. Kết quả của các nghiên cứu này có thể bổ sung vào các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên vốn có tiêu chuẩn nhận bệnh chặt chẽ và có phần lý thuyết hóa. Hiện nay, tại Việt Nam chủ yếu là các nghiên cứu nhỏ lẻ đánh giá vai trò của kháng đông trên bệnh nhân nội trú, chưa có nghiên cứu lớn đánh giá tình hình sử dụng kháng đông, tác dụng phụ của các loại thuốc này trên thế giới thực ra sao. Vì vậy, nhằm có được dữ liệu về tình hình điều trị kháng đông chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm quần thể bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch và/hoặc rung nhĩ; đồng thời mô tả tình hình điều trị thuốc kháng đông đường uống về tỷ lệ sử dụng thuốc, loại thuốc, liều lượng ở đối tượng bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chọn liên tiếp từ Khoa hay Phòng khám Nội Tim Mạch Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2019 đến tháng 02/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán rung nhĩ và/hoặc thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch bao gồm huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và thuyên tắc phổi. Rung nhĩ dựa vào điện đồ 12 chuyển đạo mất sóng P, hiện diện sóng f nhỏ lẫn lẫn tần số 350 – 600 lần/phút, phức bộ QRS không đều, tần số thất tùy thuộc vào mức dẫn truyền nhĩ thất. Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới chẩn đoán hoặc dựa vào siêu âm doppler tĩnh mạch với nghiệm pháp ấn: thấy huyết khối lấp đầy lòng tĩnh mạch, tĩnh mạch ấn không xẹp hoặc chỉ xẹp một phần; có hiện tượng khuyết màu, phổ doppler không thay đổi theo nhịp hô hấp; hoặc dựa trên chụp hệ tĩnh mạch cản quang: thấy có huyết khối [2]. Thuyên tắc phổi được chẩn đoán

xác định hoặc dựa vào chụp cắt lớp điện toán dựng hình mạch máu phổi thấy huyết khối; hoặc chụp động mạch phổi cản quang [2].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Các bước tiến hành. Lấy mẫu thuận tiện các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ sẽ được ký cam kết tham gia nghiên cứu. Các yếu tố được thu thập bao gồm chẩn đoán của bệnh nhân dựa trên hồ sơ bệnh án hoặc toa thuốc đang sử dụng, đặc điểm nhân trắc, tình trạng công việc, học vấn, các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, các xét nghiệm dựa vào hồ sơ bệnh án, thuốc kháng đông đang sử dụng dựa vào hồ sơ bệnh án hoặc toa thuốc bệnh nhân đang sử dụng (loại kháng vitamin K hay thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K là dabigatran hay rivaroxaban, liều lượng trong ngày), chảy máu (vị trí, lượng, truyền máu, dùng thuốc hóa giải).

Xử lý thống kê. Thống kê phân tích, xử lý số liệu và trình bày biểu đồ bằng phần mềm Rstudio 1.2. Biến số liên tục được trình bày dưới dạng trung bình nếu phân phối chuẩn, trung vị nếu không có phân phối chuẩn. Biến số định danh trình bày dưới dạng phần trăm. Các kiểm định thống kê sử dụng gồm có: T-test, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Chi bình phương, Fisher's Exact Test. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu không làm ảnh hưởng quá trình điều trị của bệnh nhân. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức Y Sinh Học của Bệnh Viện Chợ Rẫy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Có 323 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi. Trong đó có 87 (27%) bệnh nhân được chẩn đoán thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch đơn thuần, 233 (72%) bệnh nhân được chẩn đoán rung nhĩ đơn thuần và 3 (1%) bệnh nhân đồng mắc cả 2 bệnh. Đặc điểm dân số bệnh nhân tham gia nghiên cứu được trình bày trong **Bảng 1**. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $60,9 \pm 15,4$. Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam, chiếm 53,6% dân số chung. Về tình trạng công việc, 34,4% số bệnh nhân thuộc nhóm nghỉ hưu và 24,1% làm việc toàn thời gian. Về trình độ học vấn, tỷ lệ cao bệnh nhân ở trình độ tiểu học hoặc thấp hơn chiếm 44,7%, trong khi trình độ cao đẳng, đại học chỉ có 8,9%.

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc học

Đặc điểm	Chung (N=323)	TTHKTM (n = 90)	Rung nhĩ (n=236)
Tuổi	60,9 ± 15,4	52,6 ± 18,3	64,2 ± 12,9
Giới nữ, n (%)	173 (53,6%)	60 (66,7%)	114 (48,3%)
Tình trạng công việc			
Không khai thác, n (%)	30 (9,3%)	6 (6,7%)	24 (10,2%)
Toàn thời gian, n (%)	78 (24,1%)	41 (45,6%)	37 (15,7%)
Bán thời gian, n (%)	41 (12,7%)	9 (10%)	32 (13,6%)
Không khả năng làm việc, n(%)	52 (16,1%)	13 (14,4%)	41 (17,4%)
Thất nghiệp, n (%)	3 (0,9%)	0 (0%)	3 (1,3%)
Nghỉ hưu, n (%)	110 (34,1%)	19 (21,1%)	92 (39%)
Khác, n (%)	9 (2,8%)	2 (2,2%)	7 (3,0%)
Trình độ học vấn (n = 313)			
Tiểu học hoặc thấp hơn, n (%)	140 (44,7%)	33 (36,7%)	109 (48,2%)
Trung học cơ sở, n (%)	78 (24,9%)	34 (37,8%)	45 (19,9%)
Trung học phổ thông, n (%)	67 (21,4%)	14 (15,6%)	53 (23,5%)
Cao đẳng, đại học, n (%)	28 (8,9%)	9 (10%)	19 (8,4%)
Có bảo hiểm y tế, n (%)	301 (93,2%)	80 (88,9%)	224 (94,9%)

*TTHKTM: thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Bệnh đồng mắc hay yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tăng huyết áp với (56,1%), bệnh mạch vành (43,3%), rối loạn lipid máu (37,4%), sử dụng rượu (30,6%) và hút thuốc lá (30%). Các yếu tố ít gặp nhất là hội chứng thận hư (0,6%), thuốc (0,6%), ung thư (1,2%), bất động (1,9%), bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (1,9%). Các yếu tố còn lại dao động từ 3,2% đến 8,4% (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm bệnh đồng mắc

Đặc điểm#	Chung N = 323	TTHKTM* n = 90	Rung nhĩ n = 236
Hút thuốc lá (n = 320)	96 (30%)	17 (18,9%)	81 (34,8%)
Sử dụng rượu (n = 320)	98 (30,6%)	17 (18,9%)	82 (35,2%)
Béo phì (n = 319)	17 (5,3%)	4 (4,4%)	13 (5,6%)
Rối loạn lipid máu (n = 321)	120 (37,4%)	13 (14,4%)	108 (46,2%)
Tăng huyết áp (n = 321)	180 (56,1%)	28 (31,1%)	155 (66,2%)
Đái tháo đường (n = 321)	27 (8,4%)	3 (3,3%)	24 (10,3%)
Bệnh mạch vành (n = 321)	139 (43,3%)	8 (8,9%)	133 (56,8%)
Bệnh lý động mạch ngoại biên (n = 321)	12 (3,7%)	6 (6,7%)	6 (2,6%)
Nhồi máu não (n = 321)	29 (9%)	2 (2,2%)	28 (12%)
COPD (n = 321)	6 (1,9%)	1 (1,1%)	5 (2,1%)
Bệnh thận mạn (n = 320)	23 (7,2%)	5 (5,6%)	18 (7,7%)
Ung thư (n = 321)	4 (1,2%)	3 (3,3%)	1 (0,4%)
Rối loạn chức năng giáp (n = 322)	7 (3,2%)	0 (0%)	7 (3%)
Bất động (n = 321)	6 (1,9%)	5 (5,6%)	1 (0,4%)
Hội chứng thận hư (n = 321)	2 (0,6%)	1 (1,1%)	1 (0,4%)
Thuốc (n = 320)	2 (0,6%)	2 (2,2%)	0 (0%)

*:TTHKTM: thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch; #:n (%)

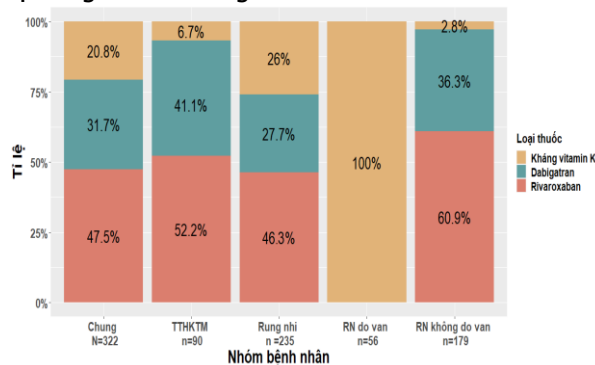
Đặc điểm bệnh lý sử dụng thuốc kháng đông. Trong 90 bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch có 28 (31%) bệnh nhân là thuyên tắc phổi, 62 (69%) bệnh nhân là huyết khối tĩnh mạch sâu. Trong 236 bệnh nhân rung nhĩ, có 56 (23,7%) bệnh nhân rung nhĩ do van (gồm cả van tim cơ học), 180 (76,3%) bệnh nhân rung nhĩ không do van, có 20 (8,5%) bệnh nhân là rung nhĩ cơn và 216 (91,5%) là rung nhĩ mạn tính.

Tình hình sử dụng kháng đông. Trong 323 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 1 (0,3%) bệnh nhân với chẩn đoán rung nhĩ không do van

tim không được sử dụng thuốc kháng đông do có chống chỉ định là xuất huyết tiêu hóa. Tỷ lệ loại thuốc kháng đông sử dụng được trình bày ở Biểu đồ 1.

Trên dân số nghiên cứu chung, có 67 (20,8%) bệnh nhân dùng thuốc kháng vitamin K, 255 (79,2%) bệnh nhân dùng thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K, trong đó 102 (31,7%) dùng dabigatran và 153 (47,5%) dùng rivaroxaban. Phân tích các nhóm thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, rung nhĩ chung hay rung nhĩ không do van tim cho thấy tỷ lệ dùng

kháng vitamin K dao động từ 2,8% đến 26% và đều thấp hơn so với tỷ lệ dùng thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K, dao động từ 74% đến 97,2%. Trong các thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K, tỷ lệ dùng rivaroxaban cao hơn so với dabigatran. Riêng nhóm bệnh nhân rung nhĩ do van tim, tỷ lệ dùng thuốc kháng vitamin K là 100%.

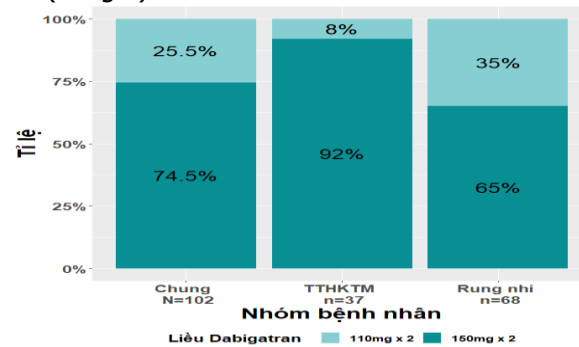


Biểu đồ 3. Tỷ lệ các loại thuốc kháng đông sử dụng (TTHKTM: thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch)

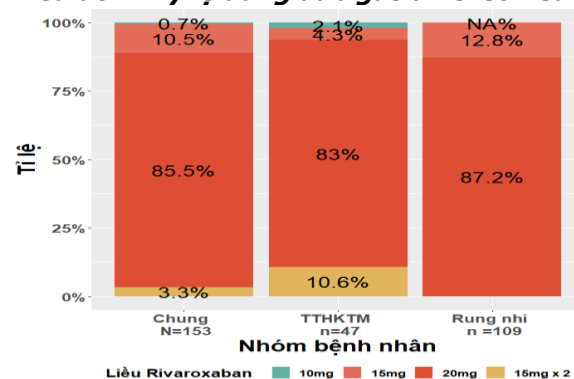
Liều lượng thuốc. Thuốc kháng vitamin K trong nghiên cứu của chúng tôi đều là acenocumarol với liều kháng vitamin K (mg) trung bình là $1,9 \pm 0,9$. Đối với dabigatran, có 76 (74,5%) bệnh nhân dùng liều 150 mg x 2 lần/ngày và 26 (25,5%) bệnh nhân dùng liều 110 mg x 2 lần/ngày. Tỷ lệ dùng liều cao vẫn nhiều hơn liều giảm ở nhóm dân số rung nhĩ hay thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (Biểu đồ 2). Đối với rivaroxaban, có 1 bệnh nhân (0,7%) dùng liều 10 mg/ngày, 5 (3,3%) bệnh nhân dùng liều 15mg x 2 lần/ngày, 16 (10,5%) dùng liều 15 mg/ngày và 131 bệnh nhân (85,5%) dùng liều 20 mg/ngày (Biểu đồ 3).

Bệnh nhân sử dụng thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K có tuổi, tỷ lệ tăng

huyết áp, bệnh mạch vành cao hơn và có tỷ lệ bệnh thận mạn, nồng độ creatinine huyết thanh và INR thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân sử dụng thuốc kháng vitamin K. Các yếu tố còn lại không đạt sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 3).



Biểu đồ 4. Tỷ lệ dùng dabigatran theo liều



Biểu đồ 5. Tỷ lệ dùng Rivaroxaban theo liều

Tình trạng xuất huyết. Có 1 (0,3%) bệnh nhân rung nhĩ mạn sử dụng rivaroxaban liều 20 mg/ngày không do van tim có biến chứng xuất huyết nhẹ liên quan thuốc kháng đông. Bệnh nhân không có chỉ định truyền máu và không dùng thuốc hóa giải.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan giữa việc sử dụng các loại thuốc kháng đông đường uống

Đặc điểm	Loại thuốc kháng đông đường uống		p
	Kháng vitamin K	NOAC	
Tuổi, n (%)	54,3 ± 13,5	62,6 ± 15,5	< 0,001
Giới Nữ, n (%)	37 (55,2%)	136 (53,3%)	0,782
Có bảo hiểm y tế, n (%)	66 (98,5%)	234 (91,8%)	0,057
Bệnh đồng mắc			
Béo phì, n (%)	3 (4,5%)	14 (5,6%)	1,000
Rối loạn lipid máu, n (%)	10 (14,9%)	110 (43,5%)	< 0,001
Tăng huyết áp, n (%)	15 (22,4%)	164 (64,8%)	< 0,001
Đái tháo đường, n (%)	4 (6%)	23 (9,1%)	0,414
Bệnh mạch vành, n (%)	6 (9%)	133 (52,6%)	< 0,001
Bệnh động mạch ngoại biên, n(%)	1 (1,5%)	11 (4,3%)	0,472
Đột quy, n (%)	7 (10,4%)	21 (8,3%)	0,627
COPD, n (%)	2 (3%)	4 (1,6%)	0,609
Bệnh thận mạn, n (%)	10 (14,9%)	13 (5,2%)	0,013

Rối loạn tuyến giáp, n (%)	2 (3%)	5 (2%)	0,639
Ung thư, n (%)	0 (0%)	4 (1,6%)	0,583
Hội chứng thận hư, n (%)	1 (1,5%)	1 (0,4%)	0,375
Cận lâm sàng			
Creatinine (mg/dL)	1,1 (0,98 – 1,6)	0,9 (0,7 – 1,05)	0,002
Natri (mmol/L)	138 (134,8 – 140,3)	138 (134 – 139)	0,205
Kali (mmol/L)	3,9 (3,4 – 4,3)	3,7 (3,3 – 4)	0,468
INR	2,1 (1,4 – 2,6)	1,1 (1 – 1,5)	< 0,001

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ học và bệnh đồng mắc.

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 60,9±15,4 tuổi, nữ chiếm đa số với tỷ lệ 53,6%, phần lớn có bảo hiểm y tế, nghỉ hưu và học bậc tiểu học hoặc thấp hơn. Nghiên cứu của tác giả Jiyeon C Choi khảo sát bệnh nhân sử dụng kháng đông có tuổi trung bình là 65,1 tuổi, hơn 90% có bảo hiểm y tế nhưng nam chiếm đa số với 68,7% và phần lớn bệnh nhân có trình độ cao đẳng, đại học, sau đại học [3]. Nghiên cứu của Obamiro khảo sát sự tuân thủ bệnh nhân rung nhĩ sử dụng kháng đông cho thấy tuổi trung bình là, nữ chiếm đa số, đa phần bệnh nhân học đến bậc trung học hoặc thấp hơn và nghỉ hưu hoặc thất nghiệp [4]. Nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên thế giới có điểm chung là tuổi trung bình cao. Điều này là phù hợp khi tuổi càng lớn thì tỷ lệ rung nhĩ càng nhiều kèm theo các bệnh lý đồng mắc dễ đưa đến các tình trạng tăng đông gây thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Sự khác biệt về giới qua các nghiên cứu có thể là ngẫu nhiên còn trình độ học vấn có lẽ tùy thuộc vào sự phát triển của từng khu vực nghiên cứu.

Về các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tăng huyết áp với 56,1%, bệnh mạch vành 43,3%, rối loạn lipid máu 37,4%, sử dụng rượu 30,6% và hút thuốc lá 30% là những bệnh thường gặp nhất. Nghiên cứu của Elezi cũng cho thấy bệnh đồng mắc rung nhĩ thường gặp nhất là tăng huyết áp với 27,44%, bệnh mạch vành 21,4% và suy tim 47% [5]. Điều này cũng hợp lý khi rung nhĩ tăng theo tuổi kèm theo các bệnh lý và yếu tố nguy cơ tim mạch khác. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận các yếu tố ít hơn là hội chứng thận hư (0,6%), thuốc (0,6%), ung thư (1,2%), bất động (1,9%) cũng là các yếu tố nguy cơ gây thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

Tình hình sử dụng kháng đông. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân dùng thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K trong đó 102 (31,7%) dùng dabigatran và 153 (47,5%) dùng rivaroxaban,

* NOAC: non-vitamin K oral anticoagulants còn lại 67 (20,8%) bệnh nhân dùng thuốc kháng vitamin K. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy xu hướng ngày càng gia tăng sử dụng thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K trên bệnh nhân rung nhĩ hay thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Nghiên cứu của tác giả Sorescu và cộng sự [6] trên bệnh nhân rung nhĩ và/hoặc thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cho thấy 52% bệnh nhân được sử dụng thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K; còn nghiên cứu của Kirley. K [7] cho thấy xu hướng sử dụng thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K ở Hoa Kỳ từ cuối năm 2010 đến cuối năm 2011, tỷ lệ sử dụng dabigatran tăng lên 12,9% còn tỷ lệ sử dụng warfarin giảm xuống 11,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ dùng rivaroxaban có cao hơn so với dabigatran và không bệnh nhân nào sử dụng các thuốc kháng đông khác như apixaban, edoxaban hay betrixaban do không sẵn có. Riêng nhóm bệnh nhân rung nhĩ do van tim hay van tim cơ học, 100% đều sử dụng thuốc kháng vitamin K vì đây là chống chỉ định của thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K. Về liều thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân được dùng đủ liều, đối với dabigatran liều 150mg x 2lần/ngày là 74,5% và rivaroxaban liều 20 mg/ngày là 85,5%. Các kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi hiện tại chưa đánh giá được nguyên nhân của việc sử dụng các liều khác nhau. Trên thế giới cũng ghi nhận các trường hợp bệnh nhân được sử dụng liều thấp kháng đông không thích hợp. Nghiên cứu của Sato và cộng sự cho thấy có tới 23% bệnh nhân sử dụng liều thấp không thích hợp thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K [8]. Những bệnh nhân này có tuổi thấp hơn, creatinine và chỉ số khối cơ thể cao hơn so với bệnh nhân dùng liều đủ. Tỷ lệ xuất huyết trong nghiên cứu của chúng tôi là rất thấp. Có 1 (0,3%) bệnh nhân có xuất huyết nhẹ khi dùng rivaroxaban liều 20 mg/ngày, bệnh nhân không cần truyền máu và không dùng thuốc hóa giải. Việc xác định tỷ lệ chảy máu ở bệnh nhân sử dụng kháng đông là quan trọng tuy nhiên do

thiết kế nghiên cứu của chúng tôi chỉ là cắt ngang mô tả không theo dõi bệnh nhân nên có thể đã đánh giá thấp biến cố này. Khi so sánh, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân sử dụng thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K có tuổi, tỷ lệ tăng huyết áp, bệnh mạch vành cao hơn và có tỷ lệ bệnh thận mạn, nồng độ creatinine huyết thanh và INR thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân sử dụng thuốc kháng vitamin K. Nghiên cứu của Jiyeon C Choi cho thấy bệnh nhân sử dụng dabigatran có tuổi lớn hơn, tỷ lệ nam giới thấp hơn và số lượng viên thuốc uống trong ngày ít hơn [3]. Các kết quả bước đầu từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần nào thực trạng sử dụng kháng đông đường uống ở bệnh nhân rung nhĩ và thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Trên cơ sở đó chúng tôi kiến nghị triển khai các nghiên cứu theo dõi bệnh với cỡ mẫu lớn hơn giúp đánh giá mối quan hệ nhân quả, dự đoán các kết cục từ đó có thể giúp nâng cao quản lý bệnh nhân rung nhĩ và thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch đang sử dụng kháng đông đường uống.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân rung nhĩ và thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch có tỷ lệ sử dụng kháng đông đường uống cao trong đó các thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K được dùng nhiều hơn kháng vitamin K. Bệnh nhân đa số được

dùng liều đủ thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K. Tỷ lệ xuất huyết do thuốc kháng đông thấp chỉ có 0,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tun, N.M., T.H. O.** Prevention and treatment of venous thromboembolism with new oral anticoagulants: a practical update for clinicians. *Thrombosis* 2013; p. 183616.
2. **Nguyễn Văn Trí., Đỗ Thị Thu Hương, và Nguyễn Thanh Hiền.** Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam, 2016.
3. **Choi, J. C. và cộng sự.** Survey of the use of warfarin and the newer anticoagulant dabigatran in patients with atrial fibrillation. *Patient Preference Adherence* 2014; **8**: 167-177.
4. **Obamiro, K. O. và cộng sự.** Anticoagulation knowledge in patients with atrial fibrillation: An Australian survey. *Int J Clin Pract* 2018;**72**(3): e13072.
5. **Elezi, S. và cộng sự.** Management and comorbidities of atrial fibrillation in patients admitted in cardiology service in Kosovo-a single-center study. *Anadolu Kardiyol Derg* 2010;**10**(1): 36-40.
6. **Sorescu, A. M. và cộng sự.** The prevalence of long-term oral anticoagulation therapy in a cardiology center in Bucharest, Romania. *Clujul Med* 2018;**91**(1): 37-41.
7. **Kirley, K. và cộng sự.** National trends in oral anticoagulant use in the United States, 2007 to 2011. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2012; **5**(5): 615-621.
8. **Sato, T., và cộng sự.** The Comparison of Inappropriate-Low-Doses Use among 4 Direct Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation: From the Database of a Single-Center Registry. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2018;**27**(11): 3280-3288.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐẶT TÚI NGỰC TẠO HÌNH MỘT THÌ TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Hồng Khoa¹, Nguyễn Tiến Quang¹, Mai Tiến Đạt¹,
Dương Chí Thành¹, Trần Thị Thanh Thúy¹, Lê Hồng Quang¹,
Nguyễn Văn Chủ¹, Đào Thanh Bình¹, Đỗ Đình Lộc¹, Bùi Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

Phẫu thuật tái tạo tuyến vú có thể thực hiện trong cùng một thì hoặc thì hai cùng với phẫu thuật bảo tồn QNV và vật liệu được sử dụng có thể là các vật tự thân hoặc vật liệu tổng hợp. Qua nghiên cứu thực hiện trên 41 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn tiết kiệm da (SSM), để lại quầng núm vú (NSM) kết hợp tạo hình ngay bằng túi độn silicon tại Khoa Điều trị Yêu cầu Bệnh viện K từ tháng 1/2019

đến 11/2019 bước đầu chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Tỷ lệ biến chứng sớm có hồi phục là 24,4%, hay gặp nhất là thiếu máu vạt da và quầng núm vú chiếm tỷ lệ 14,6%. Tỷ lệ tháo túi là 7,3% (3 BN) trong đó do hạ bạch cầu sau điều trị hóa chất 4,9% (2BN); nhiễm trùng khoang đặt túi 2,4% (1BN). Kết quả thẩm mỹ: đẹp 65,8%; tốt: 23,7%; trung bình: 10,5%. Tỷ lệ rất hài lòng, hài lòng và ít hài lòng của người bệnh lần lượt là 68,4% và 15,8%.

SUMMARY

ASSESSMENT OUTCOMES OF IMMEDIATE IMPLANT-BASED BREAST RECONSTRUCTION IN EARLY STAGE BREAST CANCER PATIENTS IN K HOSPITAL

Breast reconstruction can be performed in immediate or delay procedure with nipple sparing

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Khoa

Email: phamhongkhoa1974@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 8.4.2020

mastectomy and the materials used can be autologous tissue or synthetic materials. Through research conducted on 41 patients who underwent skin sparing mastectomy (SSM), nipple sparing mastectomy (NSM) combined with forming immediately with prosthetic implant at K Hospital's Requeing Treatment Department from January 2019 to November 2019, we initially draw some conclusions as follows: The rate of early complications (with recovery) was 24.4%, the most common was skin and nipple rings anemia, accounted for 14.6%. The rate of implant removal was 7.3% (3 patients) of which leukopenia after chemotherapy 4.9% (2 patients); 2.4% implant-chamber infection (1patient). Aesthetic results: beautiful 65.8%; good: 23.7%; average: 10.5%. The percentage of very satisfied, satisfied and less satisfied patients was 68.4% and 15.8%, respectively.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong điều trị UTV, phẫu thuật có vai trò trung tâm. Trải qua các thời kỳ lịch sử, phẫu thuật UTV đã có nhiều bước phát triển quan trọng và ngày càng được hoàn thiện hơn: từ phẫu thuật triệt căn ban đầu kiểu Halsted, đến phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn cải biên, phẫu thuật bảo tồn, phẫu thuật cắt tuyến vú tiết kiệm da, phẫu thuật bảo tồn quầng núm vú và các phẫu thuật tái tạo tuyến vú.

Phẫu thuật bảo tồn quầng núm vú giúp bảo tồn toàn bộ da tự nhiên, nếp lằn dưới vú và quầng núm vú (QNV) nên sẽ giúp tái tạo vú thuận lợi hơn và đạt hiệu quả thẩm mỹ hơn và làm tăng sự hài lòng của bệnh nhân. Phẫu thuật bảo tồn quầng núm vú không phải là một ý tưởng mới và vẫn chưa được thực hiện phổ biến nhưng ngày càng được chấp nhận nhiều hơn, với nhiều báo cáo đảm bảo an toàn về mặt ung thư với tỷ lệ tái phát tại QNV thấp khoảng 3% trở xuống [1]. Trong một số nghiên cứu theo dõi dài thì cho thấy kết quả về mặt ung thư của phẫu thuật bảo tồn QNV tương tự với phẫu thuật cắt tuyến vú tiết kiệm da [2]. Do đó, phẫu thuật cắt tuyến vú bảo tồn núm và tạo hình ngày càng trở thành lựa chọn được ưa thích trong phẫu thuật điều trị ung thư và dự phòng ung thư vú.

Trong một báo cáo phân tích gộp từ năm 1997 đến 2013 của Matthew, bao gồm 6656 ca phẫu thuật bảo tồn QNV và tái tạo vú cho thấy phẫu thuật bảo tồn QNV và tái tạo ngay có tỷ lệ biến chứng chung là 16,7%, hoại tử QNV là 4,1% và tỷ lệ tái phát tại chỗ là 1,8%.

Ở Việt Nam số lượng nghiên cứu về phẫu thuật bảo tồn QNV và tạo hình bằng túi độ ngay trong mổ còn ít. Nhằm nâng cao chất lượng điều trị, đáp ứng nhu cầu ngày một tăng về phẫu thuật tái tạo vú trong ung thư cho bệnh nhân, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu

như sau: *Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình một thị bằng túi ngực trong điều trị bệnh nhân UTV giai đoạn sớm tại BV K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Điều trị theo yêu cầu - Bệnh viện K.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 9 năm 2019.

2.2. Đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả các bệnh nhân UTV giai đoạn 0, I, II được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn kết hợp đặt túi ngực một thị từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 09 năm 2019 tại khoa Điều trị theo yêu cầu - Bệnh viện K.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng bộ ba (lâm sàng, mammo, cyto) với tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học trước mổ (sinh thiết kim).

- Tuổi ≤ 65

- Giai đoạn 0, I, II (Tis,1,2, u kích thước $\leq 3\text{cm}$; NOM0).

- Bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật bảo tồn.

- Có chỉ định bảo tồn nhưng không đạt kết quả thẩm mỹ.

- Có chỉ định phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn.

- Bệnh nhân có nhu cầu tái tạo tuyến vú bằng túi ngực một thị sau cắt toàn bộ tuyến vú.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh mạn tính nặng, có chống chỉ định phẫu thuật chung: suy tim, suy thận, rối loạn đông máu ...

- Mặc các bệnh lý ung thư khác.

- Đã điều trị xạ trị diện vú bị ung thư.

- Từ chối điều trị bổ trợ sau phẫu thuật: hóa chất, xạ trị, nội tiết...

- Đang mang thai.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Chọn mẫu thuận tiện

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu (N=41)

Tính chất		n	%
Độ tuổi	≤ 30	3	7,3
	Từ 31 đến 40	24	58,5
	Từ 41 đến 50	13	31,7
	≥ 51	1	2,5
Tình trạng kinh nguyệt	Còn kinh nguyệt	40	97,5
	Đã mãn kinh	1	2,5
Đặc điểm U			

Vị trí khối u	¼ trên ngoài	15	36,5
	¼ trên trong	10	24,5
	¼ dưới ngoài	9	21,9
	¼ dưới trong	7	17,1
Đường kính u	0-1 cm	9	21,9
	1-2cm	25	61
	2-3cm	7	17,1
Số lượng u	1 u	35	85,3
	>1 u	6	14,7
Chảy dịch núm vú	Có	5	12,2
	Không	36	87,8

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng và điều trị

Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng (N=41)

Đặc điểm		n	%
Kết quả chụp và siêu âm vú			
Không vôi hóa		24	58,5
Vôi hóa khu trú		12	29,3
Vôi hóa lan rộng		5	12,2
Đặc điểm mô bệnh học			
Thể mô bệnh học	Thể nội ống	5	12,2
	Thể ống xâm nhập	20	48,8
	Thể tiểu thùy xâm nhập	6	14,6
	Thể ống xâm nhập trội nội ống	8	19,5
	Thể khác	2	4,9
Độ mô học	Độ I	3	7,3
	Độ II	34	83,0
	Độ III	4	9,7
Thụ thể nội tiết	ER/ và hoặcPR(+)	26	63,4
	ER(-);PR(-)	15	36,6
Yếu tố phát triển biểu mô	Her2(1+)	11	26,8
	Her2(2+)	18	43,9
	Her2(3+)	12	29,3

Bảng 3.3. Đặc điểm của phẫu thuật điều trị

Giai đoạn		Trước mổ (n)	Sau mổ (n)
	0	9	5
	I	20	23
	IIa	12	10
	IIb	0	3
Đặc điểm phẫu thuật		n	%
PP phẫu thuật	Cắt vú tiết kiệm da	13	31,7
	Cắt vú bảo tồn quầng núm	28	68,3
Đường rạch da	Một đường rạch da	30	73,1
	Hai đường rạch da	11	26,9
Đặc điểm túi độn			
Thể tích túi	<200ml	16	39,0
	200-300ml	25	61,0

Bảng 3.4 Kết quả sau mổ và biến chứng

Biến chứng	n	%
Chảy máu	0	0

Nề, đỏ da vết mổ	4	9,7
Tụ dịch	2	5,6
Thiếu máu vật da có hồi phục	3	7,3
Thiếu máu quầng núm có hồi phục	6	14,6
Hoại tử vật/quầng vú can thiệp ngoại khoa	0	0
Hội chứng bao xơ	0	0
Lộ túi/lệch túi	0	0
Tháo túi do nhiễm trùng	3	7,3
Sau phẫu thuật 2 tuần	1	2,4
Sau hóa trị 4 đợt	2	4,9
Kết quả thẩm mỹ		
Đẹp	25	65,8
Tốt	9	23,7
Trung bình	4	10,5
Mức độ hài lòng		
Rất hài lòng	26	68,4
Hài lòng	6	15,8
Ít hài lòng	6	15,8

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 bệnh nhân cắt vú bảo tồn quầng núm vú và 13 bệnh nhân cắt tuyến vú tiết kiệm da. Tiêu chuẩn lựa chọn hiện tại cho phẫu thuật bảo tồn quầng núm vú phụ thuộc vào nhiều yếu tố về ung thư học cũng như các thông số về giải phẫu. Những cân nhắc về mặt ung thư học bao gồm giai đoạn lâm sàng và các đặc điểm về khối u. Một đường rạch da phù hợp cho phẫu thuật bảo tồn quầng núm vú lý tưởng phải đảm bảo các tiêu chí sau (1) dễ dàng cho cắt tuyến vú và tạo hình, (2) bảo tồn mạch nuôi cho quầng núm vú và (3) một đường sẹo thuận lợi về mặt thẩm mỹ. Có nhiều kiểu đường rạch da được báo cáo đạt được các mục tiêu trên như đường quanh quầng vú, đường nan hoa dưới, đường dưới-vú, đường bên, đường nan hoa bên, đường dưới-bên. Tuy vậy có vẻ như không có đường rạch nào hoàn hảo hết. Theo báo cáo của nhiều tác giả thì nên tránh các đường rạch quanh chu vi quầng hoặc xuyên quầng vú vì có tỷ lệ hoại tử quầng núm vú cao nhất, thay vào đó đường rạch dưới vú hoặc đường rạch dưới-bên cho kết quả ít gây thiếu máu quầng núm vú hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được chia làm hai nhóm theo vị trí đường rạch da, trong đó có 11 (26,8%) bệnh nhân được thực hiện hai đường rạch da gồm một đường chữ omega quanh quầng vú kết hợp với một đường rạch theo nếp lằn nách để thực hiện vét hạch nách và có 30 (73,2%) bệnh nhân được thực hiện một đường rạch da quanh quầng vú phía trên và kéo dài ra phía trên ngoài tới hố nách. Kết quả của chúng tôi không có bệnh nhân nào bị hoại tử quầng núm vú

hoàn toàn mà chỉ có các trường hợp thiếu máu tạm thời và tự hồi phục.

4.2. Đặc điểm túi độn. Thể tích túi độn của nhóm bệnh nhân nhỏ nhất là 150ml, lớn nhất là 300ml, phần lớn trong khoảng từ 200-300ml (61%). Thể tích trung bình là 230ml thấp hơn nhiều so với nghiên cứu tương tự của tác giả Colwell là 376ml có thể giải thích do khác biệt về thể trạng và chủng tộc. Cũng theo tác giả Colwell, thể tích túi độn càng lớn thì tăng nguy cơ thiếu dưỡng vật da và quầng nám vú [3].

4.3. Biến chứng phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng chung của nhóm nghiên cứu là 24,4%, chiếm tỷ lệ cao nhất là thiếu máu quầng nám vú và vật da có hồi phục lần lượt 14,6% và 7,3%, tuy nhiên chúng tôi không gặp trường hợp nào bị hoại tử vật da và quầng nám vú cần phải can thiệp ngoại khoa. Trong khi hoại tử vật da hoặc quầng nám vú là biến chứng đáng ngại nhất của các tác giả nước ngoài như Colwell (5,2%), Endara (4,5%), Munhoz (5,1%) [3], [4], [5]. Đã có nhiều nghiên cứu nhằm tìm ra các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ hoại tử vật da hoặc quầng nám vú. Đường rạch da là một trong những yếu tố quan trọng liên quan tới hoại tử vật và quầng nám vú. Người ta thấy rằng các kiểu đường vật quanh chu vi quầng nám hoặc xuyên qua quầng nám làm tăng tỷ lệ hoại tử vật và quầng nám,

trong khi đó đường rạch vị trí dưới ngoài cho tỷ lệ hoại tử là thấp hơn có ý nghĩa thống kê. Một số yếu tố khác cũng cho thấy liên quan tới một hay nhiều biến chứng khác như chỉ số BMI>25, bệnh nhân được xạ trị, hút thuốc, thể tích túi độn [3], [5]. Tỷ lệ viêm tấy đỏ vết mổ trong nghiên cứu chúng tôi (9,7%) cao hơn so với nhiều tác giả như Colwell 3,3%, Munhoz 5,1%, Endara 4,5% [3], [4], [5], có thể do điều kiện môi trường kém và tỷ lệ vi khuẩn kháng kháng sinh cao hơn ở Việt Nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân gặp các biến chứng như chảy máu, hội chứng bao xơ co thắt hay lộ, lệch túi ngực. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp (7,3%) phải tháo túi độn trong đó có 2 trường hợp liên quan tới hạ bạch cầu trong quá trình điều trị hóa chất (chu kỳ 4), trường hợp còn lại phải tháo túi liên quan tới nhiễm trùng khoang túi ngực ngay trong quá trình hậu phẫu (tuần thứ 2). Tỷ lệ tháo túi của chúng tôi cao hơn so với các tác giả như Colwell (1,9%), Munhoz (2,3%) [3], [4], [5]. Do đó, biến chứng hạ bạch cầu trong điều trị hóa chất cần rất lưu tâm và cần có biện pháp dự phòng và can thiệp kịp thời để tránh các trường hợp phải tháo túi đáng tiếc. Đây cũng là một trong những nhược điểm của phẫu thuật tái tạo một thì.

Bảng 4.1: Biến chứng hay gặp theo một số tác giả

Nghiên cứu	Năm	N	Hoại tử QNV		Chảy máu	Nhiễm trùng
			Toàn bộ	1 phần		
Bistoni	2006	10	0	2	1	0
Jensen	2011	127	0	8	0	0
Harness	2011	60	3	6	1	2
Nahabedian	2006	11	0	1	0	0
Crowe	2008	149	0	2	0	1
Marguiles	2005	31	2	5	0	1
Gerber	2009	60	NR	NR	NR	NR
Petit	2009	1001	35	55	0	20
Spear	2011	49	3	3	3	3
Wijayanayagam	2008	64	3	10	0	7
Voltura	2008	49	0	0	0	1
Sookham	2008	12	0	2	0	0
Filho	2011	341	0	1	0	6
Babiera	2010	53	0	4	0	0
Kim	2010	115	11	15	0	0
Paepke	2009	96	1	23	NR	NR
Sacchini	2006	192	9	13	0	0
Missana	2007	66	2	9	1	2
Benediktsson	2007	184	NR	NR	NR	NR
Kissin	1987	20	2	2	0	0
Bishop	1990	87	NR	NR	NR	NR
Caruso	2006	54	1	0	0	0
Hinton	1984	100	3	4	1	2
Tổng (20 NC)		2600	75(2,9%)	165(6,3%)	7(0,3%)	45(1,7%)
Ph.H. Khoa	2019	41	3(7,3%)	thiếu dưỡng	0	1(2,4%)

4.4. Tái phát. Tại thời điểm NC chúng tôi theo dõi còn ngắn, kết quả sẽ được theo dõi trong thời gian dài hơn để đánh giá mức độ tái phát và di căn. Theo kết quả của các tác giả nước ngoài, tỷ lệ tái phát là khá thấp.

Bảng 4.2. Tỷ lệ tái phát tại chỗ sau phẫu thuật NSM theo một số tác giả

Tác giả	Năm	N	UTV	Dự phòng	QNV di căn	QNV thiếu dưỡng	Tái phát
Verheyden	1998	30	0	30	0	1	0
Dao and Verheyden	2005	10	0	10	0	0	0
Crowe et al	2004	54	37	17	6	3	0
Sacchini et al	2006	188	64	124	0	9	2
Stolier et al	2007	82	37	45	0	0	0
Wijayanayaga et al	2008	64	35	29	2	3	0
Total	-	428	173	225	8	16	2

4.5. Đánh giá về thẩm mỹ và sự hài lòng của bệnh nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kết quả thẩm mỹ ở mức đẹp và tốt chiếm tỷ lệ cao 84,1% và tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng về kết quả đạt 78,8%. Kết quả của chúng tôi cho kết quả tương đương với của tác giả Trần Văn Thiệp 80% bệnh nhân đạt kết quả thẩm mỹ ở mức đẹp và tốt, của tác giả Gui G.P kết quả thẩm mỹ tốt và suất sắc là 85%, tỷ lệ rất hài lòng và hài lòng là 80% [6]. Một số tác giả khác trên thế giới khi đánh giá mức độ hài lòng chủ quan sau phẫu thuật cho tỷ lệ hài lòng từ 64,9% - 93% được trình bày trong bảng 6, cho thấy kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi khá tốt.

Bảng 4.3. Mức độ hài lòng của BN sau phẫu thuật theo một số tác giả

Tác giả	Tỷ lệ hài lòng
Pusic và cộng sự [7]	64,9%
Kazzazi và cộng sự [8]	72,0%
Fracon và cộng sự [9]	93%

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thực hiện trên 41 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn tiết kiệm da (SSM), để lại quầng núm vú (NSM) kết hợp tạo hình ngay bằng túi đệm silicon tại Khoa Điều trị yêu cầu Bệnh viện K từ tháng 1/2019 đến 11/2019 bước đầu chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ biến chứng sớm có hồi phục là 24,4%, hay gặp nhất là thiếu máu vật da và quầng núm vú chiếm tỷ lệ 14,6%.

- Tỷ lệ tháo túi là 7,3% (3 BN) trong đó do hạ bạch cầu sau điều trị hóa chất 4,9% (2BN); nhiễm trùng khoang đặt túi 2,4% (1BN).

- Kết quả thẩm mỹ: đẹp 65,8%; tốt: 23,7%; trung bình: 10,5%.

- Tỷ lệ rất hài lòng, hài lòng và ít hài lòng của người bệnh lần lượt là 68,4%; 15,8% và 15,8%.

- Không gặp trường hợp nào tái phát sớm trong quá trình theo dõi.

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả của nghiên cứu chúng tôi có một số kiến nghị như sau: Cần có những nghiên cứu quy mô lớn hơn để đánh giá về mặt ung thư học cũng như thẩm mỹ với thời gian dài hơn, nhằm khẳng định hiệu quả của phương pháp này trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al, F.J.e.,** Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. Int J Cancer 2010, 2010(127): p. 2893-2917.
2. **De Alcantara Filho, P., et al.,** Nipple-sparing mastectomy for breast cancer and risk-reducing surgery: the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center experience. Ann Surg Oncol, 2011. **18**(11): p. 3117-22.
3. **Colwell, A.S. and J.M. Christensen,** Nipple-Sparing Mastectomy and Direct-to-Implant Breast Reconstruction. Plast Reconstr Surg, 2017. **140** (5S Advances in Breast Reconstruction): p. 44S-50S.
4. **Endara, M., et al.,** Breast reconstruction following nipple-sparing mastectomy: a systematic review of the literature with pooled analysis. Plast Reconstr Surg, 2013. **132**(5): p. 1043-54.
5. **Munhoz, A.M., et al.,** Clinical outcomes following nipple-areola-sparing mastectomy with immediate implant-based breast reconstruction: a 12-year experience with an analysis of patient and breast-related factors for complications. Breast Cancer Res Treat, 2013. **140**(3): p. 545-55.
6. **Gui, G.P., et al.,** Immediate breast reconstruction using biodimensional anatomical permanent expander implants: a prospective analysis of outcome and patient satisfaction. Plast Reconstr Surg, 2003. **111**(1): p. 125-38; discussion 139-40
7. **Pusic, A.L., et al.,** Patient-Reported Outcomes 1 Year After Immediate Breast Reconstruction: Results of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium Study. J Clin Oncol, 2017. **35**(22): p. 2499-2506.
8. **Kazzazi, F., et al.,** A comparison of patient satisfaction (using the BREAST-Q questionnaire) with bilateral breast reconstruction following risk-reducing or therapeutic mastectomy. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2018. **71**(9): p. 1324-1331.
9. **Fracon, S., et al.,** PATIENT SATISFACTION AFTER BREAST RECONSTRUCTION: IMPLANTS VS. AUTOLOGOUS TISSUES. Acta Chir Plast. **59**(3-4): p. 120-128.

MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HỌA



Họ tên: Nguyễn Thị T, 23 tuổi
SHS: 19.1.03016



Họ tên: Chu Thị Thu H. 34 tuổi
SHS: 19.1.00418



Xác định u, giới hạn tạo khoang túi
Nguyễn Thị Thanh Kim H. 42 tuổi
SHS19.1.04591



Tạo khoang túi dưới cơ ngực lớn
Vũ Thanh B. 51 tuổi
SHS: 19.1.01830



Thiểu dưỡng vật da có hồi phục
Nguyễn Thị Mỹ T. 37 tuổi
SHS: 19.1.04270



Kết quả tạo hình sau điều trị 6 tháng
Hoàng Thị Nh. 39 tuổi
Mã BN 19020702

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ÂM HỘ DI CĂN HẠCH BỆN TÀI BỆNH VIỆN K

Lê Trí Chinh¹, Nguyễn Văn Tuyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư âm hộ di căn hạch bẹn tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu 76 bệnh nhân ung thư âm hộ di căn hạch bẹn từ 1/2012 đến 1/2017 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** 76 bệnh nhân có 55,3% bệnh nhân giai đoạn III (FIGO 1995), tỷ lệ di căn hạch bẹn 1 bên chiếm 61,8%; độ mô học 1,2 (ung thư biểu mô vảy) chiếm 64,5%. Có 55/76 bệnh nhân điều trị xạ bổ trợ sau mổ, 21/76 bệnh nhân không điều trị xạ bổ trợ. Tỷ lệ thời gian sống thêm 5 năm toàn bộ là 42%. Các yếu tố: giai đoạn bệnh, vị trí di căn hạch bẹn, xạ trị bổ trợ sau mổ có liên quan mật thiết với thời gian sống thêm toàn bộ. **Kết luận:** Các yếu tố: giai đoạn bệnh, vị trí di căn hạch bẹn, xạ trị bổ trợ có liên quan mật thiết với thời gian sống thêm toàn bộ. **Từ khóa:** ung thư âm hộ.

¹Bệnh viện K.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trí Chinh

Email: letrichinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES FOR PATIENTS WITH VULVAR CANCER WITH POSITIVE INGUINAL LYMPH NODES AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: to evaluate treatment outcomes for patients with vulvar cancer with positive inguinal lymph nodes at Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** From January 2012 to January 2017, 76 patients treated for a vulvar cancer with positive inguinal lymph nodes were included in a retrospective study at Vietnam national cancer hospital. **Results:** 76 patients include: 52 cases with FIGO stage III. The rate of unilateral inguinal lymph node metastases was 61.8%; the rate of histological grade 1,2 of squamous cell carcinoma was 64.5%. 55/76 patients treated with radiotherapy adjuvant. The 5-year overall survival rates were 42%. Histological grade of squamous cell carcinoma, FIGO stage, the sides of inguinal lymph nodes metastases, radiotherapy adjuvant treatment were significantly related to overall survival rate. **Conclusion:** Histological grade of squamous cell carcinoma, FIGO stage, the sides of inguinal lymph nodes metastases,

radiotherapy adjuvant treatment were significantly related to overall survival rate.

Keywords: vulvar cancer.

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, sau mãn kinh và đang có xu hướng trẻ hóa. Loại mô bệnh học hay gặp là ung thư biểu mô vảy, chiếm trên 90% các trường hợp(2). Trong điều trị bệnh ung thư âm hộ, phẫu thuật là phương pháp điều trị căn bản nhất, xạ trị bổ trợ giúp kiểm soát tại chỗ tại vùng, giảm tỷ lệ tái phát trong những trường hợp nguy cơ cao (3). Đặc biệt, tình trạng di căn hạch bẹn là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư âm hộ (4). Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về kết quả điều trị và theo dõi lâu dài trên đối tượng bệnh nhân ung thư âm hộ có di căn hạch bẹn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư âm hộ di căn hạch bẹn tại Bệnh viện K" nhằm đánh giá kết quả sống thêm sau điều trị và các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm của nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 76 bệnh nhân ung thư âm hộ đủ tiêu chuẩn tại bệnh viện K từ tháng 1/2012 đến tháng 1/2017.

- **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 bẹn 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, mắc nhiều loại bệnh ung thư.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: mô tả chùm ca bệnh hồi cứu kết hợp tiên cứu

Các bước tiến hành:

➢ 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), FIGO (1995).

➢ Ghi nhận đặc điểm vi thể của bệnh nhân:

loại 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 (1928).

Tiến hành xử lý số liệu, kiểm định giả thuyết thống kê, tính thời gian sống thêm và phân tích các yếu tố liên quan bằng phần mềm SPSS 20.0

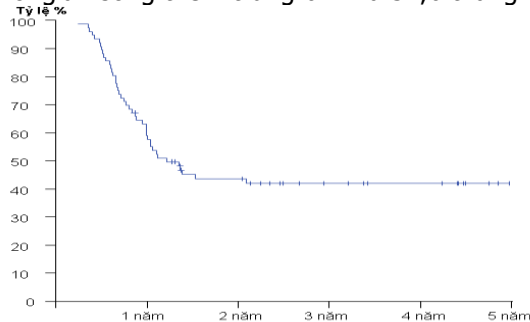
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn u theo T	T1	4	5,1
	T2	44	56,5
	T3	14	17,9
	T4	16	20,5
Giai đoạn bệnh theo FIGO 1995	III	42	55,3
	IVA	34	44,7
Vị trí di căn hạch bẹn	Di căn 1 bên	47	61,8
	Di căn 2 bên	29	38,2
Độ mô học	Độ 1, 2	49	64,5
	Độ 3, 4	27	35,5
Tia xạ hạch bẹn bổ trợ sau mổ	Có xạ bổ trợ	55	72,4
	Không xạ bổ trợ	21	27,6

Kết quả sống thêm của bệnh nhân trong nghiên cứu.

Thời gian sống thêm 5 năm toàn bộ là 42%, thời gian sống thêm trung bình là 34,6 tháng.



Bảng 3.2. Thời gian sống thêm 5 năm toàn bộ

Tỷ lệ sống thêm (%)				
1 năm	2 năm	3 năm	4 năm	5 năm
59,1	43,6	42	42	42

Bảng 3.3. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo một số yếu tố

Các yếu tố liên quan	Số lượng BN	Thời gian sống thêm (%)					p
		1 năm	2 năm	3 năm	4 năm	5 năm	
Giai đoạn u theo T	T2	44	71,1	61,7	59,1	59,1	< 0,001
	T3	14	64,3	40,2	40,2	40,2	
	T4	16	18,8	6,3	0	0	
Giai đoạn bệnh theo FIGO	III	42	78,6	63,2	60,2	60,2	< 0,001
	IVA	34	34,7	18,9	18,9	18,9	

Vị trí di căn hạch bẹn	1 bên	47	69,9	56	53,3	53,3	53,3	= 0,001
	2 bên	29	41,4	23,6	23,6	23,6	23,6	
Độ mô học	Độ 1,2	49	71,4	58,6	56,1	56,1	56,1	< 0,001
	Độ 3,4	27	36,1	16	16	16	16	
Xạ hạch bẹn hỗ trợ	Có	55	61,6	51,8	49,7	49,7	49,7	= 0,043
	Không	21	57,1	21,4	21,4	21,4	21,4	

Bảng 3.4. Đặc điểm tái phát; di căn xa sau điều trị

Đặc điểm tái phát, di căn		Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Vị trí tái phát	Có tái phát	U	3,9
		Hạch bẹn	36,8
		U và hạch bẹn	15,9
	Không tái phát	33	43,4
Di căn xa	Có di căn xa	Phổi	2,6
		Xương	3,9
		Hạch thượng đòn	3,9
	Không di căn	68	89,4

IV. BÀN LUẬN

Hầu hết các tác giả cho rằng tình trạng di căn hạch có ý nghĩa tiên lượng quan trọng nhất, đặc biệt là số lượng hạch di căn. Di căn hạch không chỉ làm giảm đáng kể thời gian sống thêm mà còn làm tăng tỷ lệ tái phát tại vùng và di căn xa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ ở những BN có di căn hạch là 42%, thời gian sống thêm trung bình 34,6 tháng. Tỷ lệ sống thêm 5 năm ở nhóm BN di căn hạch theo Nguyễn Thị Huyền (5) là 32,7%, Green (1978) là 33% (6), còn theo Hacker (1983) là 67,7% (7). Sự khác nhau về kết quả sống thêm giữa các tác giả là do có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm. Cùng một giai đoạn hạch nhưng bệnh nhân đến ở giai đoạn T1, T2 thì tỉ lệ sống thêm cao hơn T3, T4. Ở nghiên cứu này, tỉ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ theo giai đoạn khối u: giai đoạn T2: 59,1%, giai đoạn T3: 40,2%, giai đoạn T4: 0%. Thời gian sống thêm trung bình là 44,9 tháng với T2, 28,3 tháng với T3 và 9,2 tháng với T4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Ngoài ra, tỷ lệ sống thêm 5 năm ở giai đoạn III là 60,2% cao hơn nhiều so với giai đoạn IVA là 18,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho thấy ở giai đoạn III, tỷ lệ sống thêm 5 năm cao hơn nhiều so với giai đoạn IV, theo Hacker (2) tỷ lệ này ở giai đoạn III: 51,3%, giai đoạn IV: 18%, còn tác giả Thomas (8) tỷ lệ sống thêm 5 năm ở giai đoạn III là: 60%, giai đoạn IV là: 15%.

Vị trí di căn hạch bẹn. Di căn hạch bẹn một bên có tỷ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ là 53,3% cao hơn nhiều so với di căn hạch bẹn 2 bên là 23,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$. Homesley và cs (9) nghiên cứu trên 586 BN UTAH cho kết quả tỷ lệ sống thêm 5 năm ở

nhóm di căn hạch một bên là 71%, ở nhóm di căn hạch bẹn hai bên tỷ lệ này chỉ còn 25%, nghiên cứu của Rutledge (10) tỷ lệ này là 72% và 31%, khi cả hạch bẹn và hạch chậu di căn tỷ lệ sống thêm 5 năm chỉ còn 16%.

Độ mô học liên quan đến tái phát và di căn. Độ mô học 1 bệnh tiến triển chậm, tỷ lệ di căn hạch thấp, độ mô học 3, 4 bệnh tiến triển nhanh, xâm lấn mạnh và có tỷ lệ di căn cao (8), do đó ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có độ mô học 1, 2 có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 56,1% cao hơn nhóm có độ mô học 3, 4 là 16%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Như vậy, việc xác định độ mô học là cần thiết, giúp các thầy thuốc trong tiên lượng bệnh cũng như lập kế hoạch điều trị.

Tia xạ hậu phẫu có vai trò quan trọng làm giảm tỉ lệ tái phát và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân. Tất cả các BN có di căn hạch sau mổ đều có chỉ định xạ hạch hỗ trợ sau mổ, nhưng có 21 BN (27,6%) do già yếu, điều kiện khó khăn, gia đình xin ra viện. Tỷ lệ sống thêm 5 năm ở nhóm có tia xạ hỗ trợ vào hạch sau mổ là 49,7%, cao hơn nhóm không tia xạ vào hạch là 21,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,043$. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền (5) cho thấy, tỷ lệ sống thêm 5 năm ở nhóm có tia xạ hỗ trợ vào di căn u là 63,9%, cao hơn nhóm không tia xạ là 36,9% với $p < 0,001$, nhóm sản phụ khoa (GOG) trên 114 bệnh nhân, kết quả là nhóm có tia xạ hạch sống thêm 5 năm 68%, cao hơn nhóm không tia xạ hạch là 54% ($p=0,03$) (11).

Đặc điểm tái phát sau điều trị. tỷ lệ tái phát sau điều trị chúng tôi gặp 56,6% trong đó 36,8% tái phát tại hạch, 3,9% tái phát tại u và 15,8% tái phát tại u và hạch. Nghiên cứu của Đỗ Bá Hiến [6] tỷ lệ tái phát là 21,7%, Nguyễn Thị

Huyền (5) tỷ lệ này là 32% trong đó 17,7% tái phát tại u và 20,2% tái phát tại hạch, Rhodes], tỷ lệ tái phát sau điều trị trong 411 BN là 30%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Faul là 37,1%. Kết quả của các tác giả trên thấp hơn của chúng tôi do đối tượng nghiên cứu gồm cả có và không di căn hạch trong khi đó đối tượng nghiên cứu của chúng tôi trong kết quả điều trị chỉ gồm những BN di căn hạch, không những tỷ lệ tái phát chung của chúng tôi cao hơn mà tỷ lệ tái phát tại hạch của chúng tôi cũng cao hơn.

Di căn xa trong UTAH thì hiếm gặp khi chưa có di căn hạch (8). Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 8 BN di căn xa (10,5%), trong đó di căn phổi 2 BN (2,6%), di căn xương 3 BN (3,9%), di căn hạch thượng đòn 3 BN (3,9%). Nghiên cứu của Nguyễn Việt Đạt thấy tỷ lệ di căn xa là 7,4%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 76 trường hợp bệnh nhân ung thư âm hộ có di căn hạch bên cho thấy: thời gian sống thêm 5 năm toàn bộ là 42%, thời gian sống thêm trung bình là 34,6 tháng.

Thời gian sống thêm 5 năm toàn bộ có liên quan đến giai đoạn u theo T. Bệnh nhân giai đoạn III (FIGO 1995) có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 60,2% cao hơn nhiều so với giai đoạn IVA là 18,9%. Di căn hạch bên 1 bên có thời gian sống thêm cao hơn so với di căn hạch bên 2 bên. Độ mô học 1,2 có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 56,1% cao hơn nhóm có độ mô học 3, 4 là 16%.

Tia xạ hậu phẫu có vai trò quan trọng làm giảm tỉ lệ tái phát và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân. Tỷ lệ sống thêm 5 năm ở nhóm

có tia xạ bổ trợ vào hạch sau mổ là 49,7%, cao hơn nhóm không tia xạ vào hạch là 21,4%.

Tỷ lệ tái phát: 56,6% trong đó 36,8% tái phát tại hạch, 3,9% tái phát tại u và 15,8% tái phát tại u và hạch. Tỷ lệ di căn xa: 10,5%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
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. **Frøding LP, Zobbe V, Fokdal LU, et al. (2019).** Workup, treatment and follow-up of vulva cancer. *Ugeskr Laeger.* 2019 Aug 19;181(34). pii: V04190216.
4. **Tan A, Bieber AK, Stein JA, Pomeranz MK, et al (2019).** Diagnosis and management of vulvar cancer: A review. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Jul 23.
5. **Nguyễn Thị Huyền (2003),** Nghiên cứu di căn hạch và đánh giá kết quả điều trị của ung thư biểu mô vẩy âm hộ tại viện K, Luận văn bác sỹ nội trú, trường đại học Y Hà Nội.
6. **Green TH, Ulfelder H (1978),** "Carcinoma of the vulva", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 75, pp 834 - 839.
8. **Thomas W. Burke, Patricia Eifel, William McGuire (1997),** "Vulva". *Principles and practice of Gynecologic Oncology*, 2nd, pp 717 - 751.
9. **Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, et al (1991),** "Assessment of current International Federation of Gynecology and Obstetrics staging of vulva carcinoma relative to prognostic factors for survival", *Obstet Gynecol*, 164, pp 997 - 1006. .
10. **Rutledge FN, Mitchell MF, Munsell MF, et al (1991),** "Prognostic indicators for invasive carcinoma of the vulva", *Gynecol Oncol*, 42, pp 239 - 241.
11. **De Vita VT (2016),** "Carcinoma of the vulva", *Cancer Principles and practice of Oncology.*

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA SUY HÔ HẤP DO BỆNH MÀNG TRONG TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH NĂM 2017-2018

Hoàng Đức Hạ¹, Khúc Văn Lập²,
Nguyễn Minh Nguyệt², Đặng Văn Chúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy hô hấp do bệnh màng trong ở trẻ đẻ non tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2017- 2018. Đối tượng và phương pháp nghiên

cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 39 trẻ đẻ non mắc bệnh màng trong. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả và kết luận:** Có 46,2% trẻ suy hô hấp nhẹ; 53,8% suy hô hấp nặng. Điểm Silverman trung bình: 5,6 ± 0,7. 92,3% trẻ vào viện có nhịp thở nhanh; 43,6% trẻ vào viện có nhịp tim nhanh; 74,4% là bệnh màng trong giai đoạn 3 và 4; sự giãn nở của phổi qua số khoang liên sườn chủ yếu là 8 (74,4%); 59,0% trẻ khi vào viện có SpO₂ ≥ 90%; 53,9% trường hợp có phân số oxy trong khí thở vào < 60% và đều cần áp lực dương đường thở cuối thì thở ra (PEEP) > 5; pH, PCO₂ và PO₂ trung bình lần lượt là: 7,33±0,07; 47,4 ± 13,7mmHg và 71,6 ± 28,4 mmHg.

Từ khoá: Suy hô hấp, bệnh màng trong, trẻ đẻ non.

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng;

²Trường Đại học Y dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ

Email: hdha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 7.4.2020

SUMMARY**CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF RESPIRATORY FAILURE DUE TO HYALINE MEMBRANE DISEASE IN PREMATURES AT THAIBINH PEDIATRICS HOSPITAL IN 2017-2018**

Objective: The aim of this study was to describe clinical and paraclinical features of respiratory failure due to hyaline membrane disease in prematures at Thaibinh Pediatrics Hospital in 2017-2018. **Subjects and Method:** Subjects included 39 prematures with hyaline membrane disease. Method was a case-series report. **Results and conclusions:** 46.2% of cases were mild, 53.8% severe. Mean Silverman score was 5.6 ± 0.7 ; 92.3% had tachypnea and 43.6% tachycardia; 74.4% belonged the 3rd and 4th stage; pulmonary dilation by the number of intercostal spaces were 8 (74.4%); 59.0% of cases had SpO₂ \geq 90%; 53.9% less than 60% and PEEP more than 5; Mean pH, PCO₂ and PO₂ were respectively 7.33 ± 0.07 ; 47.4 ± 13.7 mmHg and 71.6 ± 28.4 mmHg.

Keywords. Respiratory failure, Hyaline Membrane Disease, Premature.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh màng trong (Hyaline Membrane Disease –HMD) hay hội chứng suy hô hấp (SHH) vô căn tiên phát (Respiratory Distress Syndrome –RDS), là hội chứng cấp cứu thường xuất hiện ở trẻ sơ sinh non tháng do phổi chưa trưởng thành. Tỷ lệ mắc và mức độ nặng thường tỷ lệ nghịch với tuổi thai [1], [7]. Tại Mỹ, hàng năm có khoảng 40.000 trẻ sơ sinh mắc bệnh, chiếm 1% tổng số trẻ sinh ra, trong đó 50% trẻ có tuổi thai dưới 28 tuần, 60% trẻ có tuổi thai dưới 30 tuần [9]. Nghiên cứu của Lausier cho thấy bệnh thường gặp 5-10% trẻ sinh non, chiếm 0,5-1% các bệnh sơ sinh nói chung. Sinh lý bệnh học chủ yếu là do các tế bào phế nang loại II không sản xuất đủ Surfactant. Năm 1959 Avery và Mead đã khám phá ra RDS xảy ra do thiếu hụt Surfactant của phổi [8], một chất có vai trò làm giảm sức căng bề mặt phế nang, ngăn cản phế nang xẹp vào cuối kỳ thở ra. Bệnh thường xuất hiện sớm sau đẻ với biểu hiện lâm sàng là SHH ở các mức độ khác nhau. Tổn thương trên phim chụp X quang ngực thẳng giúp chẩn đoán xác định và phân loại bệnh màng trong. Bệnh thường tiến triển nặng dần trong vòng 24 giờ có thể tử vong nếu không điều trị kịp thời [6]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ đẻ non SHH do bệnh màng trong tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2017-2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm tất cả trẻ

đẻ non SHH được chẩn đoán bệnh màng trong vào điều trị tại Bệnh viện Nhi Thái Bình trong thời gian nghiên cứu thời gian từ 01 tháng 9 năm 2017 đến 31 tháng 8 năm 2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: tuổi thai từ 28-36 tuần theo kỳ kinh, siêu âm hoặc bảng đánh giá tuổi thai theo bảng New Ballard, tuổi \leq 24 giờ, có các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và x-quang phổi, được chẩn đoán xác định bệnh màng trong (theo Avery và Mead-1954) [8]. Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ phải thở máy hoặc bóp bóng từ lúc mới bắt đầu nhập viện, trẻ có dị tật bẩm sinh nặng về thần kinh, tim mạch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh, lấy mẫu toàn bộ theo phương pháp tiện ích không xác suất, gồm 39 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu. Số liệu được xử lý bằng chương trình SPSS 20.0. Tính giá trị trung bình, so sánh 2 giá trị trung bình bằng T-test, có sự khác nhau khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này gồm 39 bệnh nhi, 22 trẻ nam (chiếm 56,4%); 17 trẻ nữ (chiếm 43,6%). Tỷ lệ trẻ bị BMT chiếm 39/215 (18,1%) trẻ sơ sinh < 24 giờ tuổi nhập viện và chiếm 39/1250 (3,1%) trẻ sơ sinh vào điều trị tại Bệnh viện Nhi Thái Bình trong cùng thời điểm.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhi theo tuổi thai

Tuổi thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
28 - < 30 tuần	9	23,1
30 - < 32 tuần	10	25,6
\geq 32 tuần	20	51,3
Tổng	39	100
X \pm SD (Min, Max)	31,4 \pm 2,0 tuần (28; 35)	

Nhóm trẻ có tuổi thai trên 30 tuần chiếm 76,9%, nhóm trẻ có tuổi thai 28 - 30 tuần chiếm tỷ lệ 23,1%. Tuổi thai trung bình: $31,4 \pm 2,0$ tuần, thấp nhất 28 tuần, cao nhất 35 tuần.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhi vào viện theo cân nặng khi sinh

Cân nặng lúc sinh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1000 - < 1500g	13	33,3
1500 - < 2000g	16	41,1
\geq 2000g	10	25,6
Tổng	39	100
X \pm SD (Min, Max)	1643,6 \pm 494,6g (1000, 3500)	

Kết quả cho thấy 29/39 trẻ (chiếm 74,4%) có cân nặng khi sinh từ 1000 đến dưới 2000g; 10/39 trẻ (chiếm 25,6%) có cân nặng khi sinh \geq 2000g, cân nặng trung bình lúc sinh: $1643,6 \pm 494,6$ g.

Bảng 3.3. Mức độ suy hô hấp theo chỉ số Silverman và tỷ lệ nhịp thở, nhịp tim của trẻ bệnh màng trong

Tình trạng SHH		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ suy hô hấp theo chỉ số Silverman	SHH nhẹ	18	46,2
	SHH nặng	21	53,8
Nhịp thở, lần/phút	Bình thường	3	7,7
	Thở nhanh	36	92,3
Nhịp tim, lần/phút	Bình thường	22	56,4
	Nhịp tim nhanh	17	43,6
Tổng		39	100

Có 18/39 trường hợp (46,2%) suy hô hấp nhẹ; 21/39 trường hợp (53,8%) suy hô hấp nặng. Điểm Silverman trung bình: $5,6 \pm 0,7$. Có 36/39 trường hợp (92,3%) có nhịp thở nhanh; có 17/39 trường hợp (43,6%) có nhịp tim nhanh. Nhịp tim trung bình: $148,3 \pm 15,8$ lần/phút.

Bảng 3.4. Tổn thương trên Xquang ngực thẳng

Tổn thương Xquang ngực thẳng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương trên Xquang ngực thẳng	Giai đoạn 2	10	25,6
	Giai đoạn 3	21	53,9
	Giai đoạn 4	8	20,5
Sự giãn nở của phổi qua số khoang liên sườn	7 KLS	10	25,6
	8 KLS	29	74,4
Tổng		39	100

Trên Xquang ngực thẳng, có 29/39 trường hợp (74,4%) là BMT giai đoạn 3 và 4, chỉ có 10/39 trường hợp (25,6%) ở giai đoạn 2; phổi giãn đến KLS 8 có 29/39 trường hợp (74,4%) và đến KLS 7 có 10/39 trường hợp (25,6%).

Bảng 3.5. Độ bão hòa oxy đo qua mao mạch (SpO_2), phân số oxy trong khí thở (FiO_2) và áp lực đường thở cuối thì thở ra (PEEP).

Chỉ số Oxy máu và khí thở	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Độ bão hòa oxy đo qua mao mạch (SpO_2)	< 90%	16	41,0
	$\geq 90\%$	23	59,0
Phân số oxy trong khí thở vào (FiO_2)	< 60%	21	53,9
	$\geq 60\%$	18	46,1
Áp lực dương đường thở cuối thì thở ra (PEEP)	> 5	39	100
	≤ 5	0	0
Tổng		39	100

Có 23/39 trường hợp (59,0%) có $SpO_2 \geq 90\%$; có 16/39 trường hợp (41,0%) có $SpO_2 < 90\%$. Có 21/39 trường hợp (53,9%) có nhu cầu

oxy trong khí thở vào < 60%; 18/39 trường hợp (46,1%) có nhu cầu oxy trong khí thở vào $\geq 60\%$. Có 100% các trường hợp bệnh nhi vào viện đều cần áp lực dương đường thở cuối thì thở ra (PEEP) > 5.

Bảng 3.6. Kết quả khí máu

Kết quả khí máu	$X \pm SD$ (Min, Max)
pH	$7,33 \pm 0,07$ (7,17; 7,48)
PCO ₂ (mmHg)	$47,4 \pm 13,7$ (20,3; 82,8)
PO ₂ (mmHg)	$71,6 \pm 28,4$ (40,2; 99,9)

Nhận xét: pH, PCO₂ và PO₂ trung bình lần lượt là: $7,33 \pm 0,07$; $47,4 \pm 13,7$ mmHg và $71,6 \pm 28,4$ mmHg.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm suy hô hấp theo chỉ số Silverman: Trong nghiên cứu này, tất cả các trường hợp trẻ vào viện có tình trạng SHH, trong đó 18/39 trường hợp (46,2%) suy hô hấp nhẹ và 21/39 trường hợp (53,8%) suy hô hấp nặng, điểm Silverman trung bình là $5,6 \pm 0,7$. Nghiên cứu của Phạm Nguyễn Tố Như (2010) tại Khoa Sơ sinh Bệnh viện Từ Dũ thấy 90% trẻ vào viện có biểu hiện SHH nặng, chỉ có 10% trẻ vào viện có suy hô hấp nhẹ [4]. Nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc (2014) tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng thấy có 72,4% trẻ vào viện có biểu hiện SHH nặng, chỉ có 27,6% trẻ vào viện có biểu hiện SHH nhẹ [2]. Nghiên cứu của Hoàng Thị Nhung tại Khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai thấy trẻ vào viện có điểm Silverman trung bình là 5,1 [3]. Sự khác biệt về mức độ SHH trong nghiên cứu này với một số nghiên cứu trên có thể giải thích là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại bệnh viện tuyến tỉnh trong khi đó các tác giả trên lại nghiên cứu ở bệnh viện tuyến Trung ương nên sẽ tiếp nhận nhiều bệnh nhân SHH nặng hơn.

Về đặc điểm nhịp thở và tần số tim của bệnh nhi khi vào viện: Kết quả nghiên cứu này cho thấy có 36/39 trường hợp (92,3%) có nhịp thở nhanh; có 17/39 trường hợp (43,6%) có nhịp tim nhanh. Nhịp tim trung bình là $148,3 \pm 15,8$ lần/phút. Nghiên cứu của Phạm Nguyễn Tố Như thấy 16,7% trẻ vào viện có nhịp thở trong giới hạn bình thường, 83,3% trẻ vào viện có nhịp thở nhanh; 100% trẻ vào viện có nhịp tim trong giới hạn bình thường [4]. Nghiên cứu của Hoàng Thị Nhung thấy chỉ có 6,7% trẻ vào viện có nhịp thở bình thường, 93,3% trẻ vào viện có nhịp thở nhanh; 56,7% trẻ vào viện có nhịp tim trong giới hạn bình thường, có 43,3% trẻ vào viện có nhịp tim trên 160 lần/phút [3].

Về tổn thương trên Xquang ngực thẳng: Kết quả nghiên cứu này cho thấy tổn thương trên

Xquang ngực thẳng chủ yếu là BMT giai đoạn 3 và 4 (74,4%), chỉ có 10/39 trường hợp BMT giai đoạn 2 (25,6%). Tỷ lệ BMT giai đoạn 3 và 4 tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc [2] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Phạm Nguyễn Tố Như với tỷ lệ BMT giai đoạn 3, 4 là 93,3% [4] và nghiên cứu của Trần Thị Thủy là 100% trẻ vào viện ở giai đoạn 3,4 [5].

Về sự giãn nở của phổi qua số khoang liên sườn: Kết quả nghiên cứu này cho thấy sự giãn nở của phổi giảm, trường phổi trên phim Xquang ngực thẳng đến KLS số 8 (74,4%), cao hơn tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc với 62,07% [2], có thể do khác nhau về cách chọn mẫu, nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc tác giả chọn cả những trẻ có tuổi thai dưới 28 tuần và cả những bệnh nhân vào viện cần phải thở máy.

Về độ bão hòa oxy đo qua mao mạch (SpO₂): Kết quả nghiên cứu này cho thấy có 23 trường hợp (59,0%) có SpO₂ ≥ 90%, thấp hơn nghiên cứu của Phạm Nguyễn Tố Như, tỷ lệ này là 86,7%, chỉ có 13,3% trẻ vào viện có SpO₂ < 90% [4], nghiên cứu của Hoàng Thị Nhung cho thấy SpO₂ trung bình của trẻ khi vào viện là 89% [3].

Về phân số oxy trong khí thở vào (FiO₂): Nghiên cứu này cho thấy 53,9% trường hợp có nhu cầu oxy trong khí thở vào < 60%; 46,1% trường hợp có nhu cầu oxy trong khí thở vào ≥ 60%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Nguyễn Tố Như cho thấy có 73,3% trẻ vào viện cần FiO₂ ≥ 60%, 26,7% trẻ vào viện cần FiO₂ < 60% [4]. Nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc thấy FiO₂ trung bình của trẻ trước bơm Surfactant ở nhóm thở CPAP là 67,4 ± 8,72% [2]. Nghiên cứu của Hoàng Thị Nhung thấy FiO₂ trung bình của trẻ trước INSURE là 58% [3].

Về áp lực dương đường thở cuối thì thở ra (PEEP): nghiên cứu này cho thấy tất cả các trường hợp trẻ vào viện đều cần áp lực dương đường thở cuối thì thở ra (PEEP) > 5, trong khi nghiên cứu của Phạm Nguyễn Tố Như chỉ có 23,3% trẻ vào viện cần PEEP > 5, 76,7% trẻ vào viện cần PEEP ≤ 5 [4]. Nghiên cứu của Hoàng Thị Nhung có 66,7% trẻ vào viện cần PEEP > 5, chỉ có 33,3% trẻ cần PEEP ≤ 5 [3].

Về kết quả khí máu: Nghiên cứu này cho thấy kết quả khí máu trước INSURE: pH, PCO₂ và PO₂ trung bình lần lượt là: 7,33 ± 0,07; 47,4 ± 13,7 mmHg và 71,6 ± 28,4 mmHg, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc (pH trung bình: 7,23; PCO₂ trung bình: 56,7 mmHg; PO₂ trung bình: 55,7mmHg) [2]; nghiên cứu của Hoàng Thị Nhung (pH trung bình: 7,29±0,07; PCO₂ trung bình: 54,50 ± 8,30mmHg; PO₂ trung

bình: 65,73 mmHg) [3].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ SHH nhẹ chiếm 46,2%, trẻ suy hô hấp nặng chiếm 53,8%. Điểm Silverman trung bình là 5,6 ± 0,7. Trẻ có nhịp thở nhanh chiếm 92,3% và nhịp tim nhanh chiếm 43,6%. Bệnh màng trong ở giai đoạn 3 và 4 chiếm 74,4%, trường phổi giãn nở đến khoang liên sườn 8 trên phim chụp x-quang ngực thẳng chiếm 74,4%). Trẻ bị bệnh màng trong vào viện có SpO₂ ≥ 90% chiếm 59,0%, có phân số oxy trong khí thở vào < 60% và đều cần áp lực dương đường thở cuối thì thở ra (PEEP) > 5 chiếm 53,9% trường hợp. Chỉ số pH, PCO₂ và PO₂ trung bình lần lượt là: 7,33 ± 0,07; 47,4 ± 13,7 mmHg và 71,6 ± 28,4mmHg.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Tiến Dũng (2014).** Hội chứng suy hô hấp sơ sinh". Điều trị và chăm sóc sơ sinh. Nhà xuất bản y học, Hà Nội 2015: 77-87.
- Phạm Thị Ngọc (2014).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của Curosurf điều trị bệnh màng trong ở trẻ đẻ non tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng 2014.
- Hoàng Thị Nhung (2016).** Nghiên cứu áp dụng phương pháp INSURE trong điều trị hội chứng SHH ở trẻ đẻ non tại Khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai". Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội 2016.
- Phạm Nguyễn Tố Như (2010).** Mô tả kết quả điều trị bệnh màng trong ở trẻ sinh non bằng Surfactant qua kỹ thuật INSURE. Y học TP. Hồ Chí Minh; tập 14: 155-161.
- Trần Thị Thủy, Ngô Thị Xuân (2017).** Kết quả phương pháp INSURE trong điều trị hội chứng suy hô hấp ở trẻ đẻ non tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh năm 2017. Tạp chí Khoa học Đại học Quốc gia Hà Nội; 33 (2): 106-114.
- Phạm Xuân Tú (2000).** Đặc điểm trẻ sơ sinh thiếu tháng, bệnh màng trong. Bài giảng nhi khoa tập 1. Nhà xuất bản Y học; 132-138: 165-167.
- Arun K Pramanik (2015).** Respiratory distress syndrome. [https:// www.scribd.com/ document/ 406901459/ Rds-Article-Medscape](https://www.scribd.com/document/406901459/Rds-Article-Medscape); updated Jan 16, 2015.
- Avery M, Mead E (1959).** Surface properties in relation to atelectasis and hyaline membrane disease. AMA J Dis Child; 97(5, Part 1): 517-523.
- Craven P, Mariller (2006).** Acute neonatal emergencies. Textbook of Peadiatric Emergency Medicine, 10-12.
- Naseh A, Yekta B. G (2014).** INSURE method (INTubation-Surfactant-Extubation) in early and late premature neonates with respiratory distress: factors affecting the outcome and survival rate. Turk J Pediatr; 56(3): 232-237.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỐT NHIỆT NỘI ĐĨA TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Đình Hòa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị đau cột sống thắt lưng bằng phương pháp đốt nhiệt nội đĩa tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 5/2015 đến tháng 5/2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 17 bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do bệnh lý đĩa đệm và được điều trị bằng phương pháp đốt nhiệt nội đĩa tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn từ 2015 đến 2017. **Kết quả:** Trong số 17 bệnh nhân nghiên cứu (10 nam, 7 nữ) tuổi trung bình 38, lớn tuổi nhất 58, ít nhất 26. Theo nhóm nghề nghiệp (theo NIOSH) nhóm nguy cơ cao chiếm 81.8%, nhóm nguy cơ thấp chiếm 18.2%. Theo độ thoái hoá đĩa đệm trước mổ (theo Firmsmann) thoái hoá đĩa độ 2 chiếm 36%, độ 3 chiếm 64%. 100% bệnh nhân vô cảm bằng phương pháp tê tại chỗ. Thời gian trung bình làm can thiệp là 30 phút. Thời gian trung bình nằm viện nhiều nhất là 1 ngày (82%), ít nhất là ra viện trong ngày (18%). Biến chứng sau can thiệp chỉ gặp có 4 BN đau rất tại vị trí chọc kim chiếm 23%. Cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS cải thiện rõ rệt ở cả lưng và chân ngay sau khi ra viện và thời điểm sau khi ra viện 1 tháng. Đánh giá hiệu quả chung theo MacNab có 94% có kết quả tốt và rất tốt (16 BN), 16% kết quả trung bình (1BN). **Kết luận:** Qua nghiên cứu cho thấy phương pháp đốt nhiệt nội đĩa điều trị đau thắt lưng do bệnh lý đĩa đệm là một phương pháp can thiệp tối thiểu an toàn ít biến chứng, thời gian can thiệp và thời gian nằm viện ngắn, đem lại hiệu quả cao về giải quyết triệu chứng đau và cải thiện chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

RESULTS OF INTRA DISCAL ELECTROTHERMAL THERAPY IN TREATMENT OF LOW BACK PAIN VIET DUC HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of treating lumbar spine pain by intra discal electrothermal therapy (IDET) at Vietnam Hospital from May 2015 to May 2017. **Subjects and research methods:** Descriptive cross-sectional retrospective and prospective study of 17 patients diagnosed with lumbar disc disease and treated with IDET at Viet Duc Hospital period from 2015 to 2017. **Results:** Among 17 study patients (10 male, 7 female) average age 38, oldest 58, at least 26. By occupational group (according to NIOSH) high-risk group accounting for 81.8%, low-risk group accounting for 18.2%. According to degenerative disc degeneration before

surgery (according to Firmsmann), the degenerative disc grade 2 accounted for 36%, grade 3 accounted for 64%. 100% of patients are insensitive by the method of local anesthesia. The median time for intervention was 30 minutes. The average length of hospital stay was one day (82%), at least one day was discharged from the hospital (18%). Complications after intervention only met 4 patients with burning pain at the needle position accounted for 23%. Pain improvement on VAS scale improved markedly in both back and legs immediately after discharge and time after 1 month of discharge. Overall effectiveness evaluation according to MacNab has 94% with good and very good results (16 patients), 16% of average results (1 patient). **Conclusion:** Through research, it is shown that intravascular disc burning method to treat back pain due to disc disease is a safe, minimal invasive approach with little complications, short intervention time and hospital stay, bringing highly effective in resolving pain symptoms and improving quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm đau lưng do bệnh lý đĩa đệm được nói đến là đau có nguyên nhân xuất phát từ một hay nhiều đĩa đệm bị tổn thương, hay gặp nhất là do thoái hoá đĩa đệm[1]. Việc chẩn đoán hiện nay với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại đặc biệt là chụp Cộng hưởng từ đã trở nên tương đối dễ dàng [4].

Phát hiện hình ảnh bệnh lý đĩa đệm thường bằng hình ảnh giảm tín hiệu đĩa đệm trên thì T2, thay đổi tín hiệu xương dưới sụn, vết rách vỡ vòng xơ đĩa đệm, xẹp đĩa đệm... Trước đây khi điều trị bảo tồn không có hiệu quả, phương pháp phẫu thuật cố định cột sống [3] hay mới đây có thay đĩa đệm nhân tạo đã được đưa ra như lựa chọn duy nhất. Can thiệp đốt nhiệt nội đĩa (IDET) là một can thiệp tối thiểu, là phương pháp trung gian giữa điều trị bảo tồn và phẫu thuật, đem lại hiệu quả lâm sàng tốt, cải thiện chất lượng cuộc sống đã được công nhận bởi báo cáo của các hiệp hội y học trên Thế giới [2][5-6].

Trong bài báo này chúng tôi tập trung đánh giá về chỉ định của phương pháp, các tai biến, biến chứng có thể xảy ra, hiệu quả phương pháp thể hiện bằng sự thay đổi thang điểm đau sau can thiệp (VAS) cũng như đánh giá chất lượng cuộc sống sau can thiệp (MacNab cải tiến).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 17 bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do

*Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hòa

Email: ndhoavietducspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

rách bao xơ đĩa đệm và được điều trị bằng phương pháp đốt nhiệt nội đĩa giai đoạn từ tháng 5/2015 đến tháng 5/2017. Các bệnh nhân đều có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim chụp Xquang và Cộng hưởng từ cột sống thắt lưng trước mổ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: (Chỉ định và chống chỉ định theo NCBI)

Chỉ định:

- Đau thắt lưng có hay không có lan chân, điều trị nội khoa trong vòng 6 tuần không cải thiện.
- Đau khi làm các động tác gây tăng áp lực nội đĩa.
- Hình ảnh MRI: Có rách bao xơ vị trí trung tâm hoặc phía bên, chưa có dấu hiệu thoát vị vỡ trên thì T2, chiều cao đĩa đệm còn ít nhất 50%.
- Chụp đĩa đệm trong mổ (tiêu chuẩn vàng): thấy triệu chứng đau tăng lên do tăng áp lực nội đĩa.

Chống chỉ định:

**Chống chỉ định tuyệt đối:*

- Thoái hoá đĩa đệm nặng biểu hiện bằng chiều cao đĩa giảm hơn 50%.
- Rách bao xơ kèm thoát vị đĩa đệm đã vỡ.
- Tiền sử đã có phẫu thuật trước đó tại tầng đĩa bị tổn thương.
- Tiền sử đã tiến hành phương pháp IDET để điều trị tại tầng bị tổn thương trong vòng 6 tháng.
- Chấn thương rễ thần kinh hoặc có bệnh rễ thần kinh mãn tính.
- Trượt đốt sống, thoái hoá cột sống nặng hoặc bất kì tổn thương đốt sống nào tại tầng bị tổn thương.
- Đang mang thai hoặc đang có bệnh lý về tâm thần chưa ổn định.

**Chống chỉ định tương đối:*

- Phình đĩa đệm.
- Hẹp ống sống vừa phải.
- Đã có tiến hành phẫu thuật tại các tầng đĩa liền kề trước đây.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	N=17		
	Trung bình: 38	Min: 26	Max: 58
Tuổi			
Giới	Nam: 10 (58.39%)	Nữ: 7 (41.61%)	
Nhóm nghề nghiệp	Nguy cơ cao: 81.8%	Nguy cơ thấp: 18.2%	
Lâm sàng trước mổ	Chỉ đau lưng: 53% (9 BN)	Chỉ đau chân: 0%	Đau cả lưng và chân: 47% (8 BN)
Phương pháp vô cảm	Tê tại chỗ: 100%		
Thời gian can thiệp	Trung bình: 30 phút	Min: 20 phút	Max: 60 phút
Thời gian nằm viện	Ra viện trong ngày: 18%	Ra viện sau 1 ngày: 82%	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 38 tuổi, trong đó giới nam có tỷ lệ cao hơn giới nữ. Đa số bệnh nhân đều thuộc nhóm nguy cơ cao (81.8%), và thường có chỉ có triệu chứng

2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu các bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do bệnh lý đĩa đệm và được điều trị bằng phương pháp đốt nhiệt nội đĩa.

3. Nội dung nghiên cứu

Lâm sàng: Đánh giá mức độ đau trước can thiệp, ngay sau can thiệp và sau can thiệp 1 tháng. Đánh giá kết quả chung theo MacNab cải tiến.

Cận lâm sàng: Đánh giá về hình ảnh Cộng hưởng từ trước can thiệp: Vị trí rách bao xơ của đĩa đệm, số lượng đĩa đệm tổn thương, tầng tổn thương, độ thoái hoá đĩa đệm theo Fimmann.

4. Kỹ thuật tiến hành

• Chuẩn bị:

- Chuẩn bị bệnh nhân: BN nằm sấp trên bàn chỉnh hình có hoặc không cần đệm bìa
- Chuẩn bị dụng cụ: Thuốc tê lidocain, thuốc cản quang, kim chọc, kim đốt, máy đốt sóng cao tần.

• Các bước tiến hành

- Chụp C-arm tư thế chếch ¾ xác định hình ảnh cổ chó (small dog) trên màn tăng sáng.
- Đâm kim từ da vào vị trí cổ chó (vào đĩa đệm tổn thương), chụp kiểm tra trên cả bình diện trước sau (AP) và bên (lateral) để xác định vào đĩa tổn thương. Vị trí chọc kim thường ở phía đối diện với vị trí rách bao xơ.
- Luồn kim chọc qua bao xơ vào trong nhân nhầy. Tiêm thuốc cản quang kiểm tra (rovoation discography): vừa xác định chắc chắn đã vào đúng đĩa đệm tổn thương vừa kiểm tra lâm sàng bệnh nhân đau như khi có các động tác làm tăng áp lực nội đĩa để chẩn đoán xác định.
- Lắp kim đốt, luồn kim đốt tự vào thành bao xơ phía bên đối diện để đi về phía bao xơ rách. (kiểm tra C-arm cả bình diện AP và lateral)
- Lắp kim đốt với máy đốt, đốt nhiệt bằng sóng cao tần với nhiệt độ từ 60-90 độ C trong 4 phút, kiểm tra lâm sàng bệnh nhân liên tục.
- Rút kim.

đau lưng hoặc đau cả lưng và chân. Thời gian can thiệp trung bình là 30 phút và bệnh nhân thường ra viện sau 1 ngày thực hiện thủ thuật (82%)

2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh trước can thiệp

Bảng 2: Đặc điểm chẩn đoán trước can thiệp

Đặc điểm	N=17		
Tầng tổn thương	L3L4: 0%	L4L5: 58.8%(10 BN)	L5S1: 41.2% (7 BN)
Số lượng đĩa đệm tổn thương rách bao xơ	1: 100 %	>1: 0%	
Vị trí rách bao xơ	Trung tâm: 5 BN (29.4%)	Ngách bên: 12 BN (70.6%)	Vị trí khác: 0 %
Độ thoái hoá đĩa đệm theo Firrmann	Độ 2: 36 %	Độ 3: 64%	Còn lại: 0%

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều chỉ có 1 đĩa đệm bị tổn thương và vị trí rách bao xơ hầu hết là ngách bên (70.6%)

3. Kết quả lâm sàng sau can thiệp

3.1 Cải thiện mức độ đau (VAS)

Bảng 3: điểm VAS trước và sau can thiệp

	Trước mổ	Ngay sau can thiệp	Sau ra viện 1 tháng
VAS lưng	5.8 ± 1.1	2.1 ± 0.4	2.3 ± 0.2
VAS chân	1.2 ± 0.3	1.1 ± 0.2	1.1 ± 0.3

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều ghi nhận giảm điểm VAS sau can thiệp

3.2 Đánh giá chung theo MacNab cải tiến

Bảng 4: điểm MacNab sau can thiệp

	Sau can thiệp	Sau 1 tháng
Tuyệt vời	5	4
Tốt	12	11
Bình thường	0	2
Tệ hơn	0	0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đều có điểm MacNab tốt sau can thiệp

3.3 Tai biến và biến chứng

Bảng 5: Tai biến và biến chứng của can thiệp

	N=17	%
Đau rất vị trí chọc kim	4	23
Tụ máu vị trí chọc	0	0
Dị ứng thuốc cản quang	0	0
Gãy đầu que đốt	0	0
Viêm đĩa đệm	0	0

Nhận xét: Tai biến hay gặp nhất khi thực hiện can thiệp là đau rất vị trí chọc kim, chiếm 23%.

IV. BÀN LUẬN

• **Đặc điểm chung:** Độ tuổi trung bình của phương pháp là 38 tuổi cao nhất cũng chỉ 58, cho thấy độ tuổi chính của phương pháp thực hiện là trong độ tuổi lao động, chất lượng đĩa đệm còn khá tốt, độ thoái hoá đĩa đệm chưa nặng (đĩa còn nhiều nước), khả năng phục hồi sau can thiệp tốt hơn.

Về giới tỉ lệ nam/nữ: 1.4 cho thấy không có sự khác biệt lớn về giới cho chỉ định của phương pháp, tuy nhìn chung cột sống của nữ tương đối yếu hơn so với nam giới kết hợp với sau khi

mang thai hoặc sinh đẻ đẩy nhanh quá trình trượt đốt sống, mất vững, gãy eo cột sống, thoái hoá nhanh hơn so với nam giới.

Về nhóm nguy cơ, nhóm nghề nghiệp nguy cơ cao (lái xe, nhân viên văn phòng, công nhân xây dựng, giáo viên...) chiếm tỷ lệ rất cao (gần 82%) cho thấy nghề nghiệp góp phần tạo môi trường nguy cơ lớn cho bệnh lý đĩa đệm, tạo nên sự rách vỡ tổn thương nội đĩa do tăng áp lực nội đĩa lâu ngày.

Phương pháp vô cảm 100% là gây tê tại chỗ, thời gian can thiệp trung bình ngắn (trung bình 30 phút), thời gian nằm viện ngắn (hầu hết là 1 ngày) cho thấy IDET là một phương pháp can thiệp ít xâm lấn, tối thiểu, thực hiện nhanh, thời gian hồi phục ngắn cho bệnh nhân, là ưu điểm so với các phương pháp mổ mở trước đây cho chỉ định.

• **Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh.** Tầng đĩa đệm tổn thương rơi chủ yếu là đĩa L4L5 và L5S1 cho thấy đây là 2 vị trí đĩa đệm chịu lực lớn nhất, nguy cơ rách vỡ tổn thương nội đĩa cao nhất, là 2 vị trí chính gây đau thắt lưng do đĩa đệm trên người bệnh.

Số lượng đĩa đệm bị tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi 100% là 1 đĩa, tuy nhiên khó có thể tập trung lại thành một chỉ định của phương pháp, vì trong điều kiện nếu như có 2 hay nhiều đĩa đệm bị tổn thương vẫn có thể thực hiện được phương pháp, khi có chụp đĩa đệm có kích thích (provocation discography) là một thủ thuật tốt để phân biệt triệu chứng đau do đĩa đệm nào. Khẳng định này phù hợp với kết luận của nhiều tác giả khác [7-8].

Về độ thoái hoá đĩa đệm theo Firrmann 100% tập trung vào độ 2 và độ 3, cho thấy khi chất lượng đĩa đệm còn tốt hoặc rất kém thì ít chỉ định cho phương pháp, có thể do khi chất lượng đĩa còn tốt tổn thương rách vỡ nội đĩa ít khi xảy ra, hay khi chất lượng rất kém, đĩa đệm xẹp

hiều mất nước thì cơ chế điều trị của phương pháp IDET ít kết quả, khi đó các chỉ định phẫu thuật nên được đưa ra.

• **Kết quả lâm sàng.** Nghiên cứu cho thấy sau khi can thiệp có sự cải thiện lớn về mức độ đau cả về đau lưng và đau chân (thường chỉ do kích thích hoá học) cả ngay sau can thiệp và sau 1 tháng, cho thấy trong khoảng thời gian này hiệu quả điều trị của phương pháp là rất tốt, với cơ chế một kim đốt sóng cao tần nhiệt độ cao đến vùng biến tính của collagen, đốt các mô hạt tổn thương, làm cô đặc các sợi thần kinh, góp phần thúc đẩy quá trình liền sẹo chỗ rách bao xơ, bóc hơi một phần nhân nhầy đĩa đệm giúp giảm đau rất tốt với tổn thương.

Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ theo dõi trong khoảng thời gian ngắn, chưa theo dõi được về lâu dài, chưa có đánh giá lại được bằng cộng hưởng từ sau can thiệp, nên về lâu dài khó có thể nói chữa được dứt điểm bệnh, hay có làm mất đi hoàn toàn tổn thương của sự rách vỡ đĩa đệm hay không.

Đánh giá các tai biến và biến chứng của bệnh thì hầu như không gặp các biến chứng hay tai biến lớn nào của phương pháp (có hơn 20% chỉ gặp đau rất vị trí chọc kim), cho thấy phương pháp tương đối an toàn, ít biến chứng, là một ưu điểm lớn so với các phương pháp phẫu thuật xâm lấn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cho thấy đối với các bệnh

nhân đau cột sống thắt lưng do bệnh lý đĩa đệm không đáp ứng hoặc đáp ứng kém với điều trị nội khoa được lựa chọn cẩn thận cùng với các hình ảnh MRI rõ ràng thì IDET là một phương pháp can thiệp tối thiểu, an toàn ít biến chứng, đem lại hiệu quả giảm đau và cải thiện chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amstrong JP. (1995)**, "Lumbar spine lesion", Philadelphia, pp. 3-15.
2. **Austin G, T. C. (1961)**, "The spinal cord. Basic aspects and surgical considerations", Charles Thomas, pp. 106-120.
3. **Bailey RW, B. C., Arbor ANN., (1960)**, "Stabilisation of cervical spine by anterior fusion", Journal Bone Joint Surgery, 42-App. 565-594.
4. **Berns DH, B. S., Modic MT., (1989)**, "Magnetic Resonance imaging of spine", Clinical Orthopaedics and Related Research, pp. 244, 78-100.
5. **Bhagia SM, S. C., Nirschl M., (2005)**, "Side effects and complications after percutaneous disc decompression using coblation technology", Am.J.Phys.Med.Rehabil, 2005;1pp. 6-13.
6. **Birnbaum K. (2009)**, "Percutaneous cervical disc decompression", Surgical and radiologic anatomy, pp. 4.
7. **Bolesta, M. J. M., Rehtine, Glenn R.II MD, Chrin, Ann Marie Arnp., (2000)**, "Tree-and Four -Level Anterior Cervical Discectomy and Fusion With Plate Fixation: A Prospective Study", Spine, 25(16)pp. 2040-2046.
8. **Bornaldi G, B. F., Facchinetti A., (2006)**, "Plasma radio-frequency-based discectomy for treatment of cervical herniated nucleus pulposus: feasibility, safety, and preliminary clinical results", Am J Neuroradiol, pp. 27,2104-2111.

ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ NHẬP VIỆN LẠI CỦA BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG- KINH NGHIỆM TỪ 1227 BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình*, Lê Văn Thành*

TÓM TẮT

Mục tiêu: -Nhận xét tỷ lệ, đặc điểm nhóm bệnh nhân nhập viện lại sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại bệnh viện K. -Nhận xét một số yếu tố liên quan đến nhóm bệnh nhân nhập viện lại trên. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 1227 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật: Tỷ lệ nhập viện lại sau phẫu thuật 4,1% (51/1227); nam 35 (68,6%) /nữ 16 (31,4%); thời gian

nằm viện lần mở trước 9,28 + 2,1ngày; tỷ lệ nhập viện lại nhóm đại tràng phẫu thuật nội soi 3,1%, mổ mở 4,4%, nhóm trực tràng mổ nội soi 2,4%, mổ mở 8,8%; nhóm nhập viện lại có hậu môn nhân tạo là 21,5%; trong nhóm nhập viện lại 68,6% (35/51) bệnh nhân có biến chứng từ lần mổ đầu; nguyên nhân nhập viện lại: rò miệng nối 11/51 (21,5%), nhiễm trùng vết mổ 17/51 (33,3%), chảy máu sau mổ 7/51(13,7%), các nguyên nhân khác 10/51 (19,6%). Tỷ lệ phẫu thuật cho các bệnh nhân nhập viện lại là 12/51 (23,5%). **Kết luận:** tỷ lệ nhập viện lại của bệnh nhân sau mổ ung thư đại trực tràng tại bệnh viện K thấp. Phương pháp phẫu thuật, hậu môn nhân tạo, biến chứng lần mổ đầu có thể ảnh hưởng tới tỷ lệ nhập viện lại.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng-colorectal cancer, Nhập viện lại-Hospital Readmission

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 5.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

SUMMARY**EVALUATION HOSPITAL READMISSION RATE AFTER COLORECTAL CANCER SURGERY: EXPERIENCES FROM 1227 PATIENTS IN K HOSPITAL**

Purpose: Accessing the percentage, features of patients who readmission after colorectal cancer surgery in K hospital. Evaluating the risk factors associate with hospital readmission occurred in that group of patients. **Method:** Retrospective study. **Result:** There were 1227 colorectal cancer patients underwent surgical treatment. The percentage of hospital readmission was 4.1% (51/1227 cases): 68.6% male, 31.4% female. The previous average hospitalization time was 9.28 ± 2.1 days. The rates of hospital readmission according to the character of surgery: 3.1% laparoscopic colonic surgery, 4.4 open colonic surgery, 2.4% laparoscopic rectal surgery, 8.8% open rectal surgery. There was 21.5% of readmission patients had stoma after colostomy. The percentage of complication which occurred at previous operation in the group of hospital readmission was 68.6%. The reason why patients came back to the hospital were: 21.5% (11/51 cases) anastomotic leak, 33.3% (17/51 cases) surgical site infection, 13.7% (7/51 cases) hemorrhage postoperation, 19.6% (10/51 cases) other reasons. The percentage of patients who underwent the second operation was 23.5%. **Conclusion:** The rate of hospital readmission was low. Type of surgery, stoma after colostomy and initial complication of previous surgery were the risk factors which influence on the percentage of hospital readmission

Keyword: colorectal cancer; hospital readmission

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhập viện lại sau phẫu thuật ung thư luôn là điều không mong muốn của cả bệnh nhân và bác sỹ phẫu thuật vì nó ảnh hưởng tới sự hồi phục của bệnh nhân sau mổ cũng như kết quả ung thư học. Nhập viện lại còn là yếu tố phản ánh chất lượng điều trị bệnh nhân và làm gia tăng chi phí điều trị. Khái niệm nhập viện lại được các tác giả trên thế giới đồng thuận là "bệnh nhân sau phẫu thuật đã ra viện, phải nhập viện lại trong vòng 30 ngày để điều trị vì những lý do không được dự báo như kế hoạch trước", chúng tôi sử dụng khái niệm nhập viện lại này để thực hiện trong nghiên cứu. Các thống kê lớn trên thế giới về tỷ lệ nhập viện lại sau phẫu thuật ổ bụng dao động từ 5% đến 15%, riêng về phẫu thuật ung thư đại trực tràng (UTĐTT) tỷ lệ nhập viện lại khoảng 10%-16% [1],[2],[5],[6]. Các báo cáo tính đến thời điểm hiện nay đều cố gắng đánh giá, phân tích các yếu tố nào là yếu tố nguy cơ dự báo khả năng bệnh nhân có thể nhập viện lại sau phẫu thuật UTĐTT nhưng không có nghiên cứu nào mang tính tổng quan về các yếu tố dự báo nhập viện bởi vì các yếu

tố này thường khó khăn khi phân tích đa biến. Một vài nghiên cứu tập trung xác định, tìm kiếm và tiêu chuẩn hóa các yếu tố nguy cơ nhập viện lại của bệnh nhân sau phẫu thuật UTĐTT nhưng thường là các nghiên cứu cohort đơn thuần. Bệnh nhân ung thư trực tràng trải qua phẫu thuật thường có thời gian nằm viện dài hơn, khả năng biến chứng nhiều hơn và tỷ lệ nhập viện thường cao hơn nhóm bệnh nhân ung thư đại tràng. Áp lực về chi phí điều trị, các phương pháp hồi phục nhanh sau mổ, cũng như mong muốn hạn chế nhiễm trùng bệnh viện của các phẫu thuật viên đã làm giảm đáng kể số ngày điều trị sau mổ của bệnh nhân UTĐTT. Nhưng cũng có những nhận xét đưa ra là khi cho bệnh nhân ra viện sớm hơn cũng sẽ làm tăng nguy cơ nhập viện lại cao hơn. Ở Việt nam, lĩnh vực UTĐTT đã có nhiều nghiên cứu về bệnh học lâm sàng, cận lâm sàng, các phương pháp phẫu thuật, biến chứng sau mổ, kết quả phẫu thuật, kết quả theo dõi xa về mặt ung thư học... Nhưng những nghiên cứu về bệnh nhân nhập viện lại sau phẫu thuật vẫn còn ít. Đó là lý do chúng tôi viết bài "*Đánh giá tỷ lệ nhập viện lại của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng-kinh nghiệm từ 1227 Bệnh nhân tại bệnh viện K*". với 2 mục tiêu:

- Nhận xét tỷ lệ và đặc điểm nhóm bệnh nhân nhập viện lại sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại bệnh viện K

- Nhận xét một số yếu tố liên quan đến nhóm bệnh nhân nhập viện lại trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: gồm 1227 bệnh nhân có chẩn đoán xác định ung thư đại trực tràng được phẫu thuật tại khoa ngoại bụng1 bệnh viện K từ 01/2017 đến 03/2020 có số ca phải nhập viện lại là 51 bệnh nhân. Có đủ hồ sơ nghiên cứu được nhập viện lại trong vòng 30 ngày kể từ khi ra viện sau phẫu thuật lần 1

2.2 Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân: tuổi; giới; thời gian nằm viện trung bình của lần mổ trước, tỷ lệ nhập viện lại.

- Nhận xét một số yếu tố liên quan đến nhập viện lại: loại phẫu thuật (ung thư đại tràng, trực tràng); phương pháp mổ (nội soi hay mổ mở), thời gian nằm viện lần trước; có hậu môn nhân tạo hay không, biến chứng của lần mổ trước, nguyên nhân nhập viện lại, phương pháp điều trị khi nhập viện lại.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

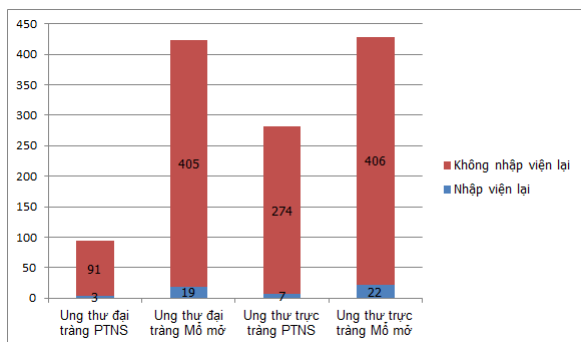
3.1 Đặc điểm bệnh nhân trên 1227 bệnh nhân UTĐTT

+ Số bệnh nhân nhập viện lại: 51/1227 (4,1%) bệnh nhân nhập viện lại trong vòng 30 ngày sau khi đã ra viện.

+ Nhóm bệnh nhân nhập viện lại: nam 35 (68,6%) / nữ 16 (31,4%)

3.2 Một số các yếu tố liên quan

+ thời gian nằm viện trung bình của lần mổ trước : 9,28 + 2,1 ngày

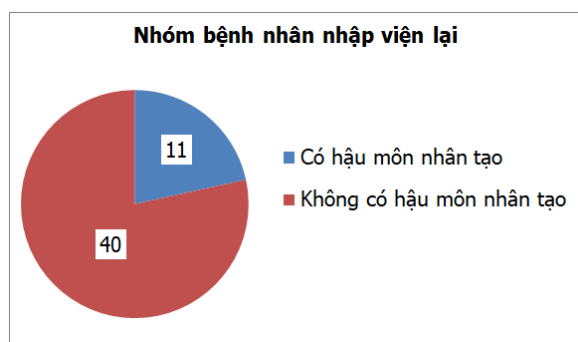


Biểu đồ 1: Loại phẫu thuật và tỷ lệ nhập viện lại

Nhận xét: Tổng số 1227 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật tỷ lệ nhập viện lại 51/1227 (4,1%)

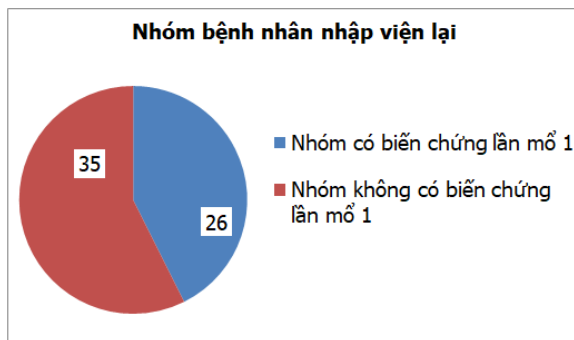
Tỷ lệ nhập viện lại sau phẫu thuật ung thư đại tràng 22 ca trong đó nhóm phẫu thuật nội soi là 3/94 (3,1%). Nhóm mổ mở 19/424 (4,4%).

Tỷ lệ nhập lại viện sau phẫu thuật ung thư trực tràng là 29 ca trong đó nhóm phẫu thuật nội soi 7/281 (2,4%). Nhóm mổ mở 22/248 (8,8%).



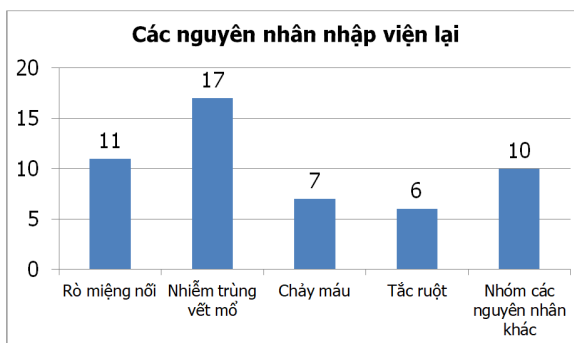
Biểu đồ 2: Nhóm bệnh nhân nhập viện lại có hậu môn nhân tạo và không có hậu môn nhân tạo

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện lại có hậu môn nhân tạo là 11/51 (21,5%).



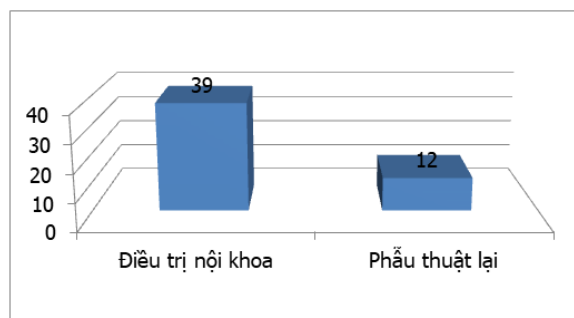
Biểu đồ 3: Nhóm bệnh nhân nhập viện lại có biến chứng và không biến chứng ở lần mổ thứ nhất

Nhận xét: 51 bệnh nhân nhập viện lại trong đó có 35/51 (68,6%) bệnh nhân có biến chứng từ lần mổ trước



Biểu đồ 4: Các nguyên nhân nhập viện lại

Nhận xét: Trong 51 bệnh nhân nhập viện lại nhóm rò miệng nối 11/51 (21,5%) và nhóm nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất 17/51 (33,3%). Nhóm các nguyên nhân khác: viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, huyết khối tĩnh mạch 10/51 (19,6%)



Biểu đồ 5: Các phương pháp điều trị bệnh nhân nhập viện lại

Nhận xét: Tỷ lệ phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân nhập viện lại là 12/51 (23,5%).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhập viện lại: nhập viện lại vì những lý do được dự báo trước như bệnh nhân có hậu môn nhân tạo hồi tràng bảo vệ vào đóng lại hậu môn theo trường trình, hoặc bệnh nhân vào lại để điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật UTĐTT sẽ được loại trừ trong nghiên cứu này. Chúng tôi lấy khái niệm nhập viện lại là bệnh nhân vào lại bệnh viện trong vòng 30 ngày sau khi đã ra viện vì những lý do không dự báo trước. Theo y văn trên thế giới tỷ lệ nhập viện lại sau phẫu thuật đại tràng chiếm từ 7,7% đến 8,6% và sau phẫu thuật trực tràng là 8,8% đến 16,9%. Những nghiên cứu gần đây về phẫu thuật UTĐTT cho thấy có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán giai đoạn sớm hơn, các phương pháp mổ ít xâm lấn hơn như phẫu thuật nội soi, phẫu thuật rô bốt, cắt u qua đường hậu môn... và đặc biệt là việc áp dụng trường trình ERAS (Enhanced Recovery Protocol in Colorectal Surgery- tăng cường hồi phục sau phẫu thuật) đã làm thay đổi tỷ lệ nhập viện lại có xu hướng giảm xuống [2],[3],[5],[6],[7],[8]. Shah.PM (2017) báo cáo với 707 bệnh nhân UTĐTT được phẫu thuật chia làm 2 nhóm, nhóm một 383 bệnh nhân không áp dụng ERAS có tỷ lệ nhập viện lại là 19%, nhóm hai 324 bệnh nhân được áp dụng ERAS thì tỷ lệ nhập viện lại giảm xuống còn 12% [8]. Pucciarelli. S (2017) thực hiện một thống kê lớn tại Italia với 353.941 bệnh nhân UTĐTT, tỷ lệ nhập viện lại chỉ chiếm 6%.[6]. Tỷ lệ nhập viện lại có liên quan đến giới hay không cũng là câu hỏi để một số tác giả xem xét. Đối với ung thư trực tràng thì một vài nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam nhập lại viện cao hơn bệnh nhân nữ [5];[6],[7],[8]. Tuy nhiên có những nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn, các phẫu thuật mở rộng hơn như cắt nhiều tạng khi UTĐTT xâm lấn nên tỷ lệ nhập viện lại cao hơn đến 12% [5]

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhập viện lại là 4,1 % (51/1227). Tỷ lệ này thấp hơn so với các tác giả trên thế giới và không có sự khác biệt giữa bệnh nhân nam với bệnh nhân nữ.

Thời gian nằm viện của lần mổ đầu: Schneider.EB đặt vấn đề về thời gian nằm viện của lần mổ trước có ảnh hưởng thế nào đến tỷ lệ nhập viện lại sau phẫu thuật UTĐTT? Tác giả thống kê 149.622 bệnh nhân UTĐTT với thời gian nằm viện trung bình là 11,7 ngày, nhưng khi phân tích dưới nhóm ở các giai đoạn khác nhau thì tỷ lệ nhập lại viện cũng thay đổi theo tỷ lệ nghịch: từ 1986- 1990 thời gian nằm viện trung bình 14,0 ngày; 1991-1995:12,0 ngày;1996-2000: 10,4 ngày; 2001-2005: 10,6 ngày tương

tự tỷ lệ nhập lại viện tương ứng là 10,2%, 10,9%, 12,4%, 13,7%. Tác giả rút ra kết luận thời gian nằm viện dài thì tỷ lệ nhập lại viện ít hơn và là yếu tố nguy cơ của tỷ lệ nhập viện lại nhưng tác giả cũng chưa lý giải được tại sao lại như vậy [7]. Hendren.S (2011) nghiên cứu sâu hơn mối tương quan giữa thời gian nằm viện và tỷ lệ nhập viện lại đối với 447.461 bệnh nhân trên 65 tuổi mổ ung thư đại tràng. Một kết luận rất đặc biệt được rút ra là nếu bệnh nhân ra viện < 5 ngày thì tỷ lệ nhập viện lại là 16% không có sự khác biệt với những bệnh nhân ra viện trên 7 ngày. Nhưng khi thay đổi cutoff thời gian nằm viện xuống đặc biệt là < 4 ngày thì tỷ lệ nhập viện lại tới 21,3% $p < 0,01$. Tác giả kết luận thời gian nằm viện là yếu tố liên quan có ý nghĩa với tỷ lệ nhập viện lại đặc biệt là khi ra viện sớm trước 4 ngày. Điều này làm thay đổi thái độ của bác sỹ phẫu thuật khi cho bệnh nhân mổ UTĐTT ra viện sớm <4 ngày [3]. Ở các nước phương Tây, các nghiên cứu luôn chú trọng đến chi phí điều trị. Giảm thời gian nằm viện sẽ làm giảm chi phí điều trị, giảm nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện và mang lại chất lượng cuộc sống sau mổ cho bệnh nhân tốt hơn vì bệnh nhân được sớm trở về nhà. Nhưng thực tế cho thấy nếu ra viện sớm mà lại làm tăng tỷ lệ nhập viện lại có thực sự làm tăng chất lượng cuộc sống sau mổ cho bệnh nhân không? O'Connell.E.P (2019) phân tích 246 bệnh nhân mổ cắt trực tràng với tỷ lệ nhập viện lại là 12,6%, tác giả phân tích và đưa ra nhận xét mối liên hệ giữa chỉ số thời gian nằm viện và tỷ lệ nhập viện lại không thể phân tích đơn biến được mà phải là một tổ hợp đa biến: thời gian nằm viện, bệnh phổi hợp, biến chứng sau mổ ...vì thế tác giả không công nhận thời gian nằm viện là một yếu tố tiên lượng nhập viện lại [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân UTĐTT là $9,28 \pm 2,1$ ngày. Chúng tôi cũng chưa chứng minh được mối liên quan giữa thời gian nằm viện và tỷ lệ nhập viện lại có ý nghĩa thống kê hay không.

Loại phẫu thuật lần 1 và tỷ lệ nhập lại viện: thông kê về mối liên hệ giữa tỷ lệ nhập lại viện với loại phẫu thuật đã được tiến hành lần trước như phẫu thuật đại tràng hay phẫu thuật trực tràng, mổ mở hay phẫu thuật nội soi, có hậu môn nhân tạo hay không...là những yếu tố nguy cơ của nhập viện lại đã được các tác giả nêu ra để phân tích. Đối với vị trí giải phẫu của đại trực tràng càng ở đoạn cuối của đại trực tràng thì tỷ lệ biến chứng càng cao như vậy mổ trực tràng nhiều biến chứng hơn đại tràng nên có thể suy luận tỷ lệ nhập viện lại có khả năng cao hơn. Phẫu thuật nội soi là phương pháp sang chấn tối

thiểu so với mổ mở vì thế nó rút ngắn thời gian nằm viện và hạn chế dính ruột nên về lý thuyết cũng có thể hướng tới một tỷ lệ nhập lại viện thấp hơn. Hậu môn nhân tạo sẽ chuyển một phẫu thuật ít nhiễm trùng sang một phẫu thuật có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn, có thể đây cũng sẽ là một lý do để bệnh nhân nhập lại viện tăng nên hay không? Hendren.S (2011) thông kê từ 2003-2008 có 477.461 bệnh nhân ung thư đại tràng được phẫu thuật tác giả rút ra kết luận: phương pháp mổ mở hay phẫu thuật nội soi không ảnh hưởng tới tỷ lệ nhập lại viện [3]. Faiz.O (2011) nghiên cứu trên 10 năm 1996-2006 với 186.013 bệnh nhân đại trực tràng được phẫu thuật cho kết quả tỷ lệ nhập viện lại của trực tràng là 9,4% trong khi của đại tràng chỉ là 7,6% ($p < 0,001$) đây là một trong những nghiên cứu lớn so sánh tỷ lệ nhập viện lại giữa đại tràng và trực tràng, tác giả cũng phân tích lý do dẫn đến sự khác biệt này là hệ quả của thời gian nằm viện lâu hơn, tỷ lệ biến chứng cao hơn, tỷ lệ có hậu môn nhân tạo cao hơn ở nhóm mổ trực tràng [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi với 1227 bệnh nhân UTĐTT được phẫu thuật tỷ lệ nhập viện lại của nhóm bệnh nhân đại tràng được phẫu thuật nội soi là 3,1%, mổ mở 4,4%, nhóm trực tràng mổ nội soi 2,4%, mổ mở 8,8%. Nhóm nhập viện lại có hậu môn nhân tạo là 21.5%.

Biến chứng sau mổ và tỷ lệ nhập viện lại: biến chứng sau mổ lần đầu trong báo cáo của các tác giả trên thế giới thường đưa ra đó là nhiễm trùng vết mổ, rò miệng nối đại trực tràng, chảy máu sau mổ, tắc ruột sớm sau mổ, biến chứng tại hậu môn nhân tạo, các biến chứng toàn thân như viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, huyết khối tĩnh mạch sâu...Phân loại các biến chứng này theo Clavien- Dindo từ độ I đến độ V, nhưng biến chứng nào là yếu tố nguy cơ để bệnh nhân phải nhập viện lại vẫn là một câu hỏi khó có lời giải đáp thỏa đáng? Trong báo cáo của O'Connell.E.P (2019) với 246 bệnh nhân phẫu thuật ung thư trực tràng thì nhóm biến chứng Grade III Clavien-Dindo chiếm 33% phải nhập viện lại trong khi nhóm có cùng độ Grade III không phải nhập viện lại là 66,6%, các nhóm còn lại Grade I,II,IV không có sự khác biệt. Tác giả kết luận biến chứng sau mổ lần đầu không phải là yếu tố nguy cơ của nhập viện lại [5]. Trong khi đó nhóm nhập viện lại của chúng tôi thì 68,6% (35/51) là có biến chứng từ lần mổ đầu. vậy nếu xét tổng thể tỷ lệ biến chứng sau mổ UTĐTT của chúng tôi thấp, nhưng phân tích sâu trong nhóm phải nhập viện lại thì tỷ lệ có biến chứng của lần mổ đầu rất cao nên cũng có thể kết luận là biến chứng sau mổ của phẫu

thuật UTĐTT là yếu tố nguy cơ của nhập viện lại.

Nguyên nhân nhập viện lại: cũng trong nghiên cứu của O'Connell.E.P (2019) các nguyên nhân nhập viện lại thường là: nhiễm trùng vết mổ, rò miệng nối muôn, abces tồn dư, tắc ruột sớm sau mổ, sa lồi hậu môn nhân tạo, chảy máu tầng sinh môn, huyết khối tĩnh mạch sâu... thì nhiễm trùng vết mổ là nguyên nhân hay gặp nhất 13/31 bệnh nhân (41,9%), rò miệng nối 16,1%[5]. Báo cáo của Damle (2014) với 70.486 bệnh nhân UTĐTT tác giả thống kê thấy nguyên nhân nhập lại viện còn có thêm các biến chứng của hậu môn nhân tạo, shock nhiễm trùng phải vào điều trị tích cực...[1]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy nguyên nhân nhập lại viện là: rò miệng nối 11/51 (21,5%) và nhóm nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất 17/51 (33,3%). Nhóm các nguyên nhân khác: viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, huyết khối tĩnh mạch 10/51 (19,6%). Chảy máu sau mổ có 7/51(13,7%) trường hợp là những ca chảy máu thì 2 vùng tầng sinh môn sau phẫu thuật cắt cụt trực tràng.

Phương pháp điều trị khi nhập viện lại: chúng ta chia ra 2 nhóm phương pháp được áp dụng để điều trị bệnh nhân nhập viện lại. Nhóm phương pháp điều trị nội khoa như chăm sóc vết mổ nhiễm trùng, chọc dẫn lưu dưới siêu âm hoặc scanner ổ áp xe tồn dư, điều trị tắc ruột sớm sau mổ bằng nhịn ăn và truyền dịch.... Những bệnh nhân có hậu môn nhân tạo ra nhiều hơn mức bình thường sẽ được bù dịch, điện giải và thuốc giảm nhu động ruột, các biến chứng về viêm phổi hay tiết niệu với liệu trình kháng sinh mạnh. Phương pháp ngoại khoa được chỉ định trong những trường hợp cần phẫu thuật lại như tắc ruột sau mổ điều trị nội khoa không kết quả, chảy máu cần phải ngoại khoa can thiệp cầm máu hoặc khâu máu thứ phát do hoại tử tổ chức thì hai, sa lồi hậu môn nhân tạo... Damle (2014) có tỷ lệ phải mổ lại của nhóm bệnh nhân nhập viện lại là 6% [1]; O'Connell.E.P (2019) có tỷ lệ phẫu thuật lại khi bệnh nhân phải nhập viện lại là 14%[5]. Các tác giả khác có tỷ lệ phải mổ dao động từ 18% đến 25% các bệnh nhân nhập viện lại [6],[7],[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mổ lại cho các bệnh nhân nhập viện lại chiếm 23,5% (12/51).

V. KẾT LUẬN

-Tỷ lệ nhập viện lại sau phẫu thuật 4,1% (51/1227); Giới ở nhóm nhập viện lại nam 35 (68,6%)/nữ 16 (31,4%); Thời gian nằm viện lần mổ trước 9,28 + 2,1 ngày

- Nhận xét một số các yếu tố liên quan:

+Tỷ lệ nhập viện lại nhóm đại tràng phẫu

thuật nội soi 3,1%, mổ mở 4,4%, nhóm trực tràng mổ nội soi 2,4%, mổ mở 8,8%. Nhóm nhập viện lại có hậu môn nhân tạo là 21.5%

+ Tỷ lệ có biến chứng từ lần mổ đầu của nhóm nhập viện lại 68,6% (35/51)

+ Nguyên nhân nhập viện lại: rò miệng nối 11/51 (21,5%), nhóm nhiễm trùng vết mổ 17/51 (33,3%). Các nguyên nhân khác 10/51 (19,6%). Chảy máu sau mổ 7/51 (13,7%)

+ Tỷ lệ mổ lại cho các bệnh nhân nhập viện lại là 12/51 (23,5%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Damle, Rachele N, Cherng et al (2014)** "Clinical and Financial Impact of Hospital Readmissions After Colorectal Resection: Predictors, Outcomes, and Costs", Diseases of the Colon & Rectum Volume 57 - Issue 12 p 1421-1429.
2. **Faiz.O, Haji.A, Burns.E (2011)** "Hospital Stay Amongst Patients Undergoing Major Elective Colorectal Surgery: Predicting Prolonged Stay and Readmissions in NHS Hospitals", Colorectal Dis 13(7), 816 – 2
3. **Hendren. S, Morris. AM, Zhang. W et al (2011)** "Early discharge and hospital readmission

after colectomy for cancer", Dis Colon Rectum 54 (11): 1362 - 7.

4. **Mazrou.AI, Ahmed M, Suradkar et al (2017)** "Characterization of Readmission by Day of Rehospitalization After Colorectal Surgery", Diseases of the Colon & Rectum Volume 60 Issue 2 - p 202-212.
5. **O'Connell.E.P, Healy.V, Fitzpatrick.F et al (2019)** "Predictors of Readmission Following Proctectomy for Rectal Cancer", Dis Colon Rectum 2019; 62: 703–710.
6. **Pucciarelli. S, Zorzi. M, Gennaro. N et al (2017)** "In-hospital mortality, 30-day readmission, and length of hospital stay after surgery for primary colorectal cancer: A national population-based study", Eur J Surg Oncol. 2017 Jul;43(7).
7. **Schneider. EB, Hyder. O, Brooke. BS et al (2012)** "Patient readmission and mortality after colorectal surgery for colon cancer: impact of length of stay relative to other clinical factors", J Am Coll Surg 214(4):390 – 8.
8. **Shah.PM, Johnston.L, Sarosiek.B et al (2017)** "Reducing Reducing Readmissions While Shortening Length of Stay: The Positive Impact of an Enhanced Recovery Protocol in Colorectal Surgery", Dis Conlon Rectum 60(2):219 – 227.

ĐẶC ĐIỂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HỒNG BÀNG, HẢI PHÒNG NĂM 2018

Vũ Hải Vinh^{1,2}

TÓM TẮT

Sự hài lòng của người bệnh là một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá chất lượng của một bệnh viện. Một nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng năm 2018 để mô tả đặc điểm sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện này. Trong thời gian nghiên cứu, 415 bệnh nhân được thu nhận vào nghiên cứu, 50,6% ≥ 50 tuổi, 66,7% là nam giới, 58,6% có trình độ trung cấp nghề, cao đẳng hoặc đại học, 45,3% đã nghỉ hưu, 23,1% là công chức, viên chức, 71,8% có thu nhập trên trung bình và 94,9% có bảo hiểm y tế. Tỷ lệ người bệnh hài lòng với bệnh viện cao, chiếm 86,0%. 87,0% chắc chắn sẽ quay lại bệnh viện nếu có nhu cầu khám chữa bệnh trong tương lai. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của bệnh nhân với bệnh viện là nhóm tuổi và nghề nghiệp với OR (95% CI) lần lượt là 1,8 (1,0-3,2) và 2,2 (1,2-4,0) và p lần lượt là 0,04 và 0,01. Đặc biệt, có sự liên quan có ý nghĩa

thống kê giữa bệnh nhân hài lòng với bệnh viện với việc bệnh nhân chắc chắn quay trở lại bệnh viện khám chữa bệnh (OR = 11,9, 95% CI: 6,2-22,8, p < 0,01). Do vậy, bệnh viện cần tiếp tục chú trọng, hướng tới sự hài lòng của người bệnh trong tương lai.

Từ khóa: sự hài lòng của người bệnh, yếu tố liên quan, chất lượng, bệnh viện, Hồng Bàng.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS TO THE SATISFACTION OF INPATIENTS AT HONG BANG HOSPITAL, HAI PHONG IN 2018

Patient satisfaction is one of the most important criteria to evaluate the quality of a hospital. A descriptive cross-sectional study was performed at Hong Bang Hospital in 2018 to characterize the satisfaction of inpatients at this hospital. During the study period, 415 patients were enrolled in the study, 50.6% ≥ 50 years old, 66.7% were male, 58.6% had professional school, college or university degrees of education, 45.3% retired, 23.1% were civil servants, 71.8% had above average income and 94.9% had health insurance. The rate of patients satisfied with the hospital was high (86.0%). 87.0% will surely return to the hospital if need of care in the future. Factors related to patient satisfaction with hospital were age group and

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: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 10.4.2020

occupation (OR (95% CI): 1.8 (1.0-3.2) and 2.2 (1.2-4.0, $p = 0.04$ and 0.01 , respectively). Especially, there was a statistically significant relationship between patient satisfaction and the patient's absolute return (OR = 11.9, 95% CI: 6.2-22.8, $p < 0.01$). Therefore, the hospital needs to continue to focus on the satisfaction of patients in the future.

Key words: patient satisfaction, related factor, quality, hospital, Hong Bang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát triển của hệ thống y tế là một xu thế tất yếu trên thế giới, cũng như tại Việt Nam, nhằm đáp ứng với nhu cầu ngày càng cao về chăm sóc sức khỏe của người dân. Ngày nay, chăm sóc sức khỏe không chỉ đơn thuần bao gồm các hoạt động khám chữa bệnh, mà còn cần tiến tới chăm sóc toàn diện mọi nhu cầu chính đáng của người bệnh, hướng tới sự hài lòng của người bệnh [1, 2]. Đây cũng được coi là một trong những tiêu chí hàng đầu để đánh giá chất lượng của mỗi bệnh viện, cơ sở điều trị. Để đảm bảo sự phát triển bền vững, các bệnh viện cần tích cực đảm bảo sự hài lòng của người bệnh, từ chất lượng công tác khám chữa bệnh, trình độ chuyên môn của cán bộ, nhân viên y tế, điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho công tác chuyên môn, đến phong cách, thái độ giao tiếp ứng xử, khả năng đáp ứng với các yêu cầu của người bệnh... Nhận thức rõ tầm quan trọng của vấn đề này, từ nhiều năm nay, Bộ Y tế đã quan tâm chỉ đạo, ban hành các quy định, hướng dẫn, giải pháp về việc "lấy người bệnh làm trung tâm cho mọi hoạt động khám bệnh, chữa bệnh", cũng như "hướng tới sự hài lòng của người bệnh" [3].

Hồng Bang là một trong 7 quận nội thành của thành phố Hải Phòng có diện tích 14,5 km², dân số 96.111 người. Bệnh viện đa khoa Hồng Bang là một bệnh viện hạng III, tuyến quận/huyện, có nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân sinh sống trên địa bàn quận. Bệnh viện có quy mô 95 giường bệnh, 15 khoa/phòng và đội ngũ cán bộ, nhân viên y tế gồm 108 người, trong đó 46,3% có trình độ đại học/sau đại học [4]. Hiện chưa có nghiên cứu đánh giá các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện. Nhằm tìm hiểu các thực trạng và các yếu tố liên quan, từ đó xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng, hướng tới sự hài lòng của người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bang năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bang.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Người bệnh ≥ 18 tuổi;
- Điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bang;
- Có khả năng hiểu được nghiên cứu;
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Người bệnh rối loạn ý thức, mắc bệnh tâm thần... không có khả năng hiểu được nghiên cứu;
- Người bệnh là nhân viên bệnh viện;
- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

*Thời gian: Từ tháng 01 đến tháng 09 năm 2018.

*Địa điểm: Các khoa có người bệnh nội trú Bệnh viện đa khoa Hồng Bang.

3. Phương pháp nghiên cứu

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

3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết;

Z = 1,96 (hệ số tin cậy là 95% với $\alpha = 0,05$)

p: ước tính tỷ lệ người bệnh hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh theo kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hà là 62,1% [5].

$\Delta = 0,05$ (sai số cho phép).

Tính theo công thức ta được $n = 362$ người. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thêm 10% người bệnh có thể không đồng ý tham gia nghiên cứu. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là ≈ 399 người.

*Phương pháp chọn mẫu: chọn tại các khoa có người bệnh điều trị nội trú trong bệnh viện. Tiến hành thu nhận tại các khối nội (các khoa hồi sức cấp cứu, nội tổng hợp, y học cổ truyền), ngoại (khoa ngoại tổng hợp), sản phụ khoa (khoa sản) và khối chuyên khoa (các khoa mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt) người bệnh điều trị nội trú đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, cho đến khi đủ cỡ mẫu cần thiết.

3.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

**Công cụ thu thập số liệu:* Bảng thu thập số liệu được xây dựng dựa trên phiếu khảo sát theo mẫu của Bộ Y tế theo Công văn số 1334/KCB-QLCL của Cục Quản lý khám chữa bệnh về việc hướng dẫn kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2015 đánh giá sự hài lòng người bệnh [2]. Bộ câu hỏi gồm 5 phương án trả lời dựa theo thang đo Likert: (1) rất không hài lòng, (2) không hài lòng, (3) bình thường, (4) hài lòng, (5)

rất hài lòng. Bảng thu thập số liệu được Hội đồng duyệt đề cương Trường Đại học Y Dược Hải Phòng thông qua và Ban Giám đốc Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng cho phép tiến hành.

**Phương pháp thu thập số liệu:* Số liệu được thu thập thông qua phương pháp phỏng vấn trực tiếp, dựa trên bảng thu thập số liệu. Điều tra viên là các nhân viên y tế, có kiến thức, kỹ năng phỏng vấn người bệnh, được tập huấn và tiến hành điều tra thử trước khi tiến hành thu thập số liệu.

3.4. Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập dưới dạng dấu tên, kiểm tra kỹ trước khi tiến hành nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. (Epidata Association, Đan Mạch) và xử lý bằng phần mềm Stata 14.0 (StataCorp LLC, Hoa Kỳ).

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh. Đề cương nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng thông qua và Ban Giám đốc Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng cho phép tiến hành. Người bệnh được giải thích rõ về mục đích, nội dung nghiên cứu, được đặt câu hỏi và nhận được câu trả lời thỏa đáng về nghiên cứu, có thời gian suy nghĩ và hoàn toàn tự nguyện trong việc đồng ý hay từ chối tham gia nghiên cứu. Số liệu được thu thập dưới dạng dấu tên, đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	70	16,9
	30-39 tuổi	59	14,2
	40-49 tuổi	76	18,3
	≥ 50 tuổi	210	50,6
Giới	Nam	277	66,7
	Nữ	138	33,3
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở trở xuống	88	21,2
	Trung học phổ thông	84	20,2
	Trung cấp, nghề	118	28,5
	Cao đẳng, đại học trở lên	125	30,1
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	56	13,5
	Viên chức, công chức	96	23,1
	Nghỉ hưu	188	45,3
	Công nhân	48	11,6

Bảo hiểm y tế	Khác	27	6,5
	Có	394	94,9
Thu nhập bình quân	Không	21	5,1
	Trên trung bình	298	71,8
Khoa điều trị	Dưới trung bình	117	28,2
	Khối nội	129	31,1
	Khối ngoại	123	29,7
	Khối sản phụ khoa	101	24,3
Tổng	Khối chuyên khoa	62	14,9
		415	100

Trong thời gian nghiên cứu, có 415 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được thu nhận vào nghiên cứu. ½ số bệnh nhân ≥ 50 tuổi, các nhóm tuổi < 30, 30-39 và 40-49 tuổi chiếm lần lượt 16,9%, 14,2% và 18,3%. Số bệnh nhân nam cao gấp 2 lần số bệnh nhân nữ. Có 30,1% bệnh nhân có trình độ cao đẳng, đại học trở lên, 28,5% có trình độ trung cấp, nghề, 20,2% có trình độ phổ thông trung học và 21,2% có trình độ trung học cơ sở trở xuống. Gần ½ số bệnh nhân đã nghỉ hưu, 23,1% là viên chức, công chức, 13,5% là học sinh, sinh viên, 11,6% là công nhân, còn lại (6,5%) là nghề nghiệp khác/thất nghiệp. Hầu hết (94,9%) bệnh nhân có bảo hiểm y tế. Đa số (71,8%) có thu nhập trên trung bình. Tỷ lệ bệnh nhân tương đối đồng đều ở các khối điều trị (31,1% ở khối nội, 29,7% ở khối ngoại, 24,3% ở khối sản phụ khoa), riêng khối chuyên khoa có số lượng bệnh nhân ít hơn, chiếm 14,9%.

2. Thực trạng sự hài lòng của người bệnh

Bảng 2. Thực trạng sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng năm 2018.

Tiêu chí	Hài lòng n (%)	Bình thường n (%)	Chưa hài lòng n (%)
Sự hài lòng về thời gian chờ	388 93,5	21 5,1	6 1,4
Sự hài lòng về chăm sóc của điều dưỡng	405 97,6	10 2,4	0
Sự hài lòng về điều trị của bác sỹ	401 96,6	12 2,9	2 0,5
Sự hài lòng về tư vấn và giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế	398 95,9	17 4,1	0
Sự hài lòng về thông tin được cung cấp	354 85,3	47 11,3	14 3,4
Sự hài lòng về đáp ứng nhu cầu của người bệnh	362 87,2	36 8,7	17 4,1

Sự hài lòng về chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe	369 88,9	39 9,4	7 1,7
Sự hài lòng về bệnh viện	357 86,0	43 10,4	15 3,6

Tiến hành khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng cho thấy hầu hết (86,0%) bệnh nhân hài lòng với bệnh viện. Trong đó, các tiêu chí có tỷ lệ bệnh nhân hài lòng cao nhất là sự chăm sóc của điều dưỡng (97,6%), điều trị của bác sĩ

(96,6%), tư vấn và giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế (95,9%), hài lòng về thời gian chờ (93,5%). Các tiêu chí khác cũng có tỷ lệ bệnh nhân hài lòng khá cao như chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe (88,9%), đáp ứng nhu cầu của người bệnh (87,2%), hài lòng về thông tin được cung cấp (85,3%). Tỷ lệ bệnh nhân chưa hài lòng chiếm tỷ lệ thấp (3,6%), trong đó chủ yếu vào các tiêu chí đáp ứng nhu cầu của người bệnh (4,1%) và thông tin được cung cấp (3,4%), chất lượng điều trị và chăm sóc (1,7%).

Bảng 3. Quan điểm của người bệnh về việc quay lại bệnh viện nếu có nhu cầu khám chữa bệnh trong tương lai

Quan điểm	Khối nội n (%)	Khối ngoại n (%)	Khối sản phụ n (%)	Khối chuyên khoa n (%)	Bệnh viện n (%)
Chắc chắn không quay lại	0	0	0	0	0
Không muốn quay lại	0	0	0	0	0
Muốn sang bệnh viện khác	2(1,6)	1 (0,8)	1 (1,0)	0	4 (1,0)
Có thể sẽ quay lại	15 (11,6)	18 (14,6)	10 (9,9)	7 (11,3)	50 (12,0)
Chắc chắn sẽ quay lại	112 (86,8)	104 (84,6)	90 (89,1)	55 (88,7)	361 (87,0)
Tổng	129	123	101	62	415

Khi được hỏi về quan điểm của bệnh nhân nếu có nhu cầu khám chữa bệnh trong tương lai cho thấy 87,0% bệnh nhân chắc chắn sẽ quay lại. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân chắc chắn sẽ quay lại cao nhất ở khối sản phụ khoa (89,1%) và khối chuyên khoa (88,7%), tiếp theo là khối nội (86,8%) và thấp nhất là khối ngoại (84,6%). Có 12,0% bệnh nhân có thể sẽ quay lại, 1,0% muốn chuyển sang khám chữa bệnh tại bệnh viện khác, không có bệnh nhân nào chắc chắn không quay lại hoặc không muốn quay lại.

3. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng năm 2018.

Yếu tố liên quan	Hài lòng	Chưa hài lòng	p	OR	95% CI	
Nhóm tuổi	< 50 tuổi	169	36	0,04	1,8	1,0-3,2
	≥ 50 tuổi	188	22			
Giới tính	Nam	240	37	0,61		
	Nữ	117	21			
Trình độ	≤ Trung học phổ thông	149	23	0,76		
	> Trung học phổ thông	208	35			
Nghề nghiệp	Nghỉ hưu	171	17	0,01	2,2	1,2-4,0
	Khác	186	41			
Bảo hiểm y tế	Có	339	55	0,97		
	Không	18	3			
Thu nhập	Trên trung bình	252	46	0,17		
	Dưới trung bình	105	12			
Khoa điều trị	Khối nội	112	17	0,93		
	Khối ngoại	105	18			
	Khối sản phụ khoa	88	13			
	Khối chuyên khoa	52	10			
Quan điểm	Chắc chắn quay lại BV	331	30	<0,01	11,9	6,2-22,8
	Khác	26	28			
Tổng		357	58			

Kết quả khảo sát các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh cho thấy tỷ lệ nhóm bệnh nhân ≥ 50 tuổi hài lòng cao hơn nhóm <

50 tuổi (OR = 1,8, 95% CI: 1,0-3,2); tỷ lệ bệnh nhân nghỉ hưu hài lòng cao hơn nghề nghiệp khác (OR = 2,2, 95% CI: 1,2-4,0). Sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, trình độ học vấn, có bảo hiểm y tế, mức thu nhập bình quân hay khoa điều trị với sự hài lòng của người bệnh.

Đặc biệt, tỷ lệ các bệnh nhân hài lòng có quan điểm chắc chắn sẽ quay lại bệnh viện nếu có nhu cầu khám chữa bệnh trong tương lai cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các bệnh nhân chưa hài lòng (OR = 11,9, 95% CI: 6,2-22,8, $p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của người bệnh là một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá chất lượng của bệnh viện. Lần đầu tiên được áp dụng vào năm 1958 tại Thụy Điển, ngày nay đánh giá sự hài lòng của người bệnh là một công việc được tiến hành thường xuyên tại hầu hết tất cả các bệnh viện, cơ sở khám chữa bệnh trên toàn thế giới [1]. Nghiên cứu của chúng tôi lần đầu tiên đánh giá sự hài lòng của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng, một bệnh viện đa khoa tuyến quận, hạng III, nằm trên địa bàn thành phố Hải Phòng.

Trong thời gian nghiên cứu, 415 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được thu nhận vào nghiên cứu, $\frac{1}{2} \geq 50$ tuổi, $\frac{2}{3}$ là nam giới, đa số có trình độ học vấn trên phổ thông trung học (58,6%), đã nghỉ hưu hoặc là công chức, viên chức (68,4%), có thu nhập trên trung bình (71,8%) và hầu hết là có bảo hiểm y tế. Kết quả này cũng tương tự như các khảo sát khác trên địa bàn thành phố Hải Phòng [5-7]. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh theo từng nhóm tiêu chí cho thấy hầu hết (> 85%) bệnh nhân hài lòng với từng tiêu chí của bệnh viện. Tỷ lệ hài lòng chung của các bệnh nhân là 86,0%. Chỉ có 3,6% bệnh nhân chưa thực sự hài lòng với bệnh viện. Về quan điểm quay lại bệnh viện khám bệnh trong tương lai nếu có nhu cầu khám chữa bệnh, 87,0% bệnh nhân chắc chắn sẽ quay lại bệnh viện. Tỷ lệ này đồng đều ở tất cả các khối điều trị. Đây là thành công của ban lãnh đạo và toàn thể cán bộ, nhân viên y tế bệnh viện, cần tiếp tục được phát huy và hoàn thiện hơn nữa trong thời gian tới. Đặc biệt, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hài lòng của người bệnh và khả năng bệnh nhân sẽ quay lại bệnh viện điều trị trong tương lai (OR = 11,9, 95% CI: 6,2-22,8, $p < 0,01$). Điều này một lần nữa cho thấy tầm quan trọng của việc hướng tới sự hài lòng của người bệnh, không chỉ đơn thuần vì đó là tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện, mà còn giúp bệnh viện đạt được sự tin tưởng của bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, khiến cho họ

quay trở lại bệnh viện nếu có nhu cầu khám chữa bệnh. Điều này càng trở lên quan trọng hơn trong cơ chế tự chủ của hệ thống các bệnh viện công lập trong giai đoạn hiện nay.

Khảo sát các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh cho thấy không có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, trình độ học vấn, có bảo hiểm y tế, mức thu nhập bình quân hay khoa điều trị với sự hài lòng của người bệnh. Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và nghề nghiệp với sự hài lòng của người bệnh với OR (95% CI) lần lượt là 1,8 (1,0-3,2) và 2,2 (1,2-4,0) và p lần lượt là 0,04 và 0,01. Điều này cũng được quan sát thấy ở một số nghiên cứu trong nước và quốc tế khác [6-8]. Ngày nay, với sự phát triển của nền kinh tế, sự cải thiện của đời sống xã hội, sự gia tăng tuổi thọ của dân số thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng, nhóm các bệnh nhân cao tuổi, đã nghỉ hưu ngày càng chiếm ưu thế trong tổng số các bệnh nhân đến khám và điều trị tại mỗi bệnh viện. Do vậy, hướng tới sự hài lòng của người bệnh, đặc biệt là sự hài lòng của nhóm bệnh nhân này là điều đặc biệt quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng năm 2018 cho thấy đa số (86,0%) bệnh nhân hài lòng với bệnh viện. Tỷ lệ bệnh nhân chắc chắn quay trở lại bệnh viện điều trị nếu có nhu cầu khám chữa bệnh trong tương lai cao (87,0%) và có liên quan với sự hài lòng của người bệnh ($p < 0,01$). Nhóm bệnh nhân ≥ 50 tuổi, đã nghỉ hưu có tỷ lệ hài lòng cao hơn ($p < 0,05$). Để phát triển bền vững, bệnh viện cần tiếp tục chú trọng, hướng tới sự hài lòng của người bệnh trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalpd O (2019)**. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ*; 97(8): 563-569.
2. **Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al (2018)**. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*; 6(11): e1196-252.
3. **Bộ Y tế (2015)**. Quyết định số 2151/QĐ-BYT ngày 04 tháng 6 năm 2015 về việc phê duyệt kế hoạch triển khai thực hiện "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh".
4. **Bệnh viện đa khoa Hồng Bàng (2018)**. Báo cáo tổng kết công tác năm 2017 và kế hoạch hoạt động năm 2018.
5. **Phạm Thị Thu Hà (2015)**. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ khám

và điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2014. Luận văn tốt nghiệp cao học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

6. **Phạm Thị Thu Hương (2014).** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2014. Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

7. **Phạm Thị Đạm Thư (2017).** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Kiến An - Hải Phòng năm 2017. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

8. **Bleich SN, Ozaltin M, Murray CJL (2009).** How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bull World Health Organ; 87: 271-278.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VÔ HẠCH TOÀN BỘ ĐẠI TRÀNG

Phạm Duy Hiền*, Trần Xuân Nam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân vô hạch toàn bộ đại tràng tại bệnh viện Nhi Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu tất cả các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán vô hạch toàn bộ đại tràng (VHTBĐT) đã làm dẫn lưu hồi tràng (DLHT) (cho kết quả sinh thiết vô hạch toàn bộ các mẫu bệnh phẩm đại tràng) từ năm 9/2018- 9/2019. Chẩn đoán dựa vào dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung của bệnh nhân, các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh tại thời điểm chuẩn bị mổ thì II. **Kết quả:** Trong nghiên cứu có 33 bệnh nhân. Bệnh VHTBĐT gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam/nữ là: 1,7/1. Tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán lúc phẫu thuật thì 1 làm DLHT và sinh thiết với biểu hiện bệnh cảnh của tắc ruột sơ sinh và viêm phúc mạc sơ sinh là chủ yếu (81,8%). Biến chứng hay gặp của DLHT là viêm loét da quanh DLHT (30,3%), lộn vòi voi (15,2%) và tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng trước phẫu thuật cao (33,3%). **Kết luận:** Bệnh VHTBĐT hiếm gặp, biểu hiện sớm là tình trạng tắc ruột sơ sinh. Kháng định bệnh qua kết quả sinh thiết vô hạch ở toàn bộ các mảnh đại tràng.

Từ khóa: bệnh vô hạch toàn bộ đại tràng, ở trẻ em

SUMMARY

CLINICAL AND PRE-CLINICAL FEATURES OF THE PATIENTS WITH TOTAL COLONIC AGANGLIONOSIS

Objective: to describe clinical and pre-clinical features of the patients with total colonic aganglionosis (TCA) at Vietnam National Children Hospital. **Methods:** Medical records of all patients with diagnosis of total colonic aganglionosis and suffered from ileostomy, all the colonic biopsy showed the results of aganglionic segment (9/2018 to 9/2019). Diagnosis base on clinical and pre-clinical sign

*Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2020

Ngày duyệt bài: 9.4.2020

of disease at the time before the second stage surgery. Study design is retrospective study. **Results:** 33 patients were identified. TCA is often seen at male patient (M/F: 1,7/1). All the patients were diagnosed by colonic biopsy (in situation of peritonitis or intestinal obstruction - 81,8%). The most complication of ileostomy is dermatitis (30,3%), prolapse (15,2%). The rate of malnutrition is still high (33,3%) pre-operatively. **Conclusion:** TCA is so rare, with the early signs of intestinal obstruction. The exact diagnosis of TCA base on colonic biopsy.

Keywords: total colonic aganglionosis, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vô hạch toàn bộ đại tràng (VHTBĐT) là một thể bệnh nặng, ít gặp trong vô hạch thần kinh đường tiêu hóa (VHTKĐTH) hay bệnh Hirschsprung. Bệnh có hình ảnh đặc trưng là toàn bộ đại tràng không có hạch thần kinh có thể kèm theo vô hạch đoạn ruột non (thường không quá 50cm hồi tràng)[1]. Theo một nghiên cứu đã báo cáo trong khoảng 500.000 trẻ sinh ra bị bệnh Hirschsprung thì có khoảng 2% đến 13% thể bệnh này[2]. Những trường hợp trẻ mắc thể bệnh này thường có tỷ lệ di chứng và tử vong cao hơn nhiều so với thể bệnh không có hạch thần kinh trên một đoạn ngắn (chỉ một phần đại tràng). Do toàn bộ đoạn đại tràng không có tế bào hạch thần kinh nên ruột mất chức năng co bóp để đẩy các chất trong lòng ruột dẫn đến phân bị ứ đọng lại ở phía trên làm đoạn hồi tràng giãn to. Nếu không được điều trị kịp thời bệnh nhân có thể tử vong do các biến chứng như tắc ruột, thủng ruột, viêm ruột nặng. Bệnh thường biểu hiện với dấu hiệu viêm phúc mạc hoặc tắc ruột sơ sinh. Mổ thì I thường làm dẫn lưu hồi tràng và mổ thì II hạ hồi tràng khi trẻ tầm khoảng 1 tuổi. Tại Việt Nam còn có ít các nghiên cứu về vấn đề này. Mục tiêu của nghiên cứu là trình bày đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân vô hạch toàn bộ đại tràng đã làm dẫn lưu hồi tràng, chuẩn bị mổ thì II hạ hồi tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: bệnh nhi được chẩn đoán VHTBĐT đã làm dẫn lưu hồi tràng chuẩn bị mổ thì II hạ hồi tràng tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ 9/2018 tới 9/2019

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca bệnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán VHTBĐT đã làm dẫn lưu hồi tràng, chuẩn bị mổ thì II hạ hồi tràng. Chẩn đoán VHTBĐT được khẳng định qua kết quả giải phẫu bệnh các mẫu đại tràng. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có kết quả sinh thiết ruột từ nơi khác chuyển tới bệnh viện Nhi Trung Ương, hồ sơ nghiên cứu không đủ thông tin cho nghiên cứu.

Xử lý số liệu bằng Excel và Spss 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2018 đã có 33 trẻ bị VHTBĐT được chờ mổ hạ hồi tràng thì II. Trong 33 bệnh nhân nghiên cứu có 21 trẻ nam (63,6%) và có 13 trẻ nữ (36,4%). Tỷ lệ Nam/Nữ: 1,7/1.

Bảng 1. Phân bố tuổi của bệnh nhân lúc phẫu thuật

Nhóm tuổi phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
12 - 18 tháng	29	87,9
> 18 tháng	4	12,1
Tổng	33	100
TB ± SD (Nhỏ nhất ÷ lớn nhất) (tháng)	14,7 ± 3,1	(12 ÷ 24)

Nhận xét: Tuổi bệnh nhân lúc phẫu thuật nhỏ nhất là 12 tháng, lớn nhất là 24 tháng và trung bình là 14,7 ± 3,1. Tỷ lệ bệnh nhân từ 12 đến 18 tháng là chủ yếu chiếm 87,9%, bệnh nhân trên 18 tháng chiếm 12,1%, không có bệnh nhân dưới 12 tháng tuổi.

Bảng 2. Chẩn đoán của bệnh nhân lúc mổ thì 1 làm DLHT

Tiền sử phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Viêm phúc mạc sơ sinh	6	18,2
Tắc ruột sơ sinh	21	63,6
Tắc ruột ngoài sơ sinh	6	18,2
Tổng	33	100

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy có 27 bệnh nhân (81,8%) được phẫu thuật làm dẫn lưu hồi tràng trong giai đoạn sơ sinh, trong đó có 6 bệnh nhân (18,2%) chẩn đoán là viêm phúc mạc sơ sinh và 21 bệnh nhân (63,6%) chẩn đoán tắc ruột sơ

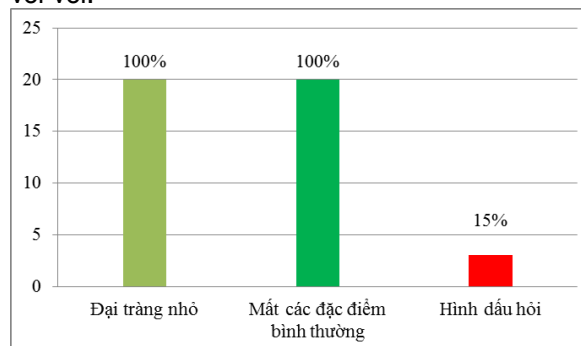
sinh. Có 6 bệnh nhân (18,2%) được mổ làm dẫn lưu hồi tràng ở ngoài giai đoạn sơ sinh.

Trọng lượng trung bình của bệnh nhân lúc phẫu thuật là 8,6 ± 1,1kg. Bệnh nhân nhẹ cân nhất là 6,5kg, bệnh nhân nặng cân nhất là 12kg.

Bảng 3. Các biến chứng dẫn lưu hồi tràng.

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Không có biến chứng	18	54,5
Lộn vòi voi	5	15,2
Viêm trợt da quanh DLHT	10	30,3
Tổng	33	100

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy trong 33 bệnh nhân nghiên cứu đã được làm dẫn lưu hồi tràng có 18 bệnh nhân (54,5%) không có biến chứng; 10 bệnh nhân (30,3%) bị viêm trợt da quanh dẫn lưu hồi tràng và 5 bệnh nhân (15,2%) bị lộn vòi voi.



Biểu đồ 1. Kết quả chụp X-quang khung đại tràng

Nhận xét: Biểu đồ 1 cho thấy kết quả X-quang của cả 20 bệnh nhân đều có hai hình thái là: toàn bộ đại tràng nhỏ và mất các đặc điểm của đại tràng bình thường, chỉ có 3 bệnh nhân (15%) là toàn bộ đại tràng có hình dấu hỏi.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là 14,7 ± 3,1 tháng, bệnh nhi nhỏ tuổi nhất là 12 tháng, lớn tuổi nhất là 24 tháng (bảng 1). Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 14,7 tháng trong khi đó báo cáo của Go Miyano (2013) ghi nhận tuổi trung bình là 14,5 (9÷26) tháng [3] và cũng chính tác giả này trong một báo cáo 4 năm sau (tháng 3 năm 2017) ông đã hạ tuổi trung bình để thực hiện phẫu thuật xuống còn 10,2 (7÷16) tháng. Tuổi là một yếu tố chỉ định mổ tuy nhiên còn phụ thuộc vào cân nặng và tình trạng của trẻ.

Kết quả trên cho thấy tuổi trung bình phẫu thuật trong nghiên cứu tuy có thấp hơn các tác giả trong nước nhưng vẫn còn cao hơn các tác giả nước ngoài với một số lý do: về mặt lý thuyết phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị bệnh lý

VHTBĐT đòi hỏi phải bơm CO₂ vào khoang phúc mạc làm tăng áp lực ổ bụng do đó có thể dẫn tới những biến loạn về hô hấp, tuần hoàn, chuyển hóa và các chức năng khác [4]. Ở trẻ em do cơ thể chưa hoàn thiện (từ hệ thần kinh, hệ cơ, hệ tuần hoàn, hệ hô hấp, thăng bằng kiềm toan, sự điều nhiệt), các chức năng chưa phát triển đầy đủ và rất nhạy cảm với tác động từ bên ngoài. Mặt khác do phải cắt bỏ toàn bộ đại tràng nên đây là một phẫu thuật phức tạp và kéo dài nên chúng tôi chủ động phẫu thuật thì 2 cho trẻ bị VHTBĐT khi trẻ được 1 tuổi. Ngoài ra lúc trẻ \geq 12 tháng tuổi thì kích thước lỗ hậu môn sẽ phù hợp hơn với việc sử dụng stapler để ghép thành trước của hồi tràng với thành sau trực tràng.

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 33 bệnh nhi trong đó có 21 trẻ nam (63,6%) và 12 trẻ nữ (36,4%). Tỷ lệ nam/nữ: 1,7/1, kết quả này cho thấy nam giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn trong nghiên cứu. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả của Wildhaber và cộng sự khi đánh giá tỷ lệ trẻ mắc bệnh VHTBĐT (trẻ trai/gái = 0,9/1)[5], nhưng phù hợp với kết quả của Hashish và các tác giả Nhật Bản kéo dài trong 30 năm cho rằng tỷ lệ mắc VHTBĐT thường gặp hơn ở trẻ trai (1,6/1 và 1,5/1)[2]. Như vậy, bệnh thường gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái và hiện nay y văn vẫn chưa giải thích chính xác được hiện tượng này.

Bảng 2 cho thấy bệnh cảnh lâm sàng của các trẻ bị VHTBĐT chủ yếu là biểu hiện của bệnh cảnh tắc ruột (81,8%) trong đó ở giai đoạn ngoài sơ sinh chiếm 18,2%. Điều này mặc dù y văn vẫn chưa lý giải được nhưng theo chúng tôi có thể do toàn bộ đại tràng bị vô hạch thần kinh mà một phần chức năng của đại tràng là hấp thu nước nên có thể phân ở đại tràng ở các trẻ bị VHTBĐT thường phân lỏng nên trẻ có thể biểu hiện tình trạng tắc ruột muộn (ngoài giai đoạn sơ sinh). Kết quả này phù hợp với tác giả Hashish cho rằng bệnh được phát hiện trong giai đoạn trẻ sơ sinh có biểu hiện tắc ruột chiếm 75% và sau giai đoạn sơ sinh chiếm 25%. Theo Tsuji nghiên cứu trên 48 bệnh nhân VHTBĐT thì tỷ lệ tắc ruột sơ sinh chiếm 85% và có 15% bệnh nhân biểu hiện bệnh từ 1 đến 6 tháng tuổi [6]. Kết quả này khác hẳn so với bệnh PĐTBS nói chung là có tới trên 90% trẻ có biểu hiện tắc ruột ngay trong giai đoạn sơ sinh trái ngược lại so với nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng bệnh VHTBĐT có thể biểu hiện ở giai đoạn muộn hơn [1].

Ngoài ra có thể gặp trong bệnh cảnh viêm phúc mạc sơ sinh do thủng ruột (18,2%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Tsuji và cộng sự cho rằng tỷ lệ trẻ biểu hiện tình trạng viêm phúc mạc do thủng ruột chiếm 13% [6].

Chúng tôi gặp một số trẻ có biểu hiện tình trạng chậm phân su kèm biểu hiện tình trạng thủng ruột trong thời gian theo dõi và được phẫu thuật viên nghĩ tới bệnh cảnh VHTBĐT khi đánh giá trong mổ với toàn bộ đại tràng kích thước nhỏ, thành dày và giảm nhu động. Các trường hợp này chúng tôi đã tiến hành sinh thiết nhiều vị trí và dẫn lưu hồi tràng (ở vị trí nghi có hạch thần kinh lạnh). Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào trẻ có tiền sử gia đình mắc bệnh PĐTBS, nhưng có 2 trẻ (6%) kèm theo dị tật khác. Theo một số nghiên cứu cho thấy có tới 15-21% trẻ bị VHTBĐT có tiền sử gia đình mắc bệnh và có tới 35% trẻ có dị tật kèm theo.

Hiện nay chúng tôi chủ trương phẫu thuật thì 2 cho trẻ bị VHTBĐT khi trẻ \geq 12 tháng tuổi nên bệnh nhân phải dẫn lưu hồi tràng qua da trong một khoảng thời gian tương đối dài. Chính vì vậy mà biến chứng của dẫn lưu hồi tràng là một thách thức thực sự đối với bệnh nhân, gia đình bệnh nhân và thầy thuốc. Trong nghiên cứu có tới 45,5% bệnh nhân có biến chứng của dẫn lưu hồi tràng trong đó viêm loét da quanh dẫn lưu hồi tràng là 30,3%, lộn vòi voi là 15,2% (bảng 3). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác trên thế giới tỷ lệ biến chứng của DLHT từ 21-70%; viêm loét da quanh dẫn lưu hồi tràng 34%; lộn vòi voi 11%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 20/33 bệnh nhân được chụp xquang đại tràng trước mổ (biểu đồ 1). Trong đó 100% bệnh nhân kết quả xquang có cả 2 đặc điểm là toàn bộ đại tràng nhỏ và mất các đặc điểm của một đại tràng bình thường kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Stranzinger là 53%[7]. Điều này được chúng tôi lý giải là do toàn bộ bệnh nhân của chúng tôi đều đã được mổ thì 1 làm dẫn lưu hồi tràng qua da nên đại tràng đã được giảm áp và không hoạt động trong một thời gian dài. Đây cũng là lý do mà chúng tôi không quan sát thấy hình ảnh chuyển tiếp giữa đoạn hồi tràng giãn và hồi tràng hẹp, trong khi Stranzinger lại quan sát thấy hình ảnh đó ở 25% bệnh nhân. Cũng tác giả này quan sát thấy có 18% bệnh nhân toàn bộ đại tràng có hình dấu hỏi [7], kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu này với tỷ lệ là 15%.

V. KẾT LUẬN

VHTBĐT là một bệnh lý hiếm gặp, bệnh thường biểu hiện ngoài lứa tuổi sơ sinh với dấu hiệu chính của bệnh cảnh tắc ruột. Khẳng định bệnh qua kết quả sinh thiết đại tràng. Phẫu thuật hạ hồi tràng thường được tiến hành khi trẻ ngoài 1 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moore S.W (2012), Total colonic aganglionosis in Hirschsprung disease, *Semin Pediatr Surg*, 21(4), 302–309.
2. Suita S, Ieiri S, Nakatsuji T, et al. (2008). Total colonic aganglionosis with or without small bowel involvement: a 30-year retrospective nationwide survey in Japan. *J Pediatr Surg*, 43(12), 2226–2230. (2008), Total colonic aganglionosis with or without small bowel involvement: a 30-year retrospective nationwide survey in Japan, *J Pediatr Surg*, 43(12), 2226–2230.
3. Ochi T, Miyano G, Lane G.J, et al. (2013), Factors affected by surgical technique when treating total colonic aganglionosis: laparoscopy-assisted versus open surgery, *Pediatr Surg Int*, 29(4), 349–352.
4. Holcomb G.W, Tobias J.D, Brock J.W, et al. (1995), Cardiorespiratory changes in children during laparoscopy, *J Pediatr Surg*, 30(1), 33–36.
5. Teitelbaum D.H, Wildhaber B.E, and Coran A.G. (2005), Total colonic Hirschsprung's disease: a 28-year experience., *J Pediatr Surg*, 40(1), 203–207.
6. Spitz L, Tsuji H, Kiely E.M, et al. (1999), Management and long-term follow-up of infants with total colonic aganglionosis, *J Pediatr Surg*, 34(1), 158–162.
7. DiPietro M.A, Stranzinger E, Teitelbaum D.H, et al. (2008), Imaging of total colonic Hirschsprung disease., *Pediatr Radiol*, 38(11), 1162–1170.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG TIÊU CHUẨN CƠ SỞ CHO LÁ CÂY ĐÌNH LĂNG (POLYSCIAS FRUTICOSA (L.) HARMS TRỒNG TẠI AN GIANG

Đỗ Văn Mãi^{1,2}, Trần Công Luận²

TÓM TẮT

Cây Đình lăng có tên khoa học là *Polyscias fruticosa* (L.) Harms, thuộc họ Nhân sâm (Araliaceae), là một cây thuốc quý được sử dụng nhiều để làm thuốc ở Việt Nam và đã được đưa vào Dược điển Việt Nam như là một vị thuốc bổ, tăng lực và sinh thích nghi. Rễ và lá Đình lăng đều được dùng làm thuốc với các công dụng khác nhau. Tuy nhiên Dược điển Việt Nam V chưa có chuyên luận lá Đình lăng, vì vậy chúng tôi tiến hành xây dựng tiêu chuẩn cơ sở dược liệu lá Đình lăng dựa trên cơ sở sử dụng các kết quả nghiên cứu và thực nghiệm, đồng thời dựa trên các quy định tại Dược điển Việt Nam V. Đây chính là cơ sở cho việc vận dụng các tiêu chuẩn đã được xây dựng để kiểm soát chất lượng dược liệu lá Đình lăng, góp phần vào công tác đánh giá chất lượng của dược liệu.

Từ khóa: Đình lăng, *Polyscias fruticosa* (L.) Harms, tiêu chuẩn cơ sở, An Giang.

SUMMARY

RESEARCH BUILDING SOME STANDARDS OF THE LEAVES POLYSCIAS FRUTICOSA (L.) HARMS CULTIVATING IN AN GIANG PROVINCE

Đình Lăng (*Polyscias fruticosa* (L.) Harms (Araliaceae) is a precious medicinal plant which is widely used in Vietnam and was recorded in Vietnamese Pharmacopoeia as a herbal drug with tonic, physical strength enhancement, and adaptogen effect. The roots and leaves of this plant are used as medicine with different functions. However, the Vietnamese Pharmacopoeia V doesn't have "Đình lăng" leaves treatises. So, We built some basic standard of

the leaves of *Polyscias fruticosa* (L.) Harms) based on results of scientific and experiment, at the same time the rules in Vietnam Pharmacopoeia V. This standards is applied to control the quality of herb from the leaves of *Polyscias fruticosa* (L.) Harms, contribute to evaluating the quality of medicinal herbs.

Keywords: *Polyscias fruticosa* (L.) Harms, standar, An Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cây Đình lăng có tên khoa học là *Polyscias fruticosa* (L.) Harms, thuộc họ Nhân sâm (Araliaceae), là một cây thuốc quý được sử dụng nhiều để làm thuốc ở Việt Nam và được sử dụng từ lâu trong y học Phương Đông với tác dụng bổ dưỡng, trị suy nhược cơ thể, chữa ho, kiết lỵ, cảm sốt, mụn nhọt, thông tiểu tiện, tiêu hóa kém, phụ nữ sau khi sanh ít sữa...[6]. Trong Đình lăng có 2 hợp chất chính và quan trọng là saponin và polyacetylen [3], [5]. Đình lăng là dược liệu đã đưa vào chuyên luận của Dược điển Việt Nam, tuy nhiên hiện nay Dược điển Việt Nam V mới có chuyên luận rễ và cao đặc rễ đình lăng mà chưa có chuyên luận riêng cho lá Đình lăng, mặc dù lá Đình lăng đã được chứng minh có thành phần hợp chất saponin triterpen với aglycon chính là acid oleanolic [5] và chiếm hàm lượng cao hơn trong các bộ phận của rễ cây [4], [7]; và lại lá Đình lăng là nguồn nguyên liệu để kiểm, rẻ tiền hơn so với rễ nên hiện nay được sử dụng khá nhiều. Vì vậy việc xây dựng tiêu chuẩn cơ sở dược liệu lá Đình lăng (*Polyscias fruticosa* (L.) Harms) dựa trên cơ sở sử dụng các kết quả nghiên cứu đánh giá, phân tích và thực nghiệm, đồng thời dựa trên các quy định tại Dược điển Việt Nam V và các văn bản pháp luật liên quan là rất cần thiết. Đây chính là cơ sở cho việc vận dụng

¹Đại học Y Dược TP HCM

²Trường Đại học Tây Đô

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Mãi

Email: dvmai@tdu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

các tiêu chuẩn đã được xây dựng để kiểm soát chất lượng dược liệu lá Đinh lăng và các dạng bào chế từ lá đinh lăng, góp phần vào công tác đánh giá chất lượng của dược liệu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nguyên liệu: Lá Đinh lăng tươi (*Polyscias fruticosa* (L.) Harms) thu hái tại huyện Tri Tôn, tỉnh An Giang tháng 11 năm 2016. Dược liệu tươi tiến hành kiểm nghiệm vi phẫu. Một phần dược liệu phơi khô và xay nhuyễn, đóng gói và lưu tại Bộ môn Dược liệu, Khoa Dược – Điều dưỡng, Trường Đại học Tây Đô để sử dụng cho nghiên cứu.

Chất đối chiếu: Acid oleanolic được cung cấp bởi Viện kiểm nghiệm thuốc Thành phố Hồ Chí Minh.

Dược liệu chuẩn: Lá Đinh lăng được Trung tâm Sâm và Dược liệu Thành phố Hồ Chí Minh cung cấp.

Dung môi hóa chất, thuốc thử: Toluene, n-hexan, Chloroform, Dichloromethan, ethyl acetat, n-butanol, methanol, ethanol, nước Javel 50%, HCl 10%, acid acetic 1%, Na₂SO₄ khan, son phen – lục iod, vanillin-sulfuric, ...

Máy móc, thiết bị: Máy siêu âm, tủ sấy, máy xay nguyên liệu, bếp đun cách thủy, cân kỹ thuật, cân phân tích, Máy sấy ẩm hồng ngoại OHAUS, máy đo quang phổ UV, kính hiển vi, bộ soxhlet ...

2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu xây dựng tiêu chuẩn cơ sở cho dược liệu lá cây Đinh lăng trồng tại An Giang theo một số tiêu chí chung trong Dược điển Việt Nam V [2].

Mô tả: Quan sát các đặc điểm hình thái của lá cây Đinh lăng đã phơi hay sấy khô và mô tả hình dáng, màu sắc, mùi vị, ...

Vi phẫu: Lá (Cuống, gân và phiến lá) được cắt bằng dao lam và nhuộm bằng phương pháp nhuộm kép [1]. Sau đó được quan sát bằng kính hiển vi ở vật kính 40X và được chụp lại hình ảnh của các cấu tử quan sát được.

Bột: Lấy bộ phận dược liệu cần khảo sát (cũng là mẫu dùng cắt vi phẫu) phơi hay sấy khô, xay bột mịn, rây qua rây cỡ 32 (rây mịn). Bột dược liệu được làm tiêu bản và quan sát ở vật kính 40X. Các cấu tử tìm thấy được chụp lại hình ảnh của các cấu tử quan sát được.

Định tính: Thành phần chính trong lá Đinh lăng là saponin [5] nên định tính hợp chất chính bằng phản ứng tạo bọt và sắc ký lớp mỏng.

A. Lấy khoảng 1g bột dược liệu, thêm 5ml nước cất, lắc mạnh trong 1 phút, sẽ thấy bọt bền trong 10 phút [2].

B. Phương pháp sắc ký lớp mỏng (ĐVN V, Phụ lục 5.4) [2]

- Điều kiện sắc ký:

+ Pha động: Chloroform – ethyl acetat (7 : 0,5)

+ Pha tĩnh: Silica gel 60F₂₅₄ (Merck)

+ Dung môi phát hiện: Vanillin-sulfuric

-Dung dịch thử: Lấy 5g bột lá Đinh lăng được chiết xuất với 25 ml dung môi methanol trong hệ thống siêu âm 10 phút (chiết 3 lần). Cô dịch chiết đến cạn, hòa với 30 ml dung dịch HCl 10% trong cồn. Thủy phân hồi lưu ở nhiệt độ sôi trong 6 giờ. Lắc dịch thủy phân với 200 ml dichloromethan (20ml x 5 lần + 10ml x 5 lần + 5ml x 10 lần). Lắc dịch dichloromethan với 500 ml nước cất (100 ml x 5 lần). Làm khan dịch dichloromethan với muối Na₂SO₄ khan. Cô dịch dichloromethan đến cạn. Hòa cạn trong 1 ml methanol được dịch chấm sắc ký.

-Dung dịch chất đối chiếu: Hòa tan acid oleanolic chuẩn trong methanol (TT) để dung dịch có nồng độ 1mg/ml.

-Dung dịch dược liệu đối chiếu: Lấy 5 g bột lá Đinh lăng (mẫu chuẩn), tiến hành chiết như mô tả ở phần dung dịch thử.

-Cách tiến hành: Chấm riêng biệt lên bản mỏng 10µl mỗi dung dịch đối chiếu và dung dịch thử. Sau khi triển khai, lấy bản mỏng ra, để khô ở nhiệt độ phòng, phun dung dịch vanillin-sulfuric, sấy bản mỏng ở 105°C cho tới khi hiện rõ vết. Quan sát bản mỏng dưới ánh sáng thường và ánh sáng tử ngoại bước sóng 365 nm.

Độ ẩm: Sử dụng phương pháp xác định mất khối lượng do làm khô bằng cách dùng tủ sấy. Tiến hành theo phụ lục 9.6 của ĐVN V. Cân khoảng 1g dược liệu, điều kiện nhiệt độ sấy ở 105°C trong 4 giờ.

Tro toàn phần: Cân khoảng 2 g dược liệu tiến hành theo phụ lục 9.8, phương pháp 2 của ĐVN V.

Chất chiết được trong dược liệu: Tiến hành theo phương pháp chiết nóng phụ lục 12.10 của ĐVN V, dùng ethanol 90 % (TT) làm dung môi.

Tất cả các chỉ tiêu thử tinh khiết nói trên đều được lấy kết quả là giá trị trung bình của 3 lần thử độc lập.

Định lượng: Theo phương pháp cân thực hiện trên 5 mẫu tiến hành song song.

Cân chính xác 10 g bột dược liệu (qua rây số 355), thêm 50 ml ether dầu hoả (30°C - 60°C) (TT), chiết bằng Soxhlet đến khi hết chất béo (khoảng 6 giờ), lấy bã bay hết hơi ether. Chiết tiếp như trên bằng 50 ml chloroform (TT) trong 3 giờ, lấy bã bay hết hơi chloroform. Chiết tiếp như trên bằng 50 ml methanol (TT) trong 6 giờ. Lấy dịch chiết methanol cất thu hồi dung môi dưới áp suất giảm được cạn, thêm 30 ml nước cất để

hoà tan căn. Lắc dung dịch này với n-butanol bão hoà nước (TT) cho đến khi lớp n-butanol không còn màu. Gộp dịch n-butanol, rửa 3 lần bằng nước cất. Lấy dịch butanol cất thu hồi n-butanol được căn. Hoà tan căn bằng 2 ml ethanol 80% (TT) rồi chuyển vào một cốc đã được xác định khối lượng trước. Bốc hơi trên cách thuỷ được căn. Sấy khô căn ở 105°C, đến khối lượng không đổi. Cân căn.

Tính hàm lượng saponin toàn phần (X%) theo công thức sau:

$$X\% = \frac{a \times 100}{m \times (100 - d)} \times 100$$

Trong đó:

a: Khối lượng căn saponin thu được (g).

d: Độ ẩm của dược liệu (%).

m: Khối lượng dược liệu đã dùng (g).



Lá tươi



Lá khô



Bột lá

Hình 1. Lá cây Đinh lăng tươi, khô và bột lá



Hình 2. Cấu tử trong bột lá Đinh lăng

Đặc điểm vi phẫu lá: Kết quả sau khi cắt vi phẫu và rửa sạch, nhuộm màu, soi lên kính hiển vi ta thấy:

➤ **Gân lá:** Lỗi ở 2 mặt. Biểu bì tế bào hình chữ nhật không đều, kích thước gần tương đương ở 2 biểu bì trên và dưới, cutin mỏng. Mô dày góc 2 – 3 lớp tế bào đa giác kích thước đều nhau. Mô mềm đạo nhiều lớp tế bào đa giác tròn hoặc gần tròn, kích thước không đều. Bó dẫn xếp hình cung với gỗ ở trên libe ở dưới. Libe xếp thành cụm nhỏ. Mạch gỗ xếp thành dãy 3 – 5 mạch xen kẽ mô mềm gỗ vách cellulose. Túi tiết có kích thước khác nhau, nhiều trong vùng mô mềm đạo.

➤ **Phiến lá:** Biểu bì tế bào hình chữ nhật, biểu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

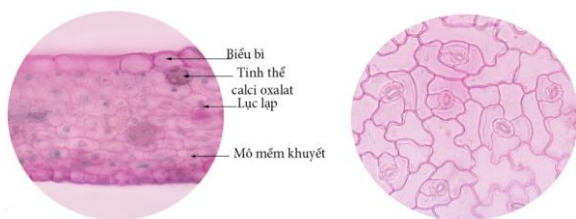
Từ phương pháp nghiên cứu trên, chúng tôi đã nghiên cứu thực hiện khảo sát và đã thu được kết quả xây dựng được một số tiêu chuẩn cho dược liệu lá Đinh lăng trồng tại An Giang được trình bày dưới đây.

Mô tả: Lá kép mọc so le, kép lông chim 2 – 3 lần; lá chét có răng cưa nhọn, đôi khi chia thùy, gốc và ngọn thuôn nhọn, mép có răng cưa không đều, không có lá kèm rõ, lá chét có màu xanh, bóng mặt dưới nhiều hơn, gốc lá và phiến lá thuôn nhọn, phiến lá chét có răng cưa không đều có mùi thơm khi vò nát, lá chét và các đoạn đều có cuống; cuống lá dài, phát triển thành bẹ to ở phần cuối. Bột lá Đinh lăng màu vàng xanh nhạt, có thể tươi khô, có mùi thơm nhẹ, có vị nhạt hơi đắng nhẹ. Kết quả rất đặc trưng cho hình thái của lá thuộc chi Polyscias.

bì trên kích thước lớn hơn biểu bì dưới, cutin mỏng, lỗ khí ở biểu bì dưới. Mô mềm khuyết 6 – 7 lớp tế bào đa giác tròn, kích thước không đều, chứa lục lạp. Bó dẫn phụ rải rác gỗ ở trên, libe ở dưới.



Hình 3. Vi phẫu lá Đinh lăng



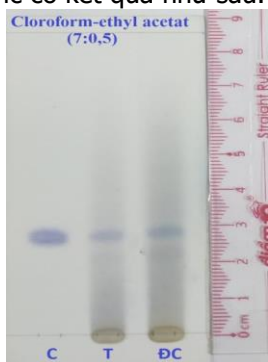
Hình 4. Vi phẫu phiến lá Đinh lăng và lỗ khí kiểu dị bào thành tế bào uôn lượn

Bột: Bột lá Đinh lăng màu vàng xanh nhạt, có thể phơi khô, có mùi thơm nhẹ, có vị nhạt hơi đắng nhẹ. Soi dưới kính hiển vi thấy có nhiều tế bào lỗ khí (1), lông che chở đơn và đa bào (2). Hạt tinh bột hình chuông nằm riêng lẻ hay hạt kép (3). Mạch vạch (4), mảnh mô mềm (5), mạch mạng (6), tinh thể calci oxalat (7), mạch xoắn (8).

Định tính

A. Phản ứng tạo bọt: Sau khi tiến hành phản ứng tạo bọt, sau 30 phút trong ống nghiệm vẫn còn cột bọt bền. Sơ bộ kết luận lá Đinh lăng có tính chất đặc trưng của saponin.

B. Định tính bằng sắc ký lớp mỏng: Sau khi tiến hành sắc ký lớp mỏng silica gel Silica gel 60F₂₅₄ với hệ dung môi khai triển chloroform – ethyl acetat (7:0,5) với thuốc thử phát hiện vanillin-sulfuric có kết quả như sau.



Hình 5. Sự hiện diện của acid oleanolic trong lá Đinh lăng

Chú thích: C: Acid oleanolic chuẩn; T: Dung dịch thử; ĐC: Dung dịch dược liệu đối chiếu

Nhận xét: Trên sắc ký đồ vết của dung dịch thử, chất đối chiếu và dung dịch dược liệu đối chiếu đều có vết màu tím sau khi phun thuốc thử vanillin-sulfuric và đều có giá trị R_f trong khoảng 0,32.

Độ ẩm, Tro toàn phần và chất chiết được trong dược liệu

Bảng 1. Kết quả thử tinh khiết của dược liệu lá Đinh lăng

Chỉ tiêu	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Trung bình
Độ ẩm (%)	8,5	7,8	8,8	8,4

Tro toàn phần (%)	4,1	4,3	4,5	4,3
Hàm lượng chất chiết được (%)	10,3	9,0	9,7	9,7

Nhận xét:- Độ ẩm trung bình của lá Đinh lăng khô là 8,4%. Vậy độ ẩm của bột lá Đinh lăng đạt tiêu chuẩn theo ĐCVN V là không quá 13,0% đối với rễ.

- Độ tro trung bình của lá là 4,3% so với với rễ quy định trong ĐCVN V là không quá 8,0%.

- Hàm lượng chất chiết được trung bình của lá là 9,7% so với rễ quy định trong ĐCVN V là không được ít hơn 2,0%.

Định lượng: Theo phương pháp cân

Bảng 2. Hàm lượng saponin toàn phần trong lá Đinh lăng

Mẫu 1	Mẫu 2	Mẫu 3	Mẫu 4	Mẫu	Trung bình
2,71%	2,73%	3,20%	2,81%	3,28%	2,95%

Nhận xét: Từ kết quả trên cho thấy hàm lượng saponin toàn phần trung bình trong lá Đinh lăng đạt 2,95%. Đối với rễ trong ĐCVN V thì chưa có quy định về saponin toàn phần.

IV. KẾT LUẬN

Mô tả: Lá kép mọc so le, kép lông chim 2 – 3 lần; lá chét có răng cưa nhọn, đôi khi chia thùy, gốc và ngọn thuôn nhọn, mép có răng cưa không đều, không có lá kèm rõ, lá chét có màu xanh, bóng mặt dưới nhiều hơn, gốc lá và phiến lá thuôn nhọn, phiến lá chét có răng cưa không đều có mùi thơm khi vò nát, lá chét và các đoạn đều có cuống; cuống lá dài, phát triển thành bẹ to ở phần cuối. Bột lá Đinh lăng màu vàng xanh nhạt, có thể phơi khô, có mùi thơm nhẹ, có vị nhạt hơi đắng nhẹ.

➤ **Gân lá:** Lõi ở 2 mặt. Biểu bì tế bào hình chữ nhật không đều, kích thước gân tương đương ở 2 biểu bì trên và dưới, cutin mỏng. Mô dày góc 2 – 3 lớp tế bào đa giác kích thước đều nhau. Mô mềm đạo nhiều lớp tế bào đa giác tròn hoặc gần tròn, kích thước không đều. Bó dẫn xếp hình cung với gỗ ở trên libe ở dưới. Libe xếp thành cụm nhỏ. Mạch gỗ xếp thành dãy 3 – 5 mạch xen kẽ mô mềm gỗ vách cellulose. Túi tiết có kích thước khác nhau, nhiều trong vùng mô mềm đạo.

➤ **Phiến lá:** Biểu bì tế bào hình chữ nhật, biểu bì trên kích thước lớn hơn biểu bì dưới, cutin mỏng, lỗ khí ở biểu bì dưới. Mô mềm khuyết 6 – 7 lớp tế bào đa giác tròn, kích thước không đều, chứa lục lạp. Bó dẫn phụ rải rác gỗ ở trên, libe ở dưới.

Bột: Bột lá Đinh lăng màu vàng xanh nhạt, có thể phơi khô, có mùi thơm nhẹ, có vị nhạt hơi đắng nhẹ. Soi dưới kính hiển vi thấy có nhiều tế

bào lỗ khí, lông che chở đơn và đa bào. Hạt tinh bột hình chuông nằm riêng lẻ hay hạt kép. Mạch vạch, mảnh mô mềm, mạch mạng, tinh thể calci oxalat, mạch xoắn.

+ Phản ứng tạo bọt: Kết quả sẽ cho bọt bền ít nhất 20 phút.

+ Sắc ký lớp mỏng: Trên sắc ký đồ của dung dịch thử có vết cùng màu sắc sau khi phun thuốc thử và giá trị R_f với vết của acid oleanolic và dung dịch dược liệu đối chiếu.

Độ ẩm: Không quá 12,0% (Phụ lục 9.6, 1 g, 105 °C, 4h).

Tro toàn phần: Không quá 5,0% (Phụ lục 9.8, phương pháp 2 của ĐĐVN V).

Chất chiết được trong dược liệu: Chất chiết được trong n-nutanol không được ít hơn 9,0% tính theo dược liệu khô kiệt.

Định lượng: Hàm lượng saponin tổng trong dược liệu lá Đinh lăng không được ít hơn 2,5% tính theo dược liệu khô.

Đây là những tiêu chuẩn cơ sở bước đầu được xây dựng dựa trên kết quả khảo sát nghiên cứu được nhằm hoàn thiện bổ sung vào chuyên

luận Đinh lăng trong ĐĐVN, góp phần vào công tác kiểm tra, đánh giá chất lượng dược liệu để phát hiện dược liệu giả mạo, kém chất lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Dược liệu** - Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh (2014), Phương pháp nghiên cứu dược liệu, tr. 2 – 5.
2. **BỘ Y TẾ (2018)**, Dược điển Việt Nam V, NXB Y Học Hà Nội, tr. 1168-1169; 1388-1389.
3. **Chaboud A., Rougny A., Proliac A., Raynaud J. and Cabalion P. (1995)**, "A new triterpenoid saponin from *Polyscias fruticosa*", Pharmazie, 50 (5), pp. 371.
4. **Nguyễn Thị Bích Thu, Nguyễn Thị Phương, Phương Thiện Thương, Nguyễn Thị Hà Ly, Phạm Văn Hải (2015)**, So sánh thành phần hóa học giữa rễ, thân, lá Đinh lăng lá xẻ", Tạp chí Dược liệu, 20(6), tr. 342-348.
5. **Võ Duy Huân., Yamamura S., Ohtani K., et al. (1998)**, "Olenane saponins from *Polyscias fruticosa*", Phytochemistry, 47(3), pp. 451- 457.
6. **Võ Văn Chi (2012)**, Từ điển cây thuốc Việt Nam, Tập 1, NXB Y học Hà Nội, tr. 937-938.
7. **Võ Xuân Minh (1991)**, "Góp phần tìm hiểu về thành phần hóa học và dạng bào chế của cây Đinh lăng", Tạp chí Dược học, 3, tr. 19 -21.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XQUANG BỆNH NHÂN CÓ RĂNG VIÊM TỬY KHÔNG HỒI PHỤC

Lê Thị Kim Oanh*, Vũ Thị Quỳnh Hà*, Hà Ngọc Chiểu*

TÓM TẮT

Mục đích: Bệnh lý tủy là bệnh lý hay gặp trong răng hàm mặt. Phát hiện bệnh lý tủy giai đoạn sớm giúp tỷ lệ điều trị tủy thành công cao hơn. Nghiên cứu nhận xét đặc điểm lâm sàng và Xquang của các bệnh nhân nhằm có biện pháp điều trị thích hợp. **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, Xquang của bệnh nhân viêm tủy không hồi phục và kết quả sau điều trị tủy. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 45 bệnh nhân đến khám tại Trung tâm Kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội từ tháng 9/2018 đến tháng 01/2019. Bệnh nhân được khám, làm các thử nghiệm tủy, chụp Xquang và làm bệnh án chi tiết. Kết quả: Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tuổi từ 18 - 58. Nam có 22 bệnh nhân chiếm 48,9%, nữ có 23 bệnh nhân chiếm 51,1%. Vị trí các tổn thương thường gặp thứ tự là: Răng cửa (52,8%), răng hàm nhỏ (20,8%), răng hàm lớn (26,4%). Độ sâu của tổn thương < 3mm chiếm 56,6%, >3mm chiếm 43,4%. Nhóm tổn thương mặt ngoài có độ sâu > 3mm chiếm

tỷ lệ 15,1% ít hơn nhóm có độ sâu > 3mm ở mặt nhai (20,8%) và mặt phối hợp (7,5%). Nhóm có độ sâu < 3mm có tỷ lệ mặt ngoài và mặt nhai xấp xỉ nhau (22,6% và 18,9%). Nguyên nhân hay gặp nhất là sâu răng (42,7%) và chấn thương răng (30,2%). 96,2% số răng sau hàn tủy có kết quả tốt và 3,8% kết quả khá, không có trường hợp nào kết quả kém. **Kết luận:** Các răng trong nghiên cứu hầu hết là răng hàm lớn với vị trí tổn thương chủ yếu là mặt ngoài và mặt nhai. Nguyên nhân gây bệnh hay gặp là sâu răng và chấn thương răng. Đa số các răng đạt kết quả tốt sau hàn tủy 1 tuần.

Từ khóa: Viêm tủy không hồi phục.

SUMMARY

REVIEWING CLINICAL FEATURES AND RADIOGRAPHIC FEATURES OF PATIENTS WHO HAD IRREVERSIBLE PULPITIS

Objective: Reviewing clinical features and radiographic features of patients who had irreversible pulpitis. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 45 patients who have undergone examination at High technology Center for dental maxillofacial care, School of Odonto - Stomatology, Hanoi Medical University from 09/2018 to 01/2019. The patients were examined, and underwent pulp tests, and were radiographed. The patients' detailed medical records were made. **Result:** Patients in our study ranged from 18 to 58 years old. There were 22

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Kim Oanh
 Email: Leoanhbs@gmail.com
 Ngày nhận bài: 3.2.2020
 Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020
 Ngày duyệt bài: 10.4.2020

men (48.9%) and 23 women (51.1%) in the study. Distribution of the injured teeth was arranged in decreasing way: incisors (52.8%), molars (26.4%), premolars (20.8%). Depth of the lesions that were less than 3mm occupied 56.6%, and more than 3mm occupied 43.4%. Labial lesions which had depth >3mm accounted for 15.1%, less than occlusal lesions (20.8%) and combinational lesions (7.5%). In the group of lesions which had depth <3mm, the percentages of labial and occlusal lesions were approximately the same (22.6% and 18.9%). The most common causes were decay (42.7%) and after that trauma (30.2%). Result of the teeth after root canal that was good occupied 96.2%, medium occupied 3.8%, and wasn't bad. **Conclusion:** Almost teeth in our study were molar and injurious sites were often labial and occlusal surfaces. The most common causes were decay and trauma. Results of teeth with root canal after one week were almost good.

Keywords: Irreversible.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nội nha đã có một bề dày lịch sử, từ những năm đầu thế kỷ XX Coolidge, Prinz, Shap và Appleton đã đặt nền móng cho việc điều trị bảo tồn răng. Hơn một thế kỷ trôi qua đã có nhiều quan điểm mới trong điều trị, nhưng yếu tố quan trọng vẫn là làm sạch, tạo hình hệ thống ống tủy [1],[2] và trám bít ống tủy theo ba chiều không gian.

Bệnh lý tủy là bệnh lý hay gặp trong răng hàm mặt và có thể ảnh hưởng rất lớn đến khả năng ăn nhai cũng như sức khỏe của người bệnh. Bệnh do nhiều nguyên nhân khác nhau, nếu không điều trị đúng và kịp thời sẽ gây hậu quả nghiêm trọng. Tủy sẽ bị hoại tử, nhiễm khuẩn và gây biến chứng vùng cuống răng [3]. Tuy nhiên nếu được chẩn đoán đúng, điều trị kịp thời và đúng phương pháp thì răng có thể ăn nhai tốt. Phát hiện bệnh lý tủy giai đoạn sớm giúp tránh được tỷ lệ biến chứng cao hơn [3],[4]. Một nguyên nhân gây thất bại nhiều nhất trong điều trị nội nha là do không xác định được chính xác mức độ bệnh, chẩn đoán không chính xác hay điều trị không đúng phương pháp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng, Xquang của bệnh nhân viêm tủy không hồi phục

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng, Xquang

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Giới	Tuổi	<25	25-45	>45	Tổng
	Nam		4(8,9%)	12(26,7%)	6(13,3%)
Nữ		6(13,3%)	11(24,4%)	6(13,3%)	23(51,1%)
Tổng		10(22,2%)	23(51,1%)	12(26,7%)	45(100%)

Nhận xét: Trong số 45 bệnh nhân đến khám và được điều trị viêm tủy không hồi phục chúng tôi

- Nhận xét kết quả sau điều trị hàn tủy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: từ tháng 9/2018 đến hết tháng 01/2019

- Địa điểm: Trung tâm Kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt - Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt.

2.2 Đối tượng nghiên cứu: Là bệnh nhân tới khám tại trung tâm được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân hợp tác, không mắc bệnh toàn thân cấp tính hoặc tâm thần. Răng có đau nhức tự nhiên, thành cơn, đau lan nền 1/2 đầu, đau nhiều về đêm. Khám lâm sàng thấy lỗ sâu lớn đang tiến triển hoặc tổn thương lớn, tổ chức cứng của răng không do sâu có hoặc không có điểm hở tủy. Răng không lung lay. Thử nghiệm lạnh kết quả dương tính hoặc khi khoan thử bệnh nhân đau.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh toàn thân cấp tính, bệnh nhân bị viêm quanh răng, răng đau là răng số 8, bệnh nhân không có điều kiện đi lại theo hẹn.

2.3 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: là 53 răng trên 45 bệnh nhân.

- Cách chọn mẫu: Sử dụng cách chọn mẫu thuận tiện.

2.4 Các biến số trong nghiên cứu

- Các thông tin về tuổi, giới

- Nguyên nhân gây tổn thương

- Răng bị tổn thương viêm tủy không hồi phục

- Vị trí tổn thương trên răng:

Nhóm I: răng có tổn thương mặt nhai, mặt xa

Nhóm II: răng có tổn thương ở mặt gần, mặt trong

- Độ sâu của tổn thương: biểu hiện tương quan với tủy, điểm hở tủy

- Chụp phim đánh giá độ sâu của tổn thương, tương quan với tủy và phát hiện các tổn thương phối hợp khác. Để hạn chế sai số, đặt một đoạn gutta có kích thước xác định vào sensor của máy chụp Xquang để xác định tỷ lệ phóng đại của phim.

2.5 Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

nhận thấy: - Số bệnh nhân nữ (chiếm 51,1%) nhiều hơn bệnh nhân nam (48,9%).

- Các bệnh nhân trong lứa tuổi từ 25 đến 45 chiếm tỷ lệ cao nhất (51,1%) trong đó số bệnh nhân nam lại nhiều hơn nữ. Tiếp đến là bệnh nhân lứa tuổi >45 tuổi chiếm 26,4% và bệnh nhân thuộc lứa tuổi thanh thiếu niên (<25 tuổi) chiếm tỷ lệ thấp nhất (22,2%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.2: Phân bố số răng theo nhóm tổn thương và vị trí răng

Nhóm	Vị trí	Răng cửa		Răng hàm nhỏ		Răng hàm lớn		Tổng
		Trên	Dưới	Trên	Dưới	Trên	Dưới	
Nhóm I		10	3	5	1	3	7	29 (54,7%)
		13		6		10		
Nhóm II		12	3	1	4	1	3	24 (45,3%)
		15		5		4		
Tổng		28(52,8%)		11(20,8%)		14(26,4%)		53(100%)

Nhận xét: Trong 53 răng viêm tủy không hồi phục được chẩn đoán và điều trị nội nha, chúng tôi nhận thấy:

- Số răng thuộc nhóm I có 29 răng, chiếm 54,7% và hay gặp ở nhóm răng hàm nhỏ hàm trên và răng hàm lớn hàm dưới.

- Số răng thuộc nhóm II có 24 răng chiếm 45,3% và hay gặp ở nhóm răng cửa, đặc biệt là răng cửa trên.

- Vị trí răng cửa thường gặp nhất, chiếm 52,8% ở cả 2 nhóm và đa số ở nhóm răng cửa trên (22/28 răng cửa, chiếm 78,6%). Vị trí răng hàm lớn chiếm tỷ lệ cao thứ hai (26,4%) trong đó hay gặp ở hàm dưới (10/14 răng, chiếm 71,4%). Vị trí răng hàm nhỏ chiếm tỷ lệ thấp nhất (20,8%) và đa số gặp ở hàm dưới (4/5 răng, chiếm 80%).

- Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.3: Phân bố số răng tổn thương theo vị trí và nguyên nhân gây bệnh

Nguyên nhân	Vị trí	Răng cửa		Răng hàm nhỏ		Răng hàm lớn		Tổng
		Trên	Dưới	Trên	Dưới	Trên	Dưới	
Sâu răng		3	0	5	4	4	9	25(47,2%)
Chấn thương		12	4	0	0	0	0	16(30,2%)
Sang chấn khớp cắn		3	2	0	0	0	0	5(9,4%)
Sau hàn răng		4	0	0	0	0	0	5(9,4%)
Tổn thương không do sâu		0	0	1	1	0	0	2(3,8%)
Tổng		20	8	6	5	4	10	53
		28(52,8%)		11(20,8%)		14(26,4%)		100%

Nhận xét: - Nguyên nhân sâu răng hay gặp nhất chiếm 47,2% và đa số ở vị trí răng hàm lớn (13/25 răng, 52%), đặc biệt ở hàm dưới (9/25, chiếm 36%).

- Nguyên nhân chấn thương chiếm tỷ lệ cao thứ hai (30,2%) và gặp 100% ở nhóm răng cửa, vị trí răng cửa trên chiếm đa số (12/16, chiếm 75%).

- Nguyên nhân sang chấn khớp cắn và nguyên nhân sau hàn răng chiếm 9,4% và gặp 100% ở răng cửa, đa số là răng cửa trên.

- Nguyên nhân tổn thương không do sâu chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,8%) và gặp 100% ở vị trí răng hàm nhỏ.

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

Bảng 3.4: Phân bố độ sâu tổn thương theo vị trí

Vị trí	Độ sâu	<=3mm		>3mm		Tổng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mặt ngoài		12	22,6	8	15,1	20	37,7
Mặt nhai		10	18,9	11	20,8	21	39,7
Phối hợp		8	15,1	4	7,5	12	22,6
Tổng		30	56,6	23	43,4	53	100

Nhận xét: Nhóm có tổn thương < 3mm (56,6%) cao hơn nhóm có tổn thương > 3mm (43,4%). Nhóm tổn thương mặt ngoài có độ sâu > 3mm chiếm tỷ lệ 15,1% ít hơn nhóm có độ sâu > 3mm ở mặt nhai (20,8%) và mặt phối hợp (7,5%). Nhóm có độ sâu < 3mm có tỷ lệ mặt ngoài và mặt nhai xấp xỉ nhau (22,6% và 18,9%).

3.2. Kết quả điều trị sau hàn tủy

Bảng 3.5: Kết quả sau điều trị hàn tủy

Kết quả Nhóm	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
Nhóm I	28(99,6%)	1(3,4%)	0(0%)	29(100%)
Nhóm II	23(95,8%)	1(4,2%)	0(0%)	24(100%)
Tổng	51(96,2%)	2(3,8%)	0(0%)	53(100%)

Nhận xét: Theo tiêu chí đánh giá kết quả lâm sàng sau hàn tủy 1 tuần chúng tôi nhận thấy đa số các răng hàn tủy đạt kết quả tốt (96,2%), chỉ có 3,8% số răng đạt kết quả điều trị khá và không có răng đạt kết quả kém, trong đó:

- *Nhóm I:* có 99,6% đạt kết quả tốt và 3,4% kết quả khá.

- *Nhóm II:* có 95,8% đạt kết quả tốt và 4,2% kết quả khá.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 45 bệnh nhân có 53 răng có triệu chứng viêm tủy không hồi phục, số lượng bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi dưới 30. Trong đó bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 58 và ít tuổi nhất là 18. Bệnh lý tập trung ở tuổi dưới 30 có lẽ do ở lứa tuổi này ngà chưa bị xơ hóa, các ống ngà còn rộng kết hợp với buồng tủy còn rộng nên khi tổn thương sâu răng thường là tiến triển và lỗ sâu không quá sâu cũng dễ bị ảnh hưởng đến tủy [5].

Sự phân chia về giới trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có sự chênh lệch giữa hai giới nam và nữ (nam chiếm 33,3%, nữ chiếm 66,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Giải thích cho vấn đề này có thể là do sự quan tâm tới sức khỏe của nữ giới nhiều hơn và nhạy cảm với đau hơn nam giới nên chăm sóc và khám răng miệng sớm hơn nam giới.

Nguyên nhân sâu răng hay gặp nhất chiếm 47,2% và đa số ở vị trí răng hàm lớn (13/25 răng, 52%), đặc biệt ở hàm dưới (9/25, chiếm 36%). Nguyên nhân chấn thương chiếm tỷ lệ cao thứ hai (30,2%) và gặp 100% ở nhóm răng cửa, vị trí răng cửa trên chiếm đa số (12/16, chiếm 75%). Nguyên nhân sang chấn khớp cắn và nguyên nhân sau hàn răng chiếm 9,4% và gặp 100% ở răng cửa, đa số là răng cửa trên. Trong nghiên cứu của chúng tôi các răng tổn thương là răng hàm lớn chiếm tỷ lệ cao. Điều này được giải thích dựa trên cấu trúc giải phẫu của răng hàm lớn và vị trí của nó. Răng hàm lớn có kích thước lớn, có nhiều hố rãnh là điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn tích tụ và phát triển hơn các răng trước. Mặt khác, răng hàm lớn nằm ở vị trí phía trong và khó vệ sinh hơn các răng phía ngoài. Đây cũng là nhân tố thuận lợi cho sự phát triển của bệnh lý tủy [4]. Hơn nữa, những răng hàm lớn

đặc biệt là răng số 6 là răng mọc sớm nhất trên cung hàm nên việc quan tâm chăm sóc vệ sinh chưa đúng cách khi tuổi mọc còn sớm. Kích thước chiều sâu của tổn thương trên nhóm răng nghiên cứu chủ yếu nằm trong khoảng từ 3-4mm. Có 2 trường hợp có kích thước tổn thương là 2,5 mm đều là tổn thương phối hợp giữa hai mặt và đều nằm trên răng hàm nhỏ.

Kết quả này chỉ ra rằng các tổn thương phổi hợp sớm ảnh hưởng đến tủy ngay từ khi kích thước lỗ sâu chưa quá lớn [3]. Có lẽ kết quả này là do răng hàm nhỏ kích thước mặt nhai sẽ nhỏ hơn so với răng hàm lớn nên sâu răng mà gây ra bệnh lý tủy có thể thường phải phối hợp hai mặt mới đủ lớn gây ra tổn thương tủy [4],[6]. Răng hàm nhỏ ở phía ngoài, dễ quan sát hơn nên nếu chỉ sâu mặt nhai thì thường sẽ được bệnh nhân đi hàn sớm hơn.

Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị như sau:

- Để có một kết quả điều trị nội nha tốt chúng tôi có một số bàn luận sau: Tủy, hình thái ống tủy, trang thiết bị, đặc biệt là khả năng chuyên môn để giúp điều trị tốt hơn cho bệnh nhân.

- Sự hợp tác của bệnh nhân trong quá trình điều trị đã giúp chúng tôi điều trị tốt cho bệnh nhân.

- Yếu tố chẩn đoán và tiên lượng rất quan trọng. Để chẩn đoán xác định ngoài triệu chứng đau là chủ yếu, cần có các hỗ trợ chẩn đoán như: Thủ nghiệm tủy, Xquang là bắt buộc ...

- Yếu tố cách ly và đường vào ống tủy: Chúng tôi luôn áp dụng đam cao su để cách ly răng điều trị. Tuy nhiên có một số trường hợp vị trí răng lệch lạc, răng đã phục hồi thân răng bằng chụp là yếu tố rất khó khăn cho đặt đam cao su.

- Yếu tố xác định điểm giới hạn cuối cùng của dụng cụ trong sửa soạn và hàn kín ống tủy. Cần phối hợp nhiều phương pháp như dựa vào Xquang, máy định vị chóp, cảm giác tay của bác sĩ.

- Yếu tố về kinh nghiệm của bác sĩ điều trị: Bác sĩ cần có kinh nghiệm và kỹ năng, được thực hành một cách thuần thục, chắc chắn.

V. KẾT LUẬN

- Về giới: tỷ lệ bệnh nhân nữ nhiều hơn nam giới.
- Về tuổi: Tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 58 trong đó gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 25-45 (51,1%).

- Về nguyên nhân gây bệnh: Hay gặp nhất là do sâu răng (42,7%) và chấn thương răng (30,2%).

- Kết quả lâm sàng sau hàn tủy: 96,2% số răng có kết quả hàn tủy tốt và 3,8% số răng có kết quả trung bình, không có kết quả kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gerald N.G., Roberta P. (2002).** Preparation for treatment - The Art of Endodontic. Pathways of the pulp, Mosby, 103-145.
2. **Gerald N.G., Thom C.D (1997).** Problems in canal cleaning and shaping - Problem Solving in Endodontic, Mosby, 69-90.
3. **Nguyễn Mạnh Hà (2010).** Sâu răng và các biến chứng. Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội, 5-18.
4. **Trịnh Thị Thái Hà (2013).** Chữa răng và Nội nha. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 11-32.
5. **Nguyễn Thị Nguyên (1992).** Các bước tiến hành nội nha lâm sàng - một số vấn đề nội nha lâm sàng. Tài liệu dịch, Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội, 5-13.
6. **Mai Đình Hưng (1998).** Làm sạch và tạo hình ống tủy - Tài liệu giảng dạy sau đại học, Trường đại học Y Hà Nội, 1-40.

XÁC ĐỊNH ĐỘ NHẠY, ĐỘ ĐẶC HIỆU CỦA SIÊU ÂM B-MODE VÀ SIÊU ÂM ĐÀN HỒI MÔ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ

Lưu Vũ Dũng*, Vũ Văn Tâm*

TÓM TẮT

Chẩn đoán được sớm và chính xác ung thư vú sẽ giúp cho việc điều trị bệnh thành công. **Mục tiêu:** Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm B-mode và siêu âm đàn hồi mô trong chẩn đoán ung thư vú tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến hành trên 62 bệnh nhân nữ được siêu âm bằng B - mode, phân loại BI-RADS 3,4,5. Sau đó được siêu âm đàn hồi mô để đánh giá khối u. Từ đó xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm B-mode và siêu âm đàn hồi mô trong chẩn đoán u vú lành tính hay ác tính. **Kết quả:** 62 bệnh nhân nữ có u vú (chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là: 47 u lành tính, 15 bệnh nhân ung thư vú). Chẩn đoán ung thư vú trên siêu âm B - mode có độ nhạy 93,3%; độ đặc hiệu 63,8%; độ chính xác 70,9%. Khi chẩn đoán ung thư vú kết hợp siêu âm B - mode và siêu âm đàn hồi mô dựa và thang điểm Tsukuba có độ nhạy 93,3%; độ đặc hiệu 70,2%; độ chính xác 75,8%. **Kết luận:** Siêu âm B-mode kết hợp với siêu âm đàn hồi mô là kỹ thuật có độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán các tổn thương vú.

Từ khóa: siêu âm B - mode, siêu âm đàn hồi, ung thư vú.

SUMMARY

DETERMINATION OF THE SENSITIVITY AND SPECIFICITY OF B-MODE ULTRASOUND AND ELASTOGRAM IN DIAGNOSIS OF BREAST CANCER

Early and accurate diagnosis of breast cancer will make the treatment successful. **Objectives:** Determination of the sensitivity and specificity of B-mode ultrasound and elastogram in breast cancer diagnosis at HaiPhong Hospital of obstetrics and gynecology. **Subjects and methods:** The study was conducted on 62 female patients with B - mode ultrasound, classification BI-RADS 3, 4, 5. Elastogram

is then used to assess the tumor. Then determining the sensitivity, specificity of B-mode ultrasound and tissue elastogram in the diagnosis of benign or malignant breast tumors. **Results:** 62 female patients with breast tumors (diagnosis confirmed by histopathology: 47 benign tumors, 15 breast cancer). Diagnosis of breast cancer on B-mode ultrasound has a sensitivity of 93.3%; specificity 63.8%; accuracy 70.9%. When diagnosing breast cancer in combination with B - mode ultrasound and elastogram based on Tsukuba score, the sensitivity was 93.3%; specificity 70.2%; and accuracy 75.8%. **Conclusion:** B-mode ultrasound combined with elastogram is a technique with high sensitivity and specificity in the diagnosis of breast lesions.

Keywords: B - mode ultrasound, elastogram, breast cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ thuộc trên 140 quốc gia và cũng là nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới. Mặc dù ung thư vú được cho là một bệnh của các nước phát triển, nhưng gần 50% trường hợp ung thư vú và 58% tử vong xảy ra ở các nước kém phát triển. Năm 2017, ước tính khoảng 252710 phụ nữ bị ung thư vú xâm lấn mới được chẩn đoán và khoảng 40610 trường hợp chết vì loại ung thư này [1].

Những năm gần đây, nhiều công trình xác nhận vai trò của siêu âm trong việc bổ sung thông tin cho chẩn đoán. Nhưng đi cùng với khả năng này thì siêu âm cũng mang lại cho các bác sĩ kết quả dương tính giả. Để giảm thiểu tỷ lệ dương tính giả do siêu âm mang lại, gần đây kỹ thuật siêu âm đàn hồi mô ở nhiều nước có nền y học tiên tiến, đã cung cấp khác nhiều thông tin đặc hiệu về tổn thương u khu trú ở tuyến vú, cho phép phân biệt u lành và u ác tính đang được đánh giá cao về hiệu quả ứng dụng trên lâm sàng. Các khối u vú ác tính có xu hướng cứng hơn các tổn thương lành tính, và siêu âm đàn hồi cũng được báo cáo góp phần cải thiện

*Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Tâm

Email: Drvuvantam@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

độ đặc hiệu cho chẩn đoán các khối u vú đặc khi siêu âm B – mode [2].

Việc nghiên cứu để đánh giá hiệu quả của siêu âm đàn hồi mô trong khảo sát tổn thương khu trú nói chung và bệnh lý tuyến vú nói riêng ở nước ta cho đến nay không nhiều. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để “Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm B-mode và siêu âm đàn hồi mô trong chẩn đoán ung thư vú tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 62 bệnh nhân nữ đến khám có khối u vú được xếp loại Birad 3,4,5 tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (i) Tất cả phụ nữ đi khám vú ở bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, phát hiện khối u bất thường ở vú được xếp loại BIRADS 3,4,5 trên siêu âm B – mode. (ii) Có đầy đủ kết quả siêu âm B - mode, siêu âm đàn hồi, mô bệnh học. (iii) Bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: (i) Tổn thương đã được chẩn đoán ung thư vú, (ii) Bệnh nhân đã có can thiệp phẫu thuật hoặc làm thẩm mỹ vùng ngực. (iii) Phụ nữ mang thai, phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 10/2018 đến tháng 6/2019 tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả tiến cứu
- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện không xác suất trong thời gian nghiên cứu từ 1/10/2018 đến hết 30/6/2019 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.3.2. Chỉ số nghiên cứu:

- + Phân độ BIRADS trên siêu âm B – mode [3]
- Birad 3: Tổn thương khả năng lành tính (theo dõi, khám lại sau 6 tháng)
- Birad 4a: Nghi ngờ ác tính thấp
- Birad 4b: Nghi ngờ ác tính trung bình
- Birad 4c: Nghi ngờ ác tính cao
- Birad 5: Khả năng ác tính cao
- + Phân loại Tsubaku: 5 điểm [4]
- Lành tính: 1,2,3

Giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán khối u vú trên siêu âm B – mode

Bảng 3.1. Giá trị chẩn đoán khối u vú trên B - mode

BIRADS trên B-mode	Mô bệnh học				p
	Ac tính		Lành tính		
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN(n)	Tỷ lệ (%)	
BIRADS 4-5	14	93,3	17	36,2	< 0,05

- Ác tính: 4,5

+ Mô bệnh học (mẫu bệnh phẩm khối u):

- Lành tính: không tìm thấy tế bào ung thư.
- Ác tính: tìm thấy tế bào ung thư.

2.4. Quy trình thực hiện:

Tất cả phụ nữ đi khám vú ở bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, phát hiện khối u bất thường ở vú được xếp loại BIRADS 3,4a/b/c,5 trên siêu âm B – mode. Sau đó bệnh nhân được siêu âm đàn hồi mô để đánh giá khối u. Kết quả chẩn đoán xác định ung thư vú dựa vào mô bệnh học mẫu bệnh phẩm khối u.

2.5. Xử lý số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS22.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

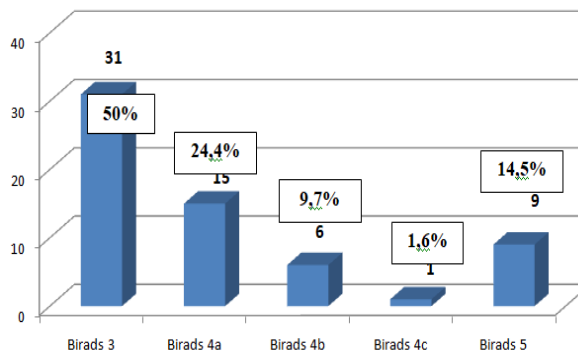
- Được sự chấp thuận của bệnh nhân khi tiến hành nghiên cứu.
- Đã được thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi: 62 khối u vú (xếp loại BIRADS 3,4,5) được mổ lấy bệnh phẩm để chẩn đoán mô bệnh học. Kết quả cho thấy: Có 15 khối u được chẩn đoán xác định là ung thư vú (24,2%) và 47 khối u chẩn đoán lành tính (75,8%).

4.1. Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm B-mode

Kết quả phân loại Birads trên siêu âm B-mode



Biểu đồ 3.1. Phân loại Birads trên siêu âm B - mode

Nhận xét: Khối u vú xếp loại BIRADS 3 trên siêu âm B – mode chiếm tỷ lệ cao nhất 48,4%, tiếp đến phân loại BIRADS 4a chiếm 25,8%; thấp nhất là BIRADS 4c có tỷ lệ 1,6%.

BIRADS 3	1	6,7	30	63,8
Tổng	15	100	47	100

Nhận xét: - Trong 15 trường hợp ung thư vú: có 14 trường hợp (93,33%) phân loại ác tính (phù hợp với BIRADS 4-5), 1 trường hợp mô bệnh học chẩn đoán ung thư (6,7%) có phân loại lành tính (BIRADS 3).

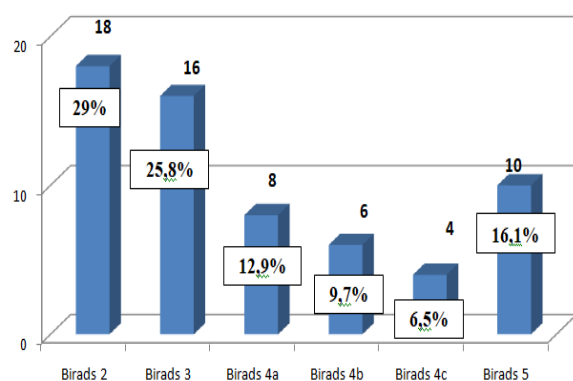
- Trong 47 trường hợp chẩn đoán u lành tính: có 30 trường hợp (63,8%) phân loại trên B - mode phù hợp lành tính (BIRADS 3), còn 17 trường hợp có phân loại ác tính (chiếm 36,2%).

- Cách phân loại này có các giá trị chẩn đoán ung thư vú như sau:

- + Độ nhạy (Se) = 93,3%.
- + Độ đặc hiệu (Sp) = 63,8%.
- + Giá trị dự báo dương tính (PPV) = 45,2%.
- + Giá trị dự báo âm tính (NPV) = 96,8%.
- + Độ chính xác (Acc) = 70,9 %.

4.2. Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm đàn hồi mô

Kết quả phân loại Birads trên siêu âm B - mode với Tsubaku



Biểu đồ 3.2. Phân loại Birads trên siêu âm B - mode với Tsubaku

Nhận xét: - Có 18 khối u vú xếp loại Birads 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 29%, tiếp đến 16 khối u vú phân loại Birads 3 chiếm 25,8%.

- 10 khối u vú xếp loại Birads 5 chiếm tỷ lệ 16,1%, thấp nhất khối u vú xếp loại Birads 4c chiếm 6,5%.

Giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán khối u vú trên siêu âm đàn hồi mô

Bảng 3.2. Giá trị chẩn đoán khối u vú trên kết hợp B - mode + đàn hồi mô

BIRADS trên B-mode + Đàn hồi mô	Mô bệnh học				P
	Ac tính		Lành tính		
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	
BIRADS 4-5	14	93,3	14	29,8	< 0,05

BIRADS 2-3	1	6,7	33	70,2
Tổng	15	100	47	100

Nhận xét: - Cách phân loại này có các giá trị chẩn đoán ung thư vú như sau:

- + Độ nhạy (Se) = 93,3%.
- + Độ đặc hiệu (Sp) = 70,2%.
- + Giá trị dự báo dương tính (PPV) = 50%.
- + Giá trị dự báo âm tính (NPV) = 97,1%.
- + Độ chính xác (Acc) = 75,8%.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán chính xác ung thư vú được xác lập dựa trên kết quả sinh thiết mô bệnh học bởi vì sinh thiết cho ta hình ảnh trực tiếp của sự biến đổi về mặt tế bào, sự đảo lộn cấu trúc và sự xâm lấn vi thể vào tổ chức xung quanh và sự xâm lấn hạch. Sinh thiết khối u cho giá trị cao nhất trong chẩn đoán mô bệnh học và là tiêu chuẩn vàng về mặt giải phẫu bệnh học của tổn thương u trong đối chiếu kết quả của các phương pháp chẩn đoán và thái độ can thiệp, điều trị các tổn thương u tuyến vú[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 62 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mô bệnh học bằng bệnh phẩm sau mổ. Kết quả mô bệnh học cho thấy: 47 tổn thương lành tính chiếm 75,8% và 15 tổn thương ác tính chiếm tỷ lệ 24,2%. Tất cả tổn thương lành tính đều có kết quả là u xơ tuyến vú. Các trường hợp ung thư vú sau khi phẫu thuật, mô bệnh học đều là ung thư biểu mô tuyến.

4.1. Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm B-mode. Trên siêu âm B-mode, các tổn thương Birads 1, 2, 3 được xếp loại tổn thương lành tính, các tổn thương Birads 4a, 4b, 4c, 5 được xếp vào nhóm tổn thương ác tính [3]. Tuy nhiên, do tổn thương Birad 3 có 2% nguy cơ ung thư vú nên trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá nhóm u vú có Birad là 3,4,5.

Từ Biểu đồ 3.1: Khối u vú xếp loại Birads 3 trên siêu âm B - mode chiếm tỷ lệ cao nhất 50% (30 bệnh nhân), tiếp đến phân loại Birads 4a chiếm 24,4% (15 bệnh nhân). Có 9 trường hợp phân loại Birads 5 chiếm 14,5%.

Theo kết quả ở Bảng 3.1:

Trong 15 trường hợp ung thư vú: có 14 tổn thương (93,3%) siêu âm phân loại Birads ác tính (Birads 4-5) phù hợp với kết quả mô bệnh học, 1 trường hợp (6,7%) có phân loại trên siêu âm B-mode là lành tính (Birads 3) nhưng kết quả mô bệnh học chẩn đoán ác tính. Sự khác biệt về kết quả là do tổn thương trên siêu âm có dạng bầu

đục, bờ đều, rất giống u sợi tuyến nên đọc trên siêu âm không phát hiện ra ung thư.

Trong 47 tổn thương lành tính: có 30 trường hợp (63,8%) phân loại trên B - mode lành tính (Birads 3) phù hợp với kết quả mô bệnh học, 17 trường hợp còn lại (36,2%) có phân loại ác tính. Nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt này là do các trường hợp u lành tính nhưng hình ảnh siêu âm tổn thương có bờ không đều, mạch máu tăng sinh nhiều, tổn thương lan tỏa làm thay đổi cấu trúc nhiều, các u do thay đổi sợi bọc tuyến vú có nhiều hình thái rất giống ác tính. Do đó, bác sĩ siêu âm xếp loại vào nhóm từ Birads 4 trở lên.

Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm B-mode

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại Bảng 3.1 cho thấy: giá trị chẩn đoán ung thư vú của siêu âm B - mode như sau: độ nhạy (Se) 93,3%, độ đặc hiệu (Sp) 63,8%, giá trị dự báo dương tính (PPV) 45,2%, dự báo âm tính NPV = 96,8%, độ chính xác (Acc) 70,9%.

Theo nghiên cứu Đỗ Doãn Thuận (2008), giá trị siêu âm B - mode trong chẩn đoán ung thư vú với độ nhạy 99,1%, độ đặc hiệu 85,5%, và độ chính xác 93,8%[6]. Theo tác giả Tongjai Yampaka (2020) nghiên cứu tại Thái Lan cho giá trị siêu âm B-mode trong chẩn đoán ung thư vú có độ nhạy 92,11%, độ đặc hiệu 86,92% và độ chính xác là 90,92% [7].

Chúng tôi nhận thấy rằng, trong nghiên cứu của mình, độ chính xác trong chẩn đoán ung thư vú có thấp hơn các tác giả khác. Như vậy, bên cạnh việc vận dụng các tiêu chuẩn phân loại Birads siêu âm trong chẩn đoán bệnh lý vú, đặc biệt trong những trường hợp còn nghi ngờ, nên phối hợp cùng các kỹ thuật khác như siêu âm đàn hồi mô, phối hợp sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm để tránh bỏ sót tổn thương.

4.2. Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm đàn hồi mô

Giá trị chẩn đoán u vú khi kết hợp thang điểm đàn hồi Tsukuba và siêu âm B-mode

Khi phối hợp siêu âm B- mode và siêu âm đàn hồi nén, dựa vào thang điểm Tsukuba, các tổn thương đánh giá Birads trên siêu âm B - mode mà trên siêu âm đàn hồi có xu hướng cứng (Tsukuba 4 hoặc 5 điểm) thì tăng lên 1 bậc Birads. Ngược lại các tổn thương đánh giá Birads trên siêu âm B - mode mà trên siêu âm đàn hồi có xu hướng mềm (Tsukuba 1 hoặc 2 điểm) thì sẽ giảm 1 bậc Birads. Còn lại các tổn thương có thang điểm đàn hồi Tsukuba là 3 sẽ giữ nguyên bậc Birads đã được đánh giá trên siêu âm B - mode [4,8].

Số liệu Biểu đồ 3.1 và Biểu đồ 3.2 cho thấy: phân loại Birads có sự thay đổi đáng kể khi kết hợp siêu âm B- mode và siêu âm đàn hồi mô dựa vào thang điểm Tsukuba.

Ở Biểu đồ 3.1, trên siêu âm B - mode không có tổn thương nào phân loại Birads 2.

Kết quả Biểu đồ 3.2 cho thấy: khi kết hợp với đánh giá thang điểm Tsukuba, có 18 khối u vú xếp loại Birads 2 chiếm tỷ lệ cao nhất là 29%, tiếp đến 16 khối u vú phân loại Birads 3 chiếm 25,8%. Có 8 khối u vú xếp loại Birads 4a (12,8%), 6 khối u xếp loại Birads 4b(9,7%), 4 khối u xếp loại Birads 4c (6,5%), và 10 khối u vú xếp loại Birads 5 (16,1%).

Từ Bảng 3.2, khi đối chiếu với kết quả mô bệnh học, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị chẩn đoán ung thư vú của siêu âm B - mode kết hợp với siêu âm đàn hồi dựa vào thang điểm Tsukuba như sau: độ nhạy (Se) 93,3%, độ đặc hiệu (Sp) 70,2 %, giá trị dự báo dương tính (PPV) 50%, dự báo âm tính NPV = 97,1%, độ chính xác (Acc) 75,8%.

Như vậy, siêu âm đàn hồi mô là kỹ thuật có giá trị cao trong chẩn đoán phân biệt tổn thương lành và ác tính ở vú, giúp chẩn đoán các tổn thương Birads 3 và 4a tốt hơn, làm tăng hoặc giảm bậc Birads trên siêu âm B - mode. Qua đó, bệnh nhân sẽ tránh được những sinh thiết không cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán ung thư vú trên siêu âm B - mode có độ nhạy 93,3%, độ đặc hiệu 63,8%, độ chính xác 70,9%. Khi chẩn đoán ung thư vú kết hợp siêu âm B - mode và siêu âm đàn hồi mô dựa vào thang điểm Tsukuba có độ nhạy 93,3%, độ đặc hiệu 70,2%, độ chính xác 75,8%.

KHUYẾN NGHỊ

Siêu âm đàn hồi mô là kỹ thuật có độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán các tổn thương vú, rất hữu ích trong việc phân biệt tổn thương ác tính và lành tính của tuyến vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- American Cancer Society** (2017), "Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018".
- Chang JM, Moon WK, Cho N, et al.** (2011), "Clinical application of shear wave elastography (SWE) in the diagnosis of benign and malignant breast diseases. Breast cancer research and treatment", 129, pp. 89-97.
- American College of Radiology, D'Orsi Carl J** (2013), *ACR BI-RADS Atlas: Breast Imaging Reporting and Data System; Mammography, Ultrasound, Magnetic Resonance Imaging, Follow-up and Outcome Monitoring, Data Dictionary*, ACR, American College of Radiology.

4. Fujioka T, Mori M, Kubota K, Kikuchi Y, et al. (2019), "Simultaneous comparison between strain and shear wave elastography of breast masses for the differentiation of benign and malignant lesions by qualitative and quantitative assessments", *Breast Cancer*, 26(6):792-798.
5. Tạ Văn Tở (2004), Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú, Luận án tiến sĩ y học, Hà Nội.
6. Đỗ Đoãn Thuận (2008), Nghiên cứu giá trị của chụp Xquang và siêu âm trong chẩn đoán ung thư vú.
7. Tongjai Yampaka, Prabhas Chongstitvatana (2020), "Combination of B-mode and color Doppler mode using mutual information including canonical correlation analysis for breast cancer diagnosis", *Med Ultrason*, Vol. 22, no. 1, pp. 49-57.
8. Itoh Ako, Ueno Ei, Tohno Eriko, et al. (2006), "Breast disease: clinical application of US elastography for diagnosis", *Radiology*, 239(2), pp. 341-350.

NHẬN XÉT GIÁ TRỊ CA125 VÀ HE4 TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT

Phạm Thị Diệu Hà¹, Nguyễn Văn Tuyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Khảo sát độ nhạy của chất chỉ điểm u CA125, HE4 và ROMA test trong chẩn đoán UTBT tái phát (2) Đánh giá nồng độ CA125, HE4, ROMA test qua các đợt điều trị phẫu thuật, hóa chất. **Đối tượng nghiên cứu:** 40 BN UTBMBT tái phát. **Kết quả:** (1) Độ nhạy CA125: 85%; HE4: 75%; ROMA test: 85%. (2) Nhóm BN có đáp ứng điều trị: [CA125] trước PT: 243,05 ± 227,52 U/ml; sau PT: 75,6 ± 89,9; sau HC: 16,21 ± 12,3 U/ml; [HE4] trước PT: 129,5 ± 113,5 pmol/l; sau PT: 46,64 ± 28,35, sau HC: 34,32 ± 3,8 pmol/l; ROMA test trước PT: 56,85 ± 27,9%; sau PT: 23,52 ± 18,2%; sau HC: 6,8 ± 4,4 %. (3) Nhóm BN không đáp ứng điều trị: [CA125] trước PT: 1137,4 ± 1704,2 U/ml; sau PT: 357,24 ± 550,34 U/ml; sau HC: 207,87 ± 398,86 U/ml; ra viện: 2100,78 ± 2200,86 U/ml. [HE4] trước PT: 452,8 ± 501,5 pmol/l; sau PT: 244,95 ± 276,61 pmol/l; sau HC: 241,67 ± 445,49 pmol/l; ra viện: 602,17 ± 604,1 pmol/l. ROMA test trước PT: 71,5 ± 32,7%; sau PT: 69,3 ± 20,7%; sau HC: 47,25 ± 35,73%; ra viện: 96,25 ± 2,69%. (4) CA125, HE4, ROMA test có giá trị theo dõi điều trị cho UTBMBT, đặc biệt là UTBMBT thanh dịch.

Từ khóa: UTBT, CA125, HE4 và test Roma.

SUMMARY

REVIEW OF CA125 AND HE4 VALUES IN RECURRENT OVARIAN CARCINOMA

Objectives: (1) Survey the sensitivity of tumor marker CA125, HE4 and ROMA test in the diagnosis of recurrent ovarian cancer (2) Assess the concentration of CA125, HE4, ROMA test through surgical treatment, chemistry. **Study subjects:** 40 patients with recurrent ovarian cancer. **Results:** (1) Sensitivity CA125: 85%; HE4: 75%; ROMA test: 85%. (2) Group of patients who respond to treatment: [CA125] before S: 243.05 ± 227.52 U/ml; after S: 75.6 ± 89.9; after

C: 16.21 ± 12.3 U/ml; [HE4] before S: 129.5 ± 113.5 pmol/l; after S: 46.64 ± 28.35, after C: 34.32 ± 3.8 pmol/l; ROMA test before PT: 56.85 ± 27.9%; after PT: 23.52 ± 18.2%; after HC: 6.8 ± 4.4%. (3) Group of patients who do not respond to treatment: [CA125] before S: 1137.4 ± 1704.2 U/ml; after S: 357.24 ± 550.34 U/ml; after C: 207.87 ± 398.86 U/ml; Hospital discharge: 2100.78 ± 2200.86 U/ml. [HE4] before S: 452.8 ± 501.5 pmol/l; after S: 244.95 ± 276.61 pmol/l; after C: 241.67 ± 445.49 pmol/l; Hospital discharge: 602.17 ± 604.1 pmol/l. ROMA test before S: 71.5 ± 32.7%; after S: 69.3 ± 20.7%; after C: 47.25 ± 35.73%; Hospital discharge: 96.25 ± 2.69%. CA125, HE4, ROMA test have good monitoring value for epithelial carcinoma.

Keywords: ovarian cancer, CA125, HE4 and Roma test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư phụ khoa gây tử vong hàng đầu. Chẩn đoán và điều trị UTBT có nhiều tiến bộ, nhưng kết quả chỉ đạt 30% BN UTBT sống thêm 5 năm sau điều trị. Phát hiện sớm UTBT tái phát sẽ giúp BN được điều trị sớm, theo dõi và tiên lượng tốt hơn. CA125 đã được sử dụng trong theo dõi điều trị khối u buồng trứng. Năm 2009, HE4 (human epididymal protein 4) - một chất chỉ điểm u mới được áp dụng trong theo dõi điều trị UTBT và đã được chấp thuận ở châu Âu, các nước châu Á Thái Bình Dương, châu Mỹ La tinh. HE4 cũng đã được sử dụng ở Mỹ và được FDA chứng nhận [2]. Xét nghiệm đồng thời CA125 và HE4, gọi là xét nghiệm ROMA (Rist of ovarian malignancy algorithm) là thuật toán đánh giá nguy cơ ác tính của u buồng trứng. Xét nghiệm này cho hiệu quả cao trong chẩn đoán, theo dõi điều trị UTBT. Xét nghiệm CA125, HE4 và test ROMA đã được áp dụng tại bệnh viện K trong chẩn đoán và theo dõi UTBT tái phát. Bởi vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: (1) Khảo sát độ nhạy của chất chỉ điểm u CA125,

¹Bệnh viện K.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Diệu Hà

Email: sonha2005@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

HE4 và ROMA test trong chẩn đoán UTBT tái phát (2) Đánh giá nồng độ CA125, HE4, ROMA test qua các đợt điều trị phẫu thuật, hóa chất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

BN được chẩn đoán xác định UTBT nguyên phát, đã điều trị phẫu thuật và hóa trị tại bệnh viện K; BN có kết quả GPB xác định là UTBT; BN có xét nghiệm HE4, CA125 trước mổ, sau mổ, sau từng đợt điều trị hóa chất; BN tự nguyện tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. BN là UTBT thứ phát; BN đã phẫu thuật lấy u buồng trứng ở bệnh viện khác; BN tiền sử có bệnh ung thư khác; BN bị suy thận giai đoạn cuối hoặc trải qua cấy ghép cơ quan; BN không có xét nghiệm HE4, CA125 trước mổ, sau mổ, sau điều trị hóa chất, trong theo dõi khám định kỳ; BN không đồng ý hợp tác nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu từ tháng 1 năm 2014 đến 1/ 2019

2.2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu

▪ Tuổi, tình trạng kinh nguyệt; Các chỉ số CA125, HE4, test ROMA huyết thanh

*CA125 dương tính: [CA125] > 35U/ml; âm tính: [CA125]< 35 U/ml

*Với phụ nữ còn kinh nguyệt, HE4 (+): [HE4] > 70pmol/l và (-): [HE4] ≤ 70pmol/l. Với phụ nữ mãn kinh, HE4 (+): [HE4] > 140 pmol/l và (-): [HE4] ≤ 140pmol/l [3].

*Test ROMA, một thuật toán hồi quy, kết hợp [CA125] và [HE4] [3].

▪ Độ nhạy; độ đặc hiệu; phân loại mô bệnh học TCYTTG 2003; phân loại giai đoạn bệnh FIGO 2002 [4];

▪ Phân loại theo đáp ứng với điều trị: đáp ứng hoàn toàn với điều trị: lâm sàng không còn u, chẩn đoán hình ảnh không có tổn thương, [CA125], [HE4] (-); Không đáp ứng điều trị: Lâm sàng u tái phát; chẩn đoán hình ảnh có u tái phát hay thể tích của u không thay đổi hoặc giảm không đáng kể; [CA125], [HE4]

▪ Đạo đức nghiên cứu: BN tự nguyện tham gia NC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Độ nhạy của CA125, HE4, ROMA test

Bảng 1. Độ nhạy của CA125, HE4, ROMA test

		GPB dương tính	GPB âm tính	Tổng	Độ nhạy
CA125	> 35 U/ml	34	0	40	85%
	≤ 35 U/ml	6	0		
HE4	> 140 pM	30	0	40	75%
	≤ 140 pM	10	0		
ROMA test	R ≥ 25,3%	34	0		85%
	R <25,3%	6	0		
Tổng		40	0	40	

Nhận xét: Độ nhạy của CA125 cao hơn

3.2. Nhóm có đáp ứng điều trị: n = 13

Bảng 2. Nồng độ chất chỉ điểm u huyết thanh trong UTBT

	Trước mổ	Sau mổ	Sau 3 HC	Sau 6 HC
CA125	243,05 ± 227,52	75,61 ± 89,9	41,85 ± 56,02	16,21 ± 12,3
HE4	129,5 ± 113,5	46,64 ± 28,35	40,57 ± 9,45	34,32 ± 3,8
ROMA test	56,85 ± 27,9	23,52 ± 18,2	17,92 ± 14,3	6,8 ± 4,4
CDHA	100% (+)	100 (-)	100%(-)	100%(-)

NX: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [CA125], [HE4], ROMA

3.3. Nhóm không đáp ứng điều trị: n = 27

Bảng 3. Nồng độ chất chỉ điểm u huyết thanh trong UTBT

	CA125	HE4	ROMA test	CDHA
Trước PT	1137,4 ± 1704,1	452,8 ± 501,5	71,5 ± 32,7	100 (+)
Sau PT	387,2 ± 550,3	244,9 ± 279,6	69,6 ± 20,7	30 (+)
Sau 3 đợt HC	138,3 ± 274,4	250,4 ± 471,5	48,8 ± 34,2	30 (+)
Sau 6 đợt HC	207,9 ± 398,9	241,7 ± 445,5	47,3 ± 35,7	70 (+)
Sau đổi HC	893,4 ± 1448,1	202,7 ± 155,5	70,7 ± 30,7	100 (+)
Tiến triển, xin về	2100,8 ± 2200,9	602,2 ± 604,1	96,3 ± 2,7	100 (+)

Nhận xét: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [CA125], [HE4], ROMA

3.4. So sánh hai nhóm đáp ứng và không đáp ứng**Bảng 4. So sánh hai nhóm đáp ứng và không đáp ứng**

Nồng độ	CA125 U/ml	HE4 pmol/l	ROMA test %
Đáp ứng	243,05±227,52	129,5±113,5	56,85±27,9
Không đáp ứng	1137,4±1704,1	452,8±501,5	71,5±32,7

Nhận xét: Nồng độ các chất chỉ điểm u CA125, HE4, ROMA test tại thời điểm tái phát của hai nhóm là khác biệt, có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Phân tích các yếu tố trong nhóm không đáp ứng

Số BN		Số lượng	Tỷ lệ
Giai đoạn	III	27	100%
	IV	0	0%
Thể GBP	Car thanh dịch	24	88,9%
	Car nhầy	3	11,1%
V u tồn dư	> 2cm	27	100%
Tổng		27	100%

Nhận xét: Nhóm không đáp ứng với điều trị, toàn vào giai đoạn muộn, thể giải phẫu bệnh xấu và phẫu thuật không lấy được hết, nên đáp ứng điều trị hỗ trợ cũng kém

IV. BÀN LUẬN

4.1. Độ nhạy của CA125, HE4, ROMA test. Trong nghiên cứu của chúng tôi, n = 40 BN UTBT tái phát, CA125 dao động từ 29,29 U/ml đến > 5000U/ml. Trong đó có 34/40 (85%) BN có [CA125] tăng, >35U/ml, toàn là nhóm carcinom tuyến nang nhú 91,9% (Có 37BN carcinom tuyến thanh dịch thì có 3 BN không tăng CA125); 0% carcinom tuyến nang nhầy (3BN carcinom tuyến nhầy thì 0BN tăng CA125). Nghiên cứu này, độ nhạy CA125 = 34/40 = 85%. HE4 dao động từ 39,85 pmol/l đến 1500 pmol/l. Trong đó có 30/40 (75%) bệnh nhân có [HE4] tăng, > 140pmol/l, toàn là nhóm carcinom tuyến nang nhú % (Có 37 BN carcinom tuyến nang nhú thì có 7 BN không tăng HE4), 0% carcinom tuyến nang nhầy (có 3 BN carcinom tuyến nhầy thì 0BN tăng HE4). Nghiên cứu này độ nhạy HE4 = 30/40= 75%. ROMA test dao động từ 15,8% đến 99,3%, trong đó có 34/40 BN có ROMA test ở mức ác tính, toàn là nhóm carcinom thanh dịch (có 37BN thì 34 BN tăng); nhóm carcinom nhầy không tăng.

Chưa có nghiên cứu nào ở Việt nam về chất chỉ điểm trong UTBT tái phát để chúng tôi so sánh. Nhưng thực tế lâm sàng, chất chỉ điểm u tăng rất sớm, trước khi các phương tiện chẩn đoán hình ảnh phát hiện ra, có bằng chứng để chẩn đoán và quyết định điều trị. Khi các chất chỉ điểm u không tăng cũng chưa có ý nghĩa là không phải tái phát. Điều này còn phụ thuộc tính chất giải phẫu bệnh của khối u, phụ thuộc giai đoạn bệnh và còn phụ thuộc mỗi bệnh nhân.

4.2. Nồng độ chất chỉ điểm u CA125, HE4, ROMA test trong điều trị tái phát.

[CA125], [HE4] và ROMA test của mỗi BN phụ thuộc vào khả năng đáp ứng với điều trị, nên đối tượng nghiên cứu được chia 2 nhóm, nhóm BN đáp ứng với điều trị và nhóm BN không đáp ứng với điều trị. Trong nghiên cứu có 32,5% BN ở nhóm đáp ứng điều trị (n=13) và 67,5% BN ở nhóm không đáp ứng điều trị (n=27).

Nhóm bệnh nhân có đáp ứng điều trị: nồng độ CA125, HE4 phản ánh rõ với sự đáp ứng điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. So sánh với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, nồng độ các chất chỉ điểm u giảm dần tương xứng với chẩn đoán không thấy u trên chẩn đoán hình ảnh và đánh giá lâm sàng. Bệnh nhân sau đợt điều trị, [CA125], [HE4] hoàn toàn về ngưỡng bình thường. Sau mỗi đợt điều trị, CA125, HE4 đều giảm và phản ánh rõ chất lượng điều trị cũng như khả năng đáp ứng tốt với điều trị, phù hợp với lâm sàng và phản ánh của chẩn đoán hình ảnh.

Nhóm bệnh nhân không đáp ứng điều trị CA125 trước mổ là 1137,4 ± 1704,1, sau phẫu thuật là 387,2 ± 550,3; sau hóa chất là 138,3 ± 274,4, khi tiến triển xin về là 2100,8 ± 2200,9. Nồng độ HE4 huyết thanh trước mổ là 452,8 ± 501,5, sau phẫu thuật là 244,9 ± 279,6, sau hóa chất là 250,4 ± 471,5, khi tiến triển xin về là 602,2 ± 604,1. Nhìn vào kết quả phản ánh rõ khả năng đáp ứng với điều trị của nhóm bệnh nhân này. Sau khi phẫu thuật giảm tổng thể tích khối u, khối u trong bệnh nhân giảm xuống thấp, nồng độ CA125 và HE4 giảm đáng kể, có ý nghĩa thống kê. Điều trị tiếp theo là hóa chất, nồng độ không thay đổi, thậm chí nồng độ CA125 còn tăng lên sau điều trị phẫu thuật, phù hợp với lâm sàng u tiến triển và chẩn đoán hình ảnh tăng nhiều u, chứng tỏ khả năng không đáp ứng với hóa chất. Tuy nhiên CA125 có độ nhạy cao hơn HE4 mặc dù trong chẩn đoán sớm thì HE4 có độ đặc hiệu hơn. ROMA không áp dụng được ở những bệnh nhân có nồng độ các chất chỉ điểm u trong huyết thanh âm tính. Test ROMA đã được công nhận và sử dụng ở nhiều nước trên thế giới và vẫn đang được tiếp tục nghiên cứu thêm.

V. KẾT LUẬN

1- Trong chẩn đoán UTBT tái phát, độ nhạy CA125: 85%; HE4: 75%; ROMA test: 85%, độ nhạy cao, sớm định hướng chẩn đoán tái phát để có thái độ điều trị

2- Trong các đợt điều trị UTBT tái phát, nồng độ CA125, HE4, ROMA test thay đổi phù hợp lâm sàng, đánh giá được khả năng có đáp ứng hay không đáp ứng với điều trị

- Nhóm đáp ứng điều trị: Nồng độ CA125, HE4 huyết thanh và test ROMA có giảm dần so với điều trị, sau phẫu thuật, sau hóa chất 3 đợt, sau khi ra viện.

- Nhóm không đáp ứng điều trị: Nồng độ CA125, HE4 huyết thanh và test ROMA có giảm dần sau phẫu thuật, sau hóa chất 3 đợt nhưng không về mức bình thường và tăng khi kháng điều trị, tăng bằng mức ban đầu khi bệnh nhân tiến triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bristow RE, Armstrong DK (2010)** Ovarian cancer. Saunders/Elsevier, Philadelphia
2. **Principles and Practice of Gynecologic Oncology.** Lippincott Williams & Wilkins.

3. **Kalapotharakos G, Ascitto C, Henic E, Casslén B, Borgfeldt C (2012)** High preoperative blood levels of HE4 predicts poor prognosis in patients with ovarian cancer. *Journal of Ovarian Research* 5:20
4. **Bakrani M, Poor K, Mehrzad V, Razmi N (2017)** Comparison of the Serum Level of Cancer Antigen 125 and Human Epididymis Protein 4 in Ovarian Cancer Patients and Healthy Groups in Isfahan City. *Advanced Biomedical Research* 6:124
5. **Sandri MT, Bottari F, Franchi D, Boveri S, Candiani M, Ronzoni S, Peiretti M, Radice D, Passerini R, Sideri M (2013)** Comparison of HE4, CA125 and ROMA algorithm in women with a pelvic mass: Correlation with pathological outcome. *Gynecologic Oncology* 128:233–238
6. **Van Gorp T, Cadron I, Despierre E, Daemen A, Leunen K, Amant F, Timmerman D, De Moor B, Vergote I (2011)** HE4 and CA125 as a diagnostic test in ovarian cancer: prospective validation of the Risk of Ovarian Malignancy Algorithm. *British Journal of Cancer* 104:863–870
7. **Xu Y, Zhong R, He J, et al (2016)** Modification of cut-off values for HE4, CA125 and the ROMA algorithm for early-stage epithelial ovarian cancer detection: Results from 1021 cases in South China. *Clinical Biochemistry* 49:32–40
8. **Phạm Thị Diệu Hà NVT (2013)** NHẬN XÉT GIÁ TRỊ HE4 VÀ TEST ROMA TRONG CHẨN ĐOÁN UTBT. *TCNCYH* 82(2) 2013:8

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ NĂM 2019

Nguyễn Thị Ngọc Diệp¹, Hoàng Đức Hạ², Nguyễn Ngọc Sáng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Viêm phổi cộng đồng là bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ, có thể dẫn đến biến chứng nguy hiểm nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời và phù hợp. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi mắc phải ở cộng đồng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí từ 1/1/2019 đến hết 30/10/2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 155 bệnh nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng các mức độ được khám và điều trị tại Khoa Nhi Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí trong thời gian từ 1/1/2019 đến 30/10/2019. **Kết quả và Kết luận:** dấu hiệu lâm sàng thường gặp bao gồm ho (chiếm 97,4%), sốt (chiếm 76,8%), khô khè

(chiếm 74,8%). Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là có ran ở phổi (chiếm 95,5%), thở nhanh (chiếm 21,3%), rút lõm lồng ngực (chiếm 12,3%). Dấu hiệu trên cận lâm sàng thường gặp là bạch cầu máu ngoại vi tăng (chiếm 39,7%), CRP tăng (chiếm 66%), các nốt mờ phế nang rải rác phổi hai bên trên phim chụp X-quang phổi (chiếm 50,7%).

Từ khóa: viêm phổi cộng đồng, trẻ em, ho, sốt, khô khè.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CLINICAL AND SUBCLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN AT UONGBI VIETNAM - SWEDEN HOSPITAL IN 2019

Objective: Community-acquired pneumonia is a common disease in children that can lead to dangerous complications if not timely and appropriately diagnosed and treated. The aim of this study was to describe the clinical and subclinical epidemiological characteristics of community-acquired pneumonia in children aged 2 months to 5 years at Uong Bi Vietnam-Sweden Hospital from January 1st to October 30, 2019. **Subjects and methods:** a cross-

¹BV Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí Quảng Ninh;

²Trường Đại học Y dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Diệp

Email: ngocdiepbacsi@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

sectional descriptive study was implemented on 155 pediatric patients from 2 months to 5 years of age who were diagnosed with community-acquired pneumonia treated at Pediatric Department of Uongbi Vietnam-Sweden Hospital from January 1, 2019 to October 30, 2019. **Results and Conclusions:** The common clinical symptoms included cough (accounting for 97.4%), fever (accounting for 76.8%), wheezing (accounting for 74.8%). The most common clinical signs included lung rales (95.5%), tachypnea (21.3%), chest retractions (12.3%). The common subclinical signs were elevation of peripheral blood leukocytes (39.7%), increased CRP (66%), alveolar nodules scattered lungs on both sides of the chest X-ray film (accounting for 50.7%).

Keywords: Community pneumonia, children, cough, fever, wheezing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh viêm các phế quản nhỏ, phế nang và các tổ chức xung quanh phế nang rải rác 2 phổi, làm rối loạn trao đổi khí, tắc nghẽn đường thở dẫn đến suy hô hấp và tử vong. Ở trẻ em, nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính đứng hàng đầu trong các bệnh nhiễm khuẩn cấp và là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỉ lệ tử vong do viêm phổi trong năm 2015 chiếm 15% trong số các nguyên nhân gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi trên toàn thế giới. Tại Bắc Mỹ hàng năm tỷ lệ mắc viêm phổi là 35 - 45 trường hợp/1.000 trẻ/năm ở trẻ dưới 5 tuổi. Ở Việt Nam, số trẻ viêm phế quản phổi chiếm 30 - 34% các trường hợp khám và điều trị tại các bệnh viện. Tỉ lệ tử vong do viêm phổi tại Việt Nam đứng hàng đầu trong các bệnh hô hấp (75%), chiếm 30 - 35% tổng số tử vong chung ở trẻ em [3]. Nguyên nhân chủ yếu của viêm phổi là vi khuẩn và virus, tình hình sử dụng kháng sinh rộng rãi và không đúng đã dẫn đến tình trạng kháng thuốc kháng sinh ngày một tăng cao

làm nhanh chóng xuất hiện nhiều vi khuẩn kháng thuốc, mức độ và tốc độ kháng thuốc đang ở mức báo động. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi mắc phải ở cộng đồng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí từ 1/1/2019 đến hết 30/10/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 155 bệnh nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng các mức độ do vi khuẩn, khám và điều trị tại Khoa Nhi Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí trong thời gian từ 1/1/2019 đến 30/10/2019. Lựa chọn các bệnh nhi tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi, được chẩn đoán là viêm phổi từ cộng đồng. Loại trừ bệnh nhi bị viêm phổi thứ phát sau: dị vật đường thở, đuối nước, sặc dầu, viêm phổi do virus, lao phổi, nấm, kí sinh trùng, và trẻ điều trị nội trú tại các khoa khác trong bệnh viện hoặc tuyến trước ≥ 48 giờ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả tiên cứu một loạt ca bệnh, chọn mẫu thuận tiện không xác suất, tất cả đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn như trên. Các biến số được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 155 bệnh nhi, với tỷ lệ nam/nữ là 1,18/1, độ tuổi chủ yếu là 2 đến 12 tháng (chiếm 54,2%), gặp nhiều vào mùa đông hơn các mùa khác trong năm. Lý do vào viện của trẻ thường là ho (chiếm 94,7%), sốt (chiếm 71,6%), sau đó là khó khè (chiếm 47,7%) và khó thở (chiếm 10,3%).

Bảng 3.1: Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhi viêm phổi cộng đồng

Triệu chứng lâm sàng	Triệu chứng cơ năng					Triệu chứng thực thể			
	Ho	Sốt	Khò khè	Bú kém	Khác	Ran ở phổi	Thở nhanh	Rút lõm lồng ngực	Tím tái
n	146	119	116	11	28	148	33	19	12
Tỷ lệ %	94,4	76,8	74,8	7,1	18,1	95,5	21,3	12,3	7,7

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho chiếm 94,4%, sốt chiếm 76,8%, khò khè chiếm 74,8%, tím tái và bú kém đều chiếm 7,1%, còn lại là các dấu hiệu khác (chiếm 18,1%). Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là có ran ở phổi (chiếm 95,5%), thở nhanh (chiếm 21,3%), rút lõm lồng ngực (chiếm 12,3%), tím (chiếm 7,7%).

Bảng 3.2. Phân bố mức độ viêm phổi theo lứa tuổi

Tuổi	Mức độ	Viêm phổi	Viêm phổi nặng	Tổng	p
2 - < 12 tháng		72 (85,7%)	12 (14,3%)	84	0,004
12 tháng - 5 tuổi		70 (98,6%)	1 (1,4%)	71	
Tổng		142 (91,6%)	13 (8,4%)	155	

Nhóm trẻ dưới 1 tuổi mắc viêm phổi nặng nhiều hơn nhóm từ 1 tuổi trở lên ($p=0,004 < 0,05$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê).

Bảng 3.3. Thay đổi về các chỉ số huyết học

Chỉ số huyết học		Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Hb	Giảm	71	45,8
	Bình thường	84	54,2
Số lượng bạch cầu	Tăng	62	40
	Bình thường	92	59,4
	Giảm	1	0,6

Xét nghiệm máu: Số trẻ có thiếu máu chiếm 45,8%, số lượng BC ở phần lớn (59,4%) số trẻ trong giới hạn bình thường, trong 39,7% các trường hợp là tăng, chỉ có 1 trường hợp giảm. CRP tăng >40mg/l chiếm 24%, tăng từ 5 - > 40mg/l chiếm 42% và không tăng chiếm 34% (Có 28 bệnh nhân không được làm CRP, được làm các xét nghiệm khác như: Procalcitonin, Máu lắng)

Bảng 3.4. Thay đổi bạch cầu theo lứa tuổi

Số lượng BC	Nhóm tuổi	2 - < 12 tháng	12 tháng - 5 tuổi	Tổng	p
	Tăng		30 (48,4%)	32 (51,6%)	62
Bình thường		53 (57,6%)	39 (42,4%)	92	
Giảm		1 (100%)	0 (0%)	1	

Sự khác biệt về số lượng BC giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Các dấu hiệu tổn thương phổi trên phim x-quang

X-quang phổi	Nhóm tuổi	2 - < 12 tháng	12 tháng - 5 tuổi	Tổng	p
	Đám mờ phế nang		7 (36,8%)	12 (63,2%)	19
Các nốt mờ phế nang		45 (58,4%)	32 (41,6%)	77	
Tổn thương mô kẽ		0 (0,0%)	2 (100%)	2	
Dày thành các nhánh phế quản		24 (63,2%)	14 (36,8%)	38	
Không có hình ảnh tổn thương		8 (42,1%)	11 (57,9%)	19	

Trên phim x-quang phổi, các dấu hiệu thường gặp nhất là các nốt mờ phế nang rải rác ở nhu mô phổi (chiếm 50,7%), dấu hiệu dày thành các nhánh phế quản (chiếm 26,3%), đám mờ phế nang (chiếm 10,9%), dày tổ chức kẽ (chiếm 1,3%) và có tới 19 trường hợp (chiếm 12,2%) là không có hình ảnh tổn thương. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các dấu hiệu tổn thương trên hình ảnh chụp X-quang phổi.

IV. BÀN LUẬN

Viêm phổi là bệnh thường gặp ở trẻ em, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi. Viêm phổi đặc biệt nặng ở trẻ nhỏ, nhất là trẻ dưới 1 tuổi, bệnh thường gặp ở các nước đang phát triển. Tỷ lệ bệnh nhi nam/nữ là 1,18/1, không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p>0,05$), tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Văn Thìn [2]. Lý do vào viện của các trẻ viêm phổi rất đa dạng. Trong nghiên cứu này lý do chủ yếu trẻ nhập viện là ho (97,4%), sốt (71,6%), khò khè (47,7%) và một số ít trẻ vào viện vì nguyên nhân khác như khó thở, co giật (chiếm 18,1%), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lưu Thị Thuỳ Dương thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên [1]. Triệu chứng cơ năng của viêm phổi cộng đồng: ho là dấu hiệu phổ biến nhất (chiếm 94,4%), là triệu chứng đặc hiệu của đường hô hấp, đặc biệt trong viêm phổi do VK, ho được coi là một cơ

chế bảo vệ quan trọng của đường hô hấp. Phản xạ ho giúp tống dị vật và các chất viêm xuất tiết ra khỏi đường thở, giúp làm sạch đờm từ họng, phế quản, phổi. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với các nghiên cứu khác [4, 5]. Trong nghiên cứu này, sốt chiếm 76,8% bệnh nhân viêm phổi, tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Tráng (sốt chiếm 73,6%)[4], cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến, sốt chiếm tỉ lệ 59% trong viêm phổi ở nhóm trẻ dưới 1 tuổi [5]. Dấu hiệu ran ở phổi (chiếm 95,5%), nghe có ran ở phổi là triệu chứng có giá trị chẩn đoán viêm phổi, tương đồng với nghiên cứu khác [4]. Nhịp thở nhanh thể hiện tình trạng giảm trao đổi khí, phụ thuộc vào mức độ bệnh, là dấu hiệu sớm nhất để chẩn đoán viêm phổi trẻ em ở cộng đồng, chiếm 21,3%, thấp hơn với kết quả của Lê Văn Tráng, triệu chứng thở nhanh chiếm 97,3% [4], nghiên cứu của Lưu Thị Thuỳ Dương dấu hiệu thở nhanh chiếm 73% [1], có thể do nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này có mức độ tổn thương phổi

ít. Dấu hiệu khò khè là tiếng thở bất thường xảy ra khi trẻ bị tắc nghẽn đường hô hấp dưới (từ đoạn khí quản ngực đến các phế quản nhỏ). Dấu hiệu này hay gặp ở trẻ dưới 2-3 tuổi vì ở lứa tuổi này, phế quản (cuống phổi) có kích thước còn nhỏ lại dễ bị co thắt, phù nề, tiết dịch và nghẽn tắc khi bị viêm nhiễm. Kết quả nghiên cứu này cho thấy dấu hiệu khò khè chiếm tỉ lệ cao (74,8%), tương đồng với nghiên cứu khác [4].

Tỉ lệ mức độ viêm phổi và viêm phổi nặng lần lượt là 54,2% và 45,8%. Nhóm tuổi 2-<12 tháng đều chiếm tỉ lệ cao hơn ở cả 2 mức độ viêm phổi và viêm phổi nặng. Khi đánh giá mối liên quan giữa mức độ viêm phổi và lứa tuổi, viêm phổi nặng ở trẻ dưới 12 tháng chiếm tỉ lệ rất cao (98,6%), cho thấy trẻ càng nhỏ bệnh càng có xu hướng nặng (với $p=0,004$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Tráng viêm phổi nặng và rất nặng ở trẻ dưới 12 tháng (79,2% và 71,4%) [4], do lượng kháng thể mẹ truyền sang trẻ chủ yếu trong 3 tháng đầu sau sinh sau đó lượng kháng thể giảm dần, đồng thời lượng IgA trong dịch tiết trên bề mặt niêm mạc phế quản của trẻ còn chưa hoàn chỉnh và rất thấp do đó khi tiếp xúc với các tác nhân gây bệnh, trẻ dễ bị viêm phổi. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng ho, sốt, khò khè, nhịp thở nhanh, nghe có ran ở phổi xuất hiện với tần suất cao ở trẻ bị viêm phổi do vi khuẩn.

Các xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán rất cao trong viêm phổi do vi khuẩn, đã được nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước khẳng định [4, 6]. Bạch cầu tăng chiếm 40%, tương đồng với nghiên cứu của Lưu Thị Thủy Dương [1]. Tuy nhiên, một số hiếm trường hợp có bạch cầu giảm (chiếm 0,6%), tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Tráng [4]. CRP định lượng Protein C phản ứng (C – reactive protein) một glycoprotein được gan sản xuất có đặc điểm là kết hợp với polysaccharide C của phế cầu, bình thường không thấy protein này trong máu. Tình trạng viêm cấp với phá hủy mô trong cơ thể sẽ kích thích sản xuất protein này và gây tăng nhanh nồng độ protein phản ứng C trong huyết thanh. CRP điển hình sẽ tăng trong vòng 6 giờ kể từ khi có tình trạng viêm, điều này cho phép xác định tình trạng viêm sớm hơn nhiều so với khi sử dụng tốc độ máu lắng. Giá trị của CPR không bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi nồng độ globulin máu và hematocrit nên có giá trị khi nồng độ globulin hoặc hematocrit máu. Nghiên cứu này cho thấy CRP thể hiện mức độ viêm nhẹ 5-40mg/l chiếm tỉ lệ cao nhất (42%), tăng >40mg/l chiếm 24%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Tráng, 57,4%

bệnh nhân có trị số CRP tăng [4]. Fernandes CD và Cs (2019) cũng cho rằng CRP là một marker sinh học quan trọng để chẩn đoán mức độ nặng của viêm phổi cộng đồng ở trẻ em [7]. Chụp X-quang tim phổi luôn được coi là một xét nghiệm thường qui để chẩn đoán viêm phổi. Không những giúp ích rất nhiều cho những trường hợp triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, mà X-quang còn giúp định khu tổn thương, đánh giá mức độ nặng của bệnh và theo dõi điều trị. Theo kết quả nghiên cứu, tổn thương thường gặp nhất là các nốt mờ phế nang (50,7%), tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Tráng, hình ảnh tổn thương hay gặp nhất trong viêm phổi do vi khuẩn là những nốt mờ rải rác 2 bên phế trường là 46,5% [4], nghiên cứu của Lưu Thị Thủy Dương, tổn thương phổi chiếm 58% các trường hợp viêm phổi ở trẻ em [1]. Theo O'Grady KF [9], không có sự khác biệt nhiều giữa hình ảnh tổn thương trên XQ phổi giữa viêm phổi do vi khuẩn và do virus. Chụp x-quang ngực vẫn là phương pháp có giá trị trong chẩn đoán tổn thương phổi, cho phép đánh giá mức độ tổn thương phổi, các biến chứng nếu có trong bệnh lý viêm phổi cộng đồng và cho phép chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý phổi khác. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây cũng chỉ ra rằng, x-quang phổi có thể không phát hiện bất thường gì trong khoảng một nửa số trẻ bị viêm phổi nặng. Mặt khác, sự thống nhất thấp giữa các bác sĩ X quang còn thấp trong việc chẩn đoán, đánh giá các tổn thương trên phim chụp X quang lồng ngực, khuyến cáo cần có một sự thống nhất cao dưới hướng dẫn của WHO khi đọc X quang ngực trong bệnh lý viêm phổi cộng đồng ở trẻ em [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 155 bệnh nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi viêm phổi cộng đồng tại khoa Nhi Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí, cho thấy các dấu hiệu lâm sàng thường gặp bao gồm ho (chiếm 97,4%), ho (chiếm 71,6%), khò khè (chiếm 74,8%). Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là có ran ở phổi (chiếm 95,5%), thở nhanh (chiếm 21,3%), rút lõm lồng ngực (chiếm 12,3%). Dấu hiệu trên cận lâm sàng thường gặp là bạch cầu máu ngoại vi tăng (chiếm 39,7%), CRP tăng (chiếm 66%), các nốt mờ phế nang rải rác phổi hai bên trên phim chụp X-quang phổi (chiếm 50,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Thị Thủy Dương, Khổng Thị Ngọc Mai (2019). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 2-36 tháng tại Bệnh viện Trung ương

- Thái Nguyên. TNU Journal of Science and Technology, 207(14): 67-72.
- Hoàng Văn Thìn, Đàm Thị Tuyết (2013).** Thực trạng nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã huyện Hiệp Hoà, tỉnh Bắc Giang. Tạp chí KHOA HỌC & CÔNG NGHỆ 111(11): 3-9.
 - Nguyễn Thị Diệu Thúy (2016).** Viêm phế quản phổi. Sách giáo khoa Nhi khoa, Nhà xuất bản y học, Hà Nội 2016: 704-707.
 - Lê Văn Tráng (2012).** Nghiên cứu tính kháng kháng sinh trong viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội, 2012.
 - Nguyễn Thị Yến (2012).** Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh viêm phế quản phổi ở trẻ dưới 1 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Y học Việt Nam; số 1/2012: 63-65.
 - Kercsmar CM (2005).** Pneumonia. Nelson Essentials of Pediatrics, Elsevier, 356-458.
 - Fernandes CD, Arriaga MB, Costa MCM, et al. (2019).** Host Inflammatory Biomarkers of Disease Severity in Pediatric Community-Acquired Pneumonia: A Systematic Review and Meta-analysis. Open Forum Infect Dis; 6(12): ofz520
 - Hassen M, Toma A, Tesfay M, et al. (2019).** Radiologic Diagnosis and Hospitalization among Children with Severe Community Acquired Pneumonia: A Prospective Cohort Study. Biomed Res Int.; 2019: 6202405.
 - O'Grady KF, Torzillo PJ, Frawley K, et al (2014).** The radiological diagnosis of pneumonia in children, Pneumonia (Nathan); Vol 5: 38-51

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA CÁC BỆNH NHÂN TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG ĐƠN TẦNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Đình Hòa*, Đoàn Mạnh Cường**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh các BN trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng được chẩn đoán và điều trị tại khoa Ngoại A bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 3 năm 2019. **Đối tượng nghiên cứu:** 31 bệnh nhân được chẩn đoán trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng, được chẩn đoán và điều trị tại khoa Ngoại A Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** 100% BN khởi phát bệnh tự nhiên với triệu chứng chính là đau lưng kèm theo đau chân kiểu rễ một hoặc hai bên, VAS lưng trung bình $5,93 \pm 0,89$, VAS chân trung bình $5,61 \pm 1,45$, Xquang thường quy phát hiện chủ yếu là trượt đốt sống (TĐS) L4-L5 với 70,96%, chủ yếu là TĐS độ 1,2. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân khám bệnh ở thời điểm muộn khi bệnh đã diễn biến trên 12 tháng, phần lớn đều giảm chức năng cột sống và thoát vị đĩa đệm.

Từ khóa: trượt đốt sống, chẩn đoán hình ảnh, đau lưng

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CLINICAL, SUBCLINICAL OF PATIENTS WITH SINGLE-LEVEL SPONDYLOLISTHESIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Purpose: Description of clinical features and imaging diagnosis of patients with single-level spondylolisthesis at Department of Surgery at Hanoi Medical University Hospital from January 2018 to

March 2019. **Subjects and methods :** 31 patients were diagnosed with single-level spondylolisthesis at the Department of Surgery at Hanoi Medical University Hospital. **Results:** 100% of patients had a natural onset with back pain accompanied by one or both root pain, average back VAS 5.93 ± 0.89 , average foot VAS $5.61 \pm 1, 45$, X-ray often detects mainly the L4-L5 resettlement line with 70.96%, mainly the 1.2 grade of spondylolisthesis. **Conclusion:** Most of the patients are examined at the late stage when the disease has been happening for more than 12 months, most of them have decreased spinal function and suffered from disc herniation.

Key words: spondylolisthesis, imaging diagnosis, back pain

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống là sự dịch chuyển bất thường của thân đốt sống so với đốt sống phía dưới nó. TĐS là bệnh lý do nhiều nguyên nhân gây ra như bẩm sinh, thoái hoá, khuyết eo, chấn thương...[7] nên bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng, dễ nhầm lẫn với nhiều bệnh thoái hoá cột sống khác. Hiện nay, chẩn đoán TĐS thắt lưng chủ yếu vẫn dựa vào các biểu hiện lâm sàng như đau thắt lưng, dấu hiệu chèn ép rễ, dấu hiệu bậc thang... cùng với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như Xquang, cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) này không những giúp chẩn đoán xác định TĐS mà còn chẩn đoán được TĐS cả ra trước và ra sau cùng với các bệnh lý mất vững cột sống khác mang lại những tiến bộ lớn trong chẩn đoán và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân (BN). Chính vì vậy bài

*Bệnh viện Việt Đức

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hòa

Email: ndhoavietducspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

báo này được thực hiện với mục tiêu "Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh các bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng bệnh viện Đại Học Y Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 31 BN được chẩn đoán trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng tại khoa Ngoại A Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 1 năm 2018 tới hết tháng 3 năm 2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

- Gồm các BN đã được thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, được làm các chẩn đoán hình ảnh cần thiết để chẩn đoán xác định là trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng, CDHA phù hợp với lâm sàng.

- Không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp...

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

- Những BN TĐS không có chỉ định phẫu thuật, TĐS thắt lưng đa tầng.

- BN có dị tật 2 chi dưới, các bệnh lý nội khoa ảnh hưởng lớn tới chẩn đoán, khả năng phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu

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 01 năm 2018 đến tháng 03 năm 2019

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: khoa Ngoại A Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 1 năm 2018 tới hết tháng 3 năm 2019

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Tất

3.1.3. Mức độ giảm chức năng cột sống của Oswestry

Bảng 3. Đánh giá mức độ giảm chức năng cột sống

ODI	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5	N
n	0	8	20	3	0	31
%	0	25,81	64,52	9,67	0	100

Nhận xét: Nghiên cứu gặp nhiều nhất ở 20 BN (64,52%) mất chức năng ở mức 3, 3 BN (9,67%) mất chức năng mức 4 và không có BN nào mất chức năng mức 5. ODI trung bình trong nghiên cứu: 44± 9,8 (34-64). Hầu hết BN mất chức năng cột sống ở mức độ nặng.

3.1.4. Biểu hiện lâm sàng thực thể khi BN vào viện

Bảng 4. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	n	%
Đau lưng và có điểm đau cạnh sống	31	100
Đau tăng khi vận động	27	87.1
Tư thế chống đau	31	100
Gù vẹo cột sống	0	0

cả các BN đều được giải thích kĩ, hiểu về tình trạng bệnh của mình, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, có thể rời khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào. Toàn bộ những thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Biểu hiện lâm sàng cơ năng khi BN vào viện

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	n	%	
Đau cột sống thắt lưng	31	100	
Đau lan chân kiểu rễ	31	100	
Đau cách hồi	<100m	2	6,5
	100-500m	28	90,3
	> 500m	1	3,2

Nhận xét: 100% BN có đầy đủ cả hai hội chứng cột sống, 100% hội chứng rễ khi vào viện, ảnh hưởng tới vận động của BN. Có 30 BN (96,7%) có biểu hiện đau cách hồi thần kinh biểu hiện tình trạng hẹp ống sống khiến BN chỉ đi bộ được dưới 500m.

3.1.2. Mức độ đau lưng và đau chân tính theo thang điểm VAS

Bảng 2. Mức độ đau đánh giá theo VAS

Mức độ đau (VAS)	VAS lưng [n (%)]	VAS chân [n (%)]
0-3	0 (0)	2 (6,45)
4-6	23 (74,19)	22 (70,97)
7-10	8 (25,81)	7 (22,58)

Nhận xét: Nhiều nhất là 23 BN (74,19%) có biểu hiện đau lưng ở ngưỡng đau nhiều và 22 BN (70,97%) có biểu hiện đau chân ở ngưỡng đau nhiều. Đặc biệt trong số đó, có 1 BN (3,23%) đau lưng không chịu đựng được và 2 BN (6,45%) đau chân không chịu đựng được.

Co cứng cơ cạnh sống	10	32,25	
Dấu hiệu bậc thang	15	48,38	
Rối loạn cảm giác	Đau buốt	31	100
	Dị cảm	21	67,74
Rối loạn vận động theo các nhóm cơ bị chèn ép	Cơ lực <5/5	0	0
	Cơ lực 5/5	31	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu này có 15 BN

(48,38%) có dấu hiệu bậc thang là dấu hiệu đặc trưng của TĐS. 27 BN (87,1%) có đau lưng tăng khi vận động và 31 BN (100 %) có triệu chứng đau buốt chân kiểu rết do rễ thần kinh bị chèn ép (hay gặp ở rễ L5). 21 BN (98,59%) có dị cảm tương ứng với vùng cảm giác có rễ thần kinh bị chèn ép chi phối. Không có BN nào bị rối loạn vận động.

3.1.5. Một số yếu tố liên quan tới triệu chứng lâm sàng

Bảng 5. Liên quan giữa thời gian diễn biến bệnh với triệu chứng lâm sàng

	≤ 12 tháng	>12 tháng	p
Điểm đau cạnh cột sống [n] :			
Không	1	3	>0.05
Có	12	15	
Đau cách hồi [n]			
<100 m	0	2	>0.05
100-500 m	12	16	
Rối loạn cảm giác [n]			
Không	0	0	
Có	13	18	
Dấu hiệu bậc thang [n]			
Không	0	3	>0.05
Có	13	15	
VAS lưng [n] :			
0-3	0	0	>0.05
4-6	10	13	
7-10	3	5	
VAS chân [n] :			
0-3	0	2	>0.05
4-6	10	12	
7-10	3	4	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, sự khác biệt thời gian diễn biến bệnh ảnh hưởng đến biểu hiện trên lâm sàng, không có ý nghĩa khi thống kê ($p>0,05$).

*:kiểm định chi bình phương của Pearson hoặc Z test, **: kiểm định t-test của Student.

3.2. Chẩn đoán hình ảnh

3.2.1. Hình ảnh thương tổn trên phim chụp Xquang

Bảng 6. Hình ảnh phim Xquang quy ước

Hình ảnh thu được	n	%	
Mức độ TĐS	Độ 1	18	58,06
	Độ 2	13	41,94
Khuyết eo	19	61,29	
Thoái hóa CSTL	31	100	

Nhận xét: Theo phân độ TĐS của Meyerding, đa số BN TĐS độ 1 với 18 BN (58,06%), có 13 BN (41,94%) TĐS độ 2, không có BN nào TĐS độ 3,4. Có 19 BN (61,29%) cho hình ảnh khuyết eo trên Xquang quy ước. 100% BN có hình ảnh thoái hóa cột sống thắt lưng trên Xquang.

Bảng 7. Hình ảnh Xquang động

Hình ảnh trên phim chụp	Tăng độ TĐS	Không tăng độ TĐS
Cột sống tư thế cúi	6	25
Cột sống tư thế ưỡn	0	31

Nhận xét: 6 BN (19,35%) có dấu hiệu tăng độ trượt ở tư thế cột sống cúi trên phim Xquang động và không có BN nào tăng độ trượt ở tư thế cột sống ưỡn trên phim Xquang động.

3.2.2. Hình ảnh của phim chụp cộng hưởng từ

Bảng 8. Hình ảnh phim chụp cộng hưởng từ

Tổn thương	n	%
Thoát vị đĩa đệm	31	100
L3-L4	1	3,23
L4-L5	22	70,97
L5-S1	8	25,81
Hẹp ống sống	28	90,32
Hẹp lỗ liên hợp, chèn ép rễ	11	35,48

Nhận xét: 100% BN thoát vị đĩa đệm ngang mức đốt sống trượt trên phim CHT, hay gặp nhất là vị trí L4L5 với 22 BN (70,96%). 28 BN (90,32%) hẹp ống sống cùng mức với tăng trượt và 11 BN (35,48%) có hẹp lỗ liên hợp kèm theo.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 30 BN (96,7%) có biểu hiện đau cách hồi thần kinh do hẹp ống sống cản trở sự lưu thông dịch não tủy do TĐS, phì đại diện khớp, dày hóa dây chằng vàng và thoát vị đĩa đệm phổi hợp khiến BN chỉ có thể đi bộ liên tục dưới 500m, trong đó có 2 BN (6,45%) chỉ đi lại được đoạn đường ngắn <100m ảnh hưởng trực tiếp tới sinh hoạt hàng ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đinh Mạnh Hải [1] với 93% có đau cách hồi thần kinh, Nguyễn Bá Hậu [2] là 100%, Refaat [8] biểu hiện này là 99,7%. Tuy nhiên cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Vũ [5] có 69 BN (76,6%) có biểu hiện đau cách hồi thần kinh trong đó có 32,2% BN có triệu chứng cách hồi dưới 100m.

Mức độ đau trung bình theo VAS theo nghiên cứu của chúng tôi là VAS lưng trung bình $5,93\pm 0,89$, VAS chân trung bình là $5,61\pm 1,45$. Nghiên cứu Đinh Mạnh Hải [1] có VAS lưng trung bình là $6,65\pm 1,32$ và VAS chân trung bình là $6,39\pm 2,14$. Nguyễn Vũ [5] VAS lưng trung bình là $6,62\pm 1,35$ và VAS chân trung bình là $6,02\pm 1,53$, Võ Văn Thanh [4] VAS lưng trung bình là $5,6\pm 1,6$ và VAS chân trung bình là $5,3\pm 2,3$, El-Soufy [6] VAS lưng trung bình là $7,48\pm 0,82$ và VAS chân trung bình là $4,79\pm 1,44$. Các bệnh nhân trong nghiên cứu trên đều tới viện khi bệnh cảnh đã rõ ràng, tình trạng đau

lưng đau chân đã trầm trọng.

Phân loại ODI dựa trên bảng đánh giá Oswestry giúp đánh giá tỷ lệ mất chức năng của cột sống, trong nghiên cứu này đa phần là người bệnh bị ảnh hưởng đến chức năng cột sống từ 40% trở lên, gặp nhiều nhất ở 20 BN (64,52%) mất chức năng ở mức 3, 3 BN (9,67%) mất chức năng mức 4 và không có BN nào mất chức năng mức 5 đi lại khó khăn cần có sự trợ giúp đặc biệt. ODI trung bình trong nghiên cứu là $44 \pm 9,8$, thấp nhất là 34 và cao nhất là 64. Hầu hết BN giảm chức năng ở mức độ nặng. Trong nghiên cứu các tác giả khác, Đinh Mạnh Hải cũng gặp nhiều nhất là mất chức năng nhiều (mức 3) với 39 BN (54,9%), mất chức năng rất nhiều (mức 4) gặp ở 27 BN (38%) với ODI trung bình là $59,35 \pm 10,31$ [1]. Nguyễn Vũ cũng gặp nhiều nhất là mất chức năng nhiều (mức 3) với 48 BN (53,3%), mất chức năng rất nhiều (mức 4) gặp ở 25 BN (27,8%) với ODI trung bình là $55,49 \pm 14,6$ [5]. Võ Văn Thanh là $49,5 \pm 7,3$ [4], El-Soufy là $54 \pm 15,3$ [6].

Trong nghiên cứu, xác định mức độ TĐS theo Meyrding chúng tôi thu được 18 BN (58,06%) TĐS độ 1, 13 BN (41,94%) TĐS độ 2, không có BN nào TĐS độ 3,4. Có 19 BN (61,29%) TĐS có kèm theo hình ảnh khuyết eo, là hình ảnh dây da trên cổ chó (Scotty dog) và 100% số BN có thoái hóa CSTL. Nghiên cứu của Đinh Mạnh Hải [1] gặp khuyết eo là 49,3%, Võ Văn Thanh gặp khuyết eo ở 58,8% tổng số BN [4].

100% BN trong nghiên cứu của chúng tôi được chụp Xquang tư thế động cúi tối đa và ưỡn tối đa để đánh giá mức độ mất vững của cột sống. Đối chiếu với kết quả thu được giữa hình ảnh phim chụp Xquang thường quy và Xquang động chúng tôi có 6 BN (19,35%) phát hiện thêm có dấu hiệu mất vững tăng lên ở tư thế cột sống cúi tối đa trên phim Xquang động. Nghiên cứu của Đinh Mạnh Hải [1] cho kết quả 12,67%, Nguyễn Vũ [5] cho kết quả 11,9% BN có tăng mức độ trượt trên phim Xquang động.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: 100% BN có thoát vị đĩa đệm ngang mức đốt sống trượt trên phim CHT trong đó hay gặp nhất là vị trí L4L5 với 22 BN chiếm 70,97%. Thoái hóa đĩa đệm kèm thoát vị đĩa đệm tại tầng trượt chính là một trong những nguyên nhân gây đau trong trượt đốt sống, đây cũng là bằng chứng cho thấy sự mất vững cột sống dù có hay không có hình ảnh trượt đốt sống trên phim.

Trên phim CHT còn đo được kích thước của ống sống. Nghiên cứu của chúng tôi có 28 BN (90,32%) hẹp ống sống cùng mức với tầng trượt.

Nghiên cứu của Phan Trọng Hậu (2002) có 44,3% hẹp ống sống trên phim CHT [3]. Nguyễn Vũ hẹp ống sống ở vị trí TĐS gặp 55 BN (61,1%) [5]

Quan sát hình ảnh CHT trên lát cắt đứng dọc còn có thể đánh giá chính xác hình ảnh lỗ liên hợp, mức độ chèn ép thần kinh trong lỗ liên hợp. Nghiên cứu của chúng tôi có 11 BN (35,48%) có hẹp lỗ liên hợp gây chèn ép rễ thần kinh trong lỗ liên hợp. Nghiên cứu của Võ Văn Thanh [4] có 48,5% BN có hẹp lỗ liên hợp, Đinh Mạnh Hải [1] có 90,1% có hẹp lỗ liên hợp. Hẹp lỗ liên hợp gây chèn ép thần kinh do nhiều nguyên nhân kết hợp như di lệch trượt của thân đốt sống về phía trước và giảm chiều cao đĩa đệm...

V. KẾT LUẬN

- Đa số BN khám bệnh ở thời điểm muộn khi bệnh đã diễn biến trên 12 tháng (58,06%) với triệu chứng đau lưng và chân rất nhiều, VAS lưng trung bình $5,93 \pm 0,89$, VAS chân trung bình $5,61 \pm 1,45$.

- 74,19% BN giảm chức năng cột sống trên 40% trước phẫu thuật.

- Xquang thường quy phát hiện chủ yếu là TĐS L4L5 với 70,96%, chủ yếu là TĐS độ 1,2

- 100% BN có thoát vị đĩa đệm ngang mức đốt sống trượt trên phim CHT, trong đó 28 BN (90,32%) hẹp ống sống và 11 BN (35,48%) có hẹp lỗ liên hợp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đinh Mạnh Hải (2018).** Nghiên cứu kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phẫu thuật lõi sau sử dụng Rô Bốt định vị. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Bá Hậu (2009).** Đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng cố định cột sống lõi sau và ghép xương liên thân đốt. Luận văn tốt nghiệp nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Phan Trọng Hậu (2002).** Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng tại BV Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Võ Văn Thanh (2014).** Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4-L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Vũ (2008).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng do khuyết eo. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
- El-Soufy M. et al, (2015).** Clinical and radiological outcomes of transforaminal lumbar interbody fusion in low grade spondylolisthesis. J Spine Neurosurg, **4(2)**: 2.
- Lumbosacral Spondylolisthesis:** Background, Epidemiology, Functional Anatomy 2019.
- Refaat M.I, (2014).** Management of Single Level Lumbar Degenerative Spondylolisthesis: Decompression Alone Decompression and Fusion. Egyptian Journal of Neurosurgery. **29(4)**: 51-56.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TÚI THỪA MECKEL CÓ BIẾN CHỨNG Ở TRẺ EM

Phạm Duy Hiền*, Trần Xuân Nam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị túi thừa Meckel có biến chứng ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu tất cả các bệnh nhân (BN) dưới 16 tuổi được chẩn đoán và phẫu thuật nội soi cắt túi thừa Meckel có biến chứng từ năm 2012- 2018 tại bệnh viện Nhi Trung Ương. Chẩn đoán dựa vào dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm các đặc điểm trong mổ và sau mổ, kết quả theo dõi bệnh nhân. **Kết quả:** Có 43 bệnh nhân trong nghiên cứu với nhóm tuổi gặp nhiều nhất là dưới 2 tuổi (53,5%), nam gặp nhiều hơn nữ (tỉ lệ 3,8/1), chủ yếu gặp biến chứng xuất huyết do túi thừa Meckel (81,4%). PTNS 1 trocar chiếm nhiều nhất (79,1%), khoảng cách từ túi thừa Meckel đến góc hồi manh tràng là 55,81cm. Cắt đoạn ruột chứa túi thừa chiếm 93%, 48% có cắt ruột thừa kèm theo. Thời gian phẫu thuật dài nhất trong nhóm bệnh nhân cắt đoạn ruột có túi thừa (68,5 phút) và bệnh nhân có cắt ruột thừa kèm theo (67,9 phút). Thời gian nằm viện dài nhất trong nhóm viêm phúc mạc do thủng túi thừa (trung bình 7 ngày). Một bệnh nhân tắc ruột sớm sau mổ. **Kết luận:** PTNS cắt túi thừa Meckel có biến chứng là phương pháp khả thi, an toàn hiệu quả trong điều trị bệnh.

Từ khóa: túi thừa Meckel, phẫu thuật nội soi, ở trẻ em

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC ASSISTED COMPLICATED MECKEL DIVERTICULECTOMY IN CHILDREN

Objective: to evaluate outcome of laparoscopic assisted complicated Meckel diverticulectomy in children. **Methods:** Medical records of all patients under 16 years old with diagnosis and suffering from complicated Meckel diverticulectomy from 2012 to 2018 in Vietnam National Children Hospital. Diagnosis base on clinical and pre-clinical sign of disease. Study features include: intra and post-operative findings and surveillance results. **Results:** 43 patients were identified. The most age range is under 2 years (53,5%), the male/female ratio: 3,8/1. The most complication is gastrointestinal bleeding (81,4%). The most surgical technique is one trocart assisted Meckel diverticulectomy, the medium length from Bauhin valve to Meckel diverticulum is 55 cm. Segmental resection accounts for 93%, 48% of all patients were appendectomy also. The longest operative time is

segmental resection group (68,5 min) and combined with appendectomy group (67,9 min). The longest hospital stay is peritonitis due to Meckel diverticulum (7days). One patient presented with post-operative obstruction. **Conclusion:** laparoscopic assisted Meckel diverticulectomy is feasible, safe and effective in children

Keywords: Meckel diverticulum, laparoscopic surgery, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa Meckel là bất thường bẩm sinh của ống tiêu hóa, do sự tiêu biến không hoàn toàn của ống rốn tràng vào tuần thứ năm đến tuần thứ chín của thời kỳ bào thai. Túi thừa Meckel được ghi nhận gặp ở 2 - 4% dân số.

Hầu hết những người còn tồn tại túi thừa Meckel thường không có biến chứng. Tần suất xuất hiện biến chứng của túi thừa Meckel từ 4 – 34% và thường xuất hiện trước 2 tuổi[1]. Các biến chứng của túi thừa Meckel thường gặp trên lâm sàng là xuất huyết tiêu hóa túi thừa, viêm túi thừa Meckel, tắc ruột do túi thừa Meckel (lồng ruột hoặc xoắn ruột), viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel. Ngoài ra còn một số biến chứng hiếm gặp như ung thư hóa túi thừa Meckel,...[2].

Chẩn đoán túi thừa Meckel có biến chứng có chỉ định phẫu thuật cắt túi thừa. Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn tùy từng loại biến chứng: phẫu thuật mở hay phẫu thuật nội soi (PTNS). Phẫu thuật nội soi được triển khai tại bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 1997 và cho đến năm 2000 đã trở thành phẫu thuật thường quy. Phương pháp phẫu thuật nội soi cắt túi thừa Meckel đã đạt được những ưu điểm của phẫu thuật nội soi nói chung như có tính thẩm mỹ, bệnh nhân hồi phục nhanh sau mổ, ít đau mà vẫn đạt được hiệu quả điều trị. Mục tiêu của nghiên cứu "đánh giá kết quả PTNS điều trị túi thừa Meckel có biến chứng ở trẻ em"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: bệnh nhi được chẩn đoán và được PTNS cắt túi thừa Meckel có biến chứng tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ năm 2012- 2018

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca bệnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán túi thừa Meckel có biến chứng (dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng) và được PTNS cắt túi thừa Meckel trong thời gian

*Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2020

Ngày duyệt bài: 14.4.2020

nói trên. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: các đặc điểm trong và sau mổ, kết quả khám lại của bệnh nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có túi thừa Meckel không có biến chứng được phát hiện tình cờ, các bệnh nhân hồ sơ không đầy đủ thông tin cho nghiên cứu, các bệnh nhân đã có tiền sử mổ tử trước, hoặc được phẫu thuật tại cơ sở y tế khác.

Xử lý số liệu bằng Excel và Spss 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 43 bệnh nhân trong nghiên cứu với tỉ lệ nam/ nữ :34/9.

Bảng 1: phân bố theo độ tuổi phát hiện bệnh

Độ tuổi	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dưới 2 tuổi	23	53,5
Từ 3-10 tuổi	18	41,9
Trên 10 tuổi	2	4,6

Nhận xét: Độ tuổi hay gặp phát hiện bệnh nhất là dưới 2 tuổi (53,5 %). sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 2: Đặc điểm túi thừa Meckel trong mổ

Đặc điểm TT Meckel	Trung bình \pm SD	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Khoảng cách tới van hồi manh tràng (cm)	55,81 \pm 13,31	90	30
Đường kính(cm)	1,08 \pm 0,27	1,5	0,5
Chiều dài (cm)	2,55 \pm 1,03	5	1

Nhận xét: -Khoảng cách từ van hồi manh tràng tới túi thừa trung bình là 55,81 \pm 13,31cm.

- Đường kính túi thừa trung bình là 1,08 \pm 0,27cm.

- Chiều dài trung bình túi thừa là 2,55 \pm 1,03cm.

- 79,1% bệnh nhân được PTNS 1 trocar, số còn lại được PTNS 3 trocar.

Bảng 3: Kỹ thuật cắt túi thừa Meckel

Kỹ thuật cắt túi thừa	SL	%
Cắt túi thừa hình chêm	3	7,0
Cắt đoạn ruột có túi thừa	40	93,0
Có cắt RT kèm theo cắt TT	21	48,8
Không cắt RT kèm theo cắt TT	22	51,2

Nhận xét: Kỹ thuật cắt đoạn ruột có túi thừa chiếm đa số các trường hợp bệnh nhân (93,0%) so với 3 bệnh nhân cắt túi thừa hình chêm (7,0%).

Có 21 bệnh nhân cắt túi thừa Meckel có cắt ruột thừa kèm theo.

Bảng 4: Thời gian phẫu thuật

Thời gian PT Kỹ thuật cắt TT	Trung bình \pm SD (phút)	Ngắn nhất (phút)	Dài nhất (phút)
Cắt túi thừa hình chêm	58,33	50	70
Cắt đoạn ruột có túi thừa	68,50	30	120

Có cắt RT kèm theo cắt TT	67,95	40	120
Không cắt RT kèm theo cắt TT	64,76	30	100

Nhận xét: kỹ thuật cắt đoạn ruột có túi thừa có thời gian phẫu thuật trung bình (68,50 phút) dài hơn cắt túi thừa hình chêm (58,33 phút) (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$)

Cắt túi thừa kèm theo cắt ruột thừa có thời gian phẫu thuật trung bình (67,95 phút) dài hơn không kèm theo cắt ruột thừa (64,76 phút) (sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$)

Bảng 5: Thời gian hồi phục nhu động ruột trở lại sau phẫu thuật theo biến chứng của túi thừa Meckel:

Biến chứng	Thời gian hồi phục nhu động ruột (ngày)	Trung bình \pm SD (ngày)	Ngắn nhất (ngày)	Dài nhất (ngày)
Viêm TT Meckel	2,5 \pm 0,6	2	3	
XH TT Meckel	2,77 \pm 0,6	1	3	
VPM do thủng TT Meckel	3,0 \pm 1,41	2	4	

Nhận xét: Thời gian hồi phục nhu động ruột trung bình dài nhất ở nhóm biến chứng viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel (3,0 \pm 1,41 ngày).

Bảng 6: Thời gian điều trị sau phẫu thuật theo biến chứng của túi thừa Meckel

Biến chứng	Thời gian điều trị (ngày)	Trung bình \pm SD (ngày)	Ngắn nhất (ngày)	Dài nhất (ngày)
Viêm TT Meckel	5,2 \pm 1,0	4	6	
XH TT Meckel	5,14 \pm 1,0	3	8	
VPM do thủng TT Meckel	7 \pm 2,83	5	9	

Nhận xét: Thời gian điều trị sau phẫu thuật trung bình lâu nhất ở nhóm biến chứng viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel (7 \pm 2,83 ngày).

- Trong nghiên cứu 43 bệnh nhân của chúng tôi không có bệnh nhân nào có tai biến trong phẫu thuật.

- Có 1 bệnh nhân trong nhóm viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel có biến chứng tắc ruột sớm sau phẫu thuật (2,3%): bụng chướng hơi, sonde dạ dày nhiều dịch xanh bẩn.

Không có trường hợp nào tử vong trong quá trình điều trị sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy khoảng cách từ van hồi manh tràng tới túi thừa Meckel trung bình là 55,81 \pm 13,31cm, xa nhất là cách 90cm, gần nhất cách 30cm. Khoảng cách này phù hợp với ý kiến [3]. Đường kính chân túi thừa trung bình là 1,08 \pm 0,27cm, rộng nhất là 1,5cm

và hẹp nhất là 0,5cm. Chiều dài trung bình của túi thừa Meckel đo được là $2,55 \pm 1,03$ cm, trong đó dài nhất là 5 cm và ngắn nhất là 1 cm (bảng 2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn cho thấy túi thừa Meckel thường tuân theo "quy luật con số 2": thường gặp đường kính túi thừa khoảng 2cm và chiều dài túi thừa là 2 inche (5 cm) [3].

Caroline C Jadowiec và cộng sự [4] đề nghị nên cắt bỏ túi thừa Meckel ở trẻ em khi được phát hiện dù có biến chứng hay không có biến chứng, vì họ cho rằng hầu hết bệnh nhân đều xuất hiện biến chứng trong vòng 2 năm đầu đời. Phương pháp phẫu thuật nội soi tiếp cận qua đường mở rốn được mô tả đầu tiên bởi Pelosi vào năm 1992 để tiến hành cắt bỏ túi thừa Meckel. Trong nghiên cứu của chúng tôi phẫu thuật nội soi 1 trocar chiếm ưu thế 34/43 bệnh nhân (79,1%) so với mổ nội soi 3 trocar (20,9%). Việc lựa chọn phẫu thuật nội soi 1 trocar hay phẫu thuật nội soi 3 trocar chúng tôi dựa vào biến chứng của túi thừa Meckel (chẩn đoán trước phẫu thuật), tình trạng bệnh nhân đánh giá trước mổ, thói quen của từng phẫu thuật viên. Cụ thể 2 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc, 1 bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ thủng tạng rỗng được phẫu thuật nội soi 3 trocar; ngoài ra còn 6 trường hợp bệnh nhân khác cũng được phẫu thuật nội soi 3 trocar.

Kỹ thuật cắt bỏ đoạn ruột có túi thừa chiếm đa số các trường hợp bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi 40/ 43 bệnh nhân (93%) so với 3 bệnh nhân cắt túi thừa hình chêm (7,0%). Trong số 43 bệnh nhân có 21/43 bệnh nhân (48,8%) được phẫu thuật cắt túi thừa kèm theo cắt ruột thừa, 22/ 43 bệnh nhân (51,2%) không cắt ruột thừa trong phẫu thuật cắt túi thừa Meckel (bảng 3). Phẫu thuật cắt túi thừa Meckel kèm theo cắt ruột thừa hay không phụ thuộc vào từng phẫu thuật viên. Alfonso Papparella đưa ra nhận định nghiên cứu của Varcoe gợi ý sử dụng tỷ lệ chiều dài/ đường kính của túi thừa Meckel làm công thức quyết định kỹ thuật cắt túi thừa Meckel: Nếu tỷ lệ này nhỏ hơn 2 sẽ làm tăng nguy cơ sót niêm mạc lạc chỗ ở đoạn hồi tràng kế cận, cắt bỏ đoạn ruột chứa túi thừa được khuyến dùng, và ngược lại nếu tỷ lệ này lớn hơn 2 thì cắt bỏ túi thừa hình chêm [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 10 trường hợp có tỉ lệ chiều dài/đường kính túi thừa < 2cm và 33 bệnh nhân có tỉ lệ chiều dài/ đường kính túi thừa ≥ 2 cm. Điều này trái với y văn. Do trong quá trình phẫu thuật việc xác định kích thước túi thừa Meckel chỉ mang tính chất tương đối, nên phẫu thuật viên đa phần chọn cắt đoạn ruột

chứa túi thừa nhằm hạn chế tối đa việc bỏ sót mô lạc chỗ ở đoạn hồi tràng kế cận, tránh cho bệnh nhân việc lặp lại biến chứng không đáng có của túi thừa Meckel.

Thời gian phẫu thuật trung bình ở bệnh nhân cắt túi thừa hình chêm (58,33 phút) ngắn hơn so với bệnh nhân cắt đoạn ruột chứa túi thừa (68,50 phút) do kỹ thuật khâu nối toàn bộ chu vi ruột lâu hơn chỉ khâu nối 1 phần ruột và phải xác định độ lan rộng của mô lạc chỗ để tránh sót. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt túi thừa Meckel có kèm theo cắt ruột thừa có thời gian phẫu thuật trung bình (67,95 phút) dài hơn bệnh nhân không cắt ruột thừa kèm theo (64,76 phút) (bảng 4). Thời gian phẫu thuật dài hay ngắn phụ thuộc vào loại biến chứng của túi thừa Meckel, kinh nghiệm và trình độ của phẫu thuật viên, tình trạng bệnh nhân trong cuộc mổ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian hồi phục nhu động ruột trung bình của bệnh nhân viêm túi thừa Meckel là $2,5 \pm 0,6$ ngày, xuất huyết túi thừa là $2,77 \pm 0,6$, viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel là $3,0 \pm 1,41$ ngày (bảng 5). So với nghiên cứu của Trần Vĩnh Hậu, Chiu Kín Hào, Trần Thanh Trí [5] tiến hành nghiên cứu từ tháng 1/2004 đến tháng 1/2008, 21 bệnh nhân tuổi từ 2 ngày tuổi đến 14.46 tuổi (trung bình 47,24 tháng) được chẩn đoán túi thừa Meckel có biến chứng và được điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 2. Thời gian nhu động ruột trở lại: phẫu thuật nội soi với túi thừa gây xuất huyết túi thừa là 2 ngày, với túi thừa thủng gây viêm phúc mạc là 1 ngày; phẫu thuật mở với túi thừa gây xuất huyết túi thừa là 3 ngày, với túi thừa thủng gây viêm phúc mạc là 3,86 ngày. Như vậy thời gian hồi phục nhu động ruột trung bình của chúng tôi lâu hơn.

Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân viêm túi thừa Meckel là $5,2 \pm 1,0$ ngày; ở bệnh nhân xuất huyết túi thừa là $5,14 \pm 1,0$ ngày và ở bệnh nhân viêm phúc mạc do thủng túi thừa là $7 \pm 2,83$ ngày (bảng 6). Kimberly A. Ruscher và cộng sự [6] cũng tiến hành so sánh trên 815 bệnh nhân trải qua phẫu thuật mổ mở và mổ nội soi điều trị túi thừa Meckel cho kết quả những bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở ($4,3 \pm 2,7$ ngày, trung bình là 4 ngày so với mổ mở $5,7 \pm 5,2$ ngày, trung bình là 5 ngày, $p= 0,02$). Như vậy phẫu thuật nội soi cho kết quả hiệu quả hơn mổ mở trong điều trị bệnh lý túi thừa Meckel.

Một số nghiên cứu của các tác giả khác đồng thuận phẫu thuật cắt bỏ túi thừa Meckel 100%

khi có biến chứng được chẩn đoán từ trước hoặc khi phẫu thuật phát hiện được[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có tai biến nào trong mổ được ghi nhận. Điều trị sau mổ có 1 bệnh nhân trong nhóm biến chứng viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel biểu hiện bán tắc ruột sớm sau mổ. Tuy nhiên bệnh nhân được điều trị nội khoa ổn định. Nguyên nhân tắc ruột sớm nghĩ do: trẻ tuổi còn nhỏ (23 tháng), nhập viện ngày thứ 2 của bệnh (ngày thứ nhất sốt, ho; ngày hai thở ậm ạch, bụng chướng vào viện huyện sau chuyển viện Nhi Trung ương với chẩn đoán thủng tạng rỗng), thể trạng kém phải đặt ống nội khí quản thở máy hồi sức tích cực trước mổ (9 giờ), tình trạng viêm phúc mạc nặng nên dẫn đến tình trạng liệt ruột cơ năng sau mổ. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra biến chứng sau mổ PTNS cắt túi thừa Meckel là ít và đa phần đều điều trị nội khoa ổn định

V. KẾT LUẬN

Biến chứng do túi thừa Meckel thường gặp ở những trẻ dưới 2 tuổi trong đó xuất huyết tiêu hóa là hình thái hay gặp nhất. PTNS điều trị túi

thừa Meckel có biến chứng cho kết quả khả thi, an toàn, và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alfonso Papparella et al** (2014), Laparoscopic approach to Meckel's diverticulum, World Journal of Gastroenterology, 20(25), 8173-8178.
2. **F Ferranti et al** (1999), Meckel's diverticulum: ten years experience, 11 Giornale di chirurgia, 20, 107-122.
3. **Victoria K Pepper et al** (2012), Diagnosis and management of pediatric appendicitis, intussusception, and Meckel diverticulum, Surgical Clinics of North America, 92(3), 505-526.
4. **Caroline C Jadowiec et al** (2015), Is an incidental Meckel's diverticulum truly benign, Surgery, 1-4.
5. **Chiu Kín Hàu và cộng sự** (2009), Vai trò của nội soi ổ bụng trong xử trí túi thừa Meckel có biến chứng, Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 13, số 6.
6. **Kimberly A Ruscher et al** (2011), National trends in the surgical management of Meckel's diverticulum, Journal of pediatric surgery, 46(5), pp. 893-896.
7. **Augusto Zani et al** (2008), Incidentally detected Meckel diverticulum: to resect or not to resect?, Annals of Surgery, 247, pp. 276 – 281.

NGHIÊN CỨU TẦN SUẤT KIỂU HÌNH KHÁNG NGUYÊN BẠCH CẦU NGƯỜI (HLA) CỦA NGƯỜI CHO THẬN VÀ NHẬN THẬN KHÔNG CÙNG HUYẾT THỐNG

Phạm Lê Nhật Minh^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hoài², Trần Văn Bảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tần suất kiểu hình kháng nguyên bạch cầu người (HLA) của người đăng ký cho thận và người chờ nhận thận không cùng huyết thống. **Đối tượng:** Gồm 95 người đăng ký cho thận không cùng huyết thống (sau đây gọi tắt là người cho thận) và 81 người đăng ký nhận thận không cùng huyết thống với người cho thận (sau đây gọi tắt là người nhận thận) được xét nghiệm định danh HLA tại Trung tâm truyền máu Chợ Rẫy từ tháng 03/2018 đến tháng 02/2020. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi xét nghiệm định danh HLA-A, -B, -DRB1, -DQA1, -DQB1 bằng kỹ thuật PCR-SSO (Polymerase chain reaction-Sequence specific oligonucleotides) với công nghệ Luminex (LABtype PCR-SSO). **Kết quả:** Trong 95 người cho thận và 81 người nhận thận không cùng huyết thống

tham gia nghiên cứu: tỷ lệ nam chiếm đa số. Độ tuổi nghiên cứu tập trung từ 18-30 tuổi ở người cho thận và từ 31-40 tuổi ở người nhận thận. Ở đối tượng người cho thận không cùng huyết thống, ghi nhận kết quả định danh HLA với các allele chiếm tần suất hiện diện cao như HLA-A*02, A*11, A*24, B*15, B*46, B*40, DRB1*9, DRB1*12, DRB1*15, DQA1*01, DQA1*03, DQA1*06, DQB1*02, DQB1*03, DQB1*05. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận sự xuất hiện với tần suất thấp của các allele HLA-A*01, A*03, A*23, A*32, A*68, B*41, B*56, DRB1*01, DQB1*01 hoặc không xuất hiện của các allele HLA-A*21, A*36, A*74, B*14, B*53. Ở đối tượng người nhận thận không cùng huyết thống, ghi nhận kết quả định danh HLA với các allele chiếm tần suất hiện diện cao như HLA-A*02, A*11, A*24, B*07, B*15, DRB1*09, DRB1*12, DRB1*15, DQA1*01, DQA1*03, DQA1*06, DQB1*03, DQB1*05, DQB1*06. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận sự xuất hiện với tần suất thấp của các allele HLA-A*03, A*23, A*34, A*68, B*56, DRB1*01, DRB1*18 hoặc không xuất hiện của các allele HLA-A*23, B*7, B*41, B*52, DQB1*01. **Kết luận:** Bước đầu ghi nhận có sự khác biệt về phân bố HLA giữa hai đối tượng nghiên cứu. Sự khác biệt tập trung ở tần suất hiện diện chiếm ưu thế các allele thuộc các loci HLA-B, -DRB1, -DQB1 ở người cho thận và người nhận thận không cùng huyết thống.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Quốc Tế;

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Lê Nhật Minh

Email: stevenminh79@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

Từ khóa: Kháng nguyên bạch cầu người; người cho thận không cùng huyết thống; người nhận thận không cùng huyết thống.

SUMMARY

FREQUENCY OF HUMAN LEUCOCYTE ANTIGEN (HLA) OF UNRELATED KIDNEY DONORS AND RECIPIENTS

Objectives: Frequency of Human Leucocyte Antigen (HLA) of unrelated kidney donors and recipients. **Subjects:** In this study, 95 unrelated kidney donors and 81 recipients were tested on HLA for pre-transplantation at Cho Ray Blood Transfusion Center (Cho Ray BTC), Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh City. **Method:** Retrospective, cross-sectional descriptive. The samples were tested on HLA-A, -B, -DRB1, -DQA1, -DQB1 typing using Polymerase chain reaction-Sequence specific oligonucleotides (PCR-SSO) with Luminex technology. **Results:** In 95 unrelated kidney donors included 58 males and 37 females with the average age ranging from 18 to 30 years old. The most common alleles of HLA-A*02, A*11, A*24, B*15, B*46, B*40, DRB1*09, DRB1*12, DRB1*15, DQA1*01, DQA1*03, DQA1*06, DQB1*02, DQB1*03, DQB1*05. The rare alleles were recorded as HLA-A*01, A*03, A*23, A*32, A*68, B*41, B*56, DRB1*01, DQB1*01 and unrepresentable alleles were also noted as HLA-A*21, A*36, A*74, B*14, B*53. In 81 unrelated kidney recipients included 45 males and 36 females with the average age ranging from 31 to 40 years old. The most common alleles of HLA-A*02, A*11, A*24, B*07, B*15, DRB1*09, DRB1*12, DRB1*15, DQA1*01, DQA1*03, DQA1*06, DQB1*03, DQB1*05, DQB1*06. The rare alleles were recorded as HLA-A*03, A*23, A*34, A*68, B*56, DRB1*01, DRB1*18 and unrepresentable alleles were also noted as A*23, B*7, B*41, B*52, DQB1*01. **Conclusions:** We preliminary recorded the difference on HLA distribution of some alleles in advantage at some loci HLA-B, -DRB1, -DQB1 in two objective groups.

Key words: HLA; Unrelated kidney donors; unrelated kidney recipients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận không cùng huyết thống đang được xem là một trong các giải pháp hiệu quả nhằm gia tăng nguồn thận hiến và trao cho bệnh nhân, những người đang chờ nhận thận cơ hội được sống tiếp. Với kết quả khả quan do ghép thận không cùng huyết thống đem lại, đặc biệt là có thể kéo dài thời gian tồn tại của mảnh ghép, nên giải pháp này được ứng dụng rất rộng rãi tại các nước phát triển trên thế giới [1]. Trong đó, yếu tố được quan tâm đầu tiên là xây dựng ngân hàng dữ liệu thông tin của người chờ nhận thận và người đăng ký cho thận để từ đó dùng các thuật toán ứng dụng thuộc lĩnh vực tin sinh học chọn ra cặp người cho và nhận thận phù hợp về

mặt miễn dịch nhằm hạn chế đến mức thấp nhất phản ứng thải ghép xảy ra nếu được ghép thận. Tại Việt Nam, việc cho và nhận thận từ trước đến nay chủ yếu là cùng huyết thống. Từ nhiều năm trước, chúng ta đã tiến hành ghép thận từ người cho chết não hoặc ngừng tuần hoàn, tuy vậy tỷ lệ ghép thận không cùng huyết thống ở nước ta vẫn còn rất khiêm tốn nếu so sánh với các nước trên Thế giới [6].

Một trong những giải pháp đầu tiên, quan trọng giúp đẩy nhanh tỷ lệ ghép thận không cùng huyết thống là cần phải xây dựng ngân hàng dữ liệu về kháng nguyên bạch cầu người (Human Leucocyte Antigen: HLA) của người đăng ký cho thận và người chờ nhận thận. Do vậy, việc hiểu rõ về tần suất kiểu hình HLA của người cho và nhận thận không cùng huyết thống chính là yếu tố then chốt giúp xây dựng ngân hàng về dữ liệu thông tin của hai đối tượng trên để có cơ sở tìm được cặp người cho và người nhận phù hợp để ghép thận. Đây cũng là mục tiêu chính mà chúng tôi muốn thực hiện đề tài nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Gồm 95 người đăng ký cho thận không cùng huyết thống (sau đây gọi tắt là người cho thận) và 81 người đăng ký nhận thận không cùng huyết thống với người cho thận (sau đây gọi tắt là người nhận thận) được xét nghiệm định danh HLA tại Trung tâm truyền máu Chợ Rẫy từ tháng 03/2018 đến tháng 02/2020.

Trong nghiên cứu này, người cho thận là những người bình thường, khỏe mạnh, không có bệnh lý về thận nên được xem như nhóm chứng (Control) và được dùng để so sánh với nhóm bệnh là những người nhận thận bị suy thận mạn giai đoạn cuối, có chỉ định ghép thận.

2.2 Vật liệu và thuốc thử. Mẫu thử: 02 ml máu toàn phần chống đông EDTA của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu này chúng tôi xét nghiệm định danh HLA bằng kỹ thuật PCR-SSO (Polymerase chain reaction-Sequence specific oligonucleotides) với công nghệ Luminex (LABtype PCR-SSO). Bộ sinh phẩm xét nghiệm các locus HLA-A, B, DRB1, DQA1 và DQB1 do công ty One Lambda-Mỹ sản xuất. Kết quả được phân tích bởi hệ thống LABScan 3D và phần mềm hỗ trợ phân tích kết quả HLA Fusion 3.0.

2.3 Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1 Đặc điểm về Giới tính**Bảng 1:** Đặc điểm về giới tính

STT	Giới tính	Người cho thận		Người nhận thận	
		Số lượng	%	Số lượng	%
1	Nam	58	61,05%	45	55,56%
2	Nữ	37	38,95%	36	44,44%
	Tổng cộng	95		81	

Nhận xét: Tỷ lệ Nam tham gia nghiên cứu chiếm đa số. 61,05% ở người cho thận và 55,56% ở người nhận thận.

3.1.2 Đặc điểm về độ Tuổi**Bảng 2:** Đặc điểm về độ tuổi

STT	Độ tuổi	Người cho thận		Người nhận thận	
		Số lượng	%	Số lượng	%
1	18-30	29	30,53%	8	9,88%
2	31-40	28	29,47%	33	40,74%
3	41-50	19	20,00%	26	32,10%
4	51-60	13	13,68%	10	12,35%
5	> 60	6	6,32%	4	4,94%
	Tổng cộng	95		81	

Nhận xét: Ở người cho thận, độ tuổi tập trung từ 18-30 tuổi chiếm đa số (30,53%). Ở người nhận thận, độ tuổi tập trung từ 31-40 tuổi chiếm đa số (40,74%).

3.1 Kết quả định danh HLA của người cho thận và nhận thận không cùng huyết thống**3.1.1 Kết quả định danh HLA lớp I****a. Kết quả HLA-A****Bảng 3.** Kết quả HLA-A

STT	HLA-A	Người cho thận		Người nhận thận	
		Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %
1	HLA-A*01	1	0,53%	3	1,85%
2	HLA-A*02	48	25,26%	37	22,84%
3	HLA-A*03	1	0,53%		
4	HLA-A*11	52	27,37%	49	30,25%
5	HLA-A*23	1	0,53%		
6	HLA-A*24	36	18,95%	26	16,05%
7	HLA-A*26	6	3,16%	3	1,85%
8	HLA-A*29	10	5,26%	14	8,64%
9	HLA-A*30	4	2,11%	4	2,47%
10	HLA-A*31	2	1,05%	3	1,85%
11	HLA-A*32	1	0,53%	1	0,62%
12	HLA-A*33	25	13,16%	20	12,35%
13	HLA-A*34	2	1,05%		
15	HLA-A*36			1	0,62%
16	HLA-A*68	1	0,53%		
17	HLA-A*74			1	0,62%

Nhận xét: Tỷ lệ các allele HLA-A*02, A*11 và A*24 của người cho và nhận thận chiếm ưu thế.

b. Kết quả HLA-B**Bảng 4.** Kết quả HLA-B

STT	HLA-B	Người cho thận		Người nhận thận	
		Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %
1	HLA-B*07	16	8,42%	20	12,35%
2	HLA-B*13	10	5,26%	7	4,32%
3	HLA-B*15	43	22,63%	48	29,63%
4	HLA-B*18	4	2,11%	2	1,23%
5	HLA-B*27	11	5,79%	2	1,23%
6	HLA-B*35	5	2,63%	2	1,23%
7	HLA-B*37	4	2,11%		
8	HLA-B*38	6	3,16%	13	8,02%

9	HLA-B*39	5	2,63%	2	1,23%
10	HLA-B*40	17	8,95%	13	8,02%
11	HLA-B*41	1	0,53%		
12	HLA-B*44	8	4,21%	2	1,23%
13	HLA-B*46	20	10,53%	17	10,49%
14	HLA-B*48	2	1,05%	2	1,23%
15	HLA-B*51	8	4,21%	8	4,94%
16	HLA-B*52	4	2,11%		
17	HLA-B*54	5	2,63%	2	1,23%
18	HLA-B*55	5	2,63%	5	3,09%
19	HLA-B*56	1	0,53%	1	0,62%
20	HLA-B*57	2	1,05%	5	3,09%
21	HLA-B*58	12	6,32%	11	6,79%

Nhận xét: Tỷ lệ các allele HLA-B*15 và B*46 của người cho và nhận thận chiếm ưu thế. Tuy nhiên, ở người cho thận, tìm thấy allele HLA-B*40 chiếm ưu thế (8,95%). Ở người nhận thận, tìm thấy allele HLA-B*07 chiếm ưu thế (12,35%).

3.1.2 Kết quả định danh HLA lớp II

a. Kết quả HLA-DRB1

Bảng 5. Kết quả HLA-DRB1

STT	HLA-DRB1	Người cho thận		Người nhận thận	
		Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %
1	HLA-DRB1*01	1	0,53%	1	0,62%
2	HLA-DRB1*03	11	5,79%	8	4,94%
3	HLA-DRB1*04	15	7,89%	13	8,02%
4	HLA-DRB1*07	12	6,32%	6	3,70%
5	HLA-DRB1*08	6	3,16%	12	7,41%
6	HLA-DRB1*09	24	12,63%	15	9,26%
7	HLA-DRB1*10	13	6,84%	11	6,79%
8	HLA-DRB1*11	3	1,58%	6	3,70%
9	HLA-DRB1*12	56	29,47%	60	37,04%
10	HLA-DRB1*13	6	3,16%	4	2,47%
11	HLA-DRB1*14	16	8,42%	8	4,94%
12	HLA-DRB1*15	23	12,11%	13	8,02%
13	HLA-DRB1*16	4	2,11%	4	2,47%
14	HLA-DRB1*18			1	0,62%

Nhận xét: Tỷ lệ các allele HLA-DRB1*09, DRB1*12, DRB1*15 của người cho và nhận thận chiếm ưu thế. Ngoài ra, ở người nhận thận có allele HLA-DRB1*04 (8,02%) chiếm ưu thế.

b. Kết quả HLA-DQA1

Bảng 6. Kết quả HLA-DQA1

STT	HLA-DQA1	Người cho thận		Người nhận thận	
		Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %
1	HLA-DQA1*01	69	36,32%	53	32,72%
2	HLA-DQA1*02	12	6,32%	6	3,70%
3	HLA-DQA1*03	38	20,00%	28	17,28%
4	HLA-DQA1*04	9	4,74%	8	4,94%
5	HLA-DQA1*05	21	11,05%	16	9,88%
6	HLA-DQA1*06	41	21,58%	51	31,48%

Nhận xét: Tỷ lệ các allele HLA-DQA1*01, DQA1*03 và DQA1*06 của người cho và nhận thận chiếm ưu thế.

c. Kết quả HLA-DQB1

Bảng 7. Kết quả HLA-DQB1

STT	HLA-DQB1	Người cho thận		Người nhận thận	
		Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %
1	HLA-DQB1*01	1	0,53%		
2	HLA-DQB1*02	22	11,58%	11	6,79%

3	HLA-DQB1*03	94	49,47%	89	54,94%
4	HLA-DQB1*04	7	3,68%	8	4,94%
5	HLA-DQB1*05	55	28,95%	34	20,99%
6	HLA-DQB1*06	11	5,79%	20	12,35%

Nhận xét: Tỷ lệ các allele HLA-DQB1*03, DQB1*05 của người cho và nhận thận chiếm ưu thế. Ngoài ra, ở người cho thận, ghi nhận allele HLA-DQB1*02 hiện diện với tần suất cao (11,58%). Tương tự, ghi nhận allele HLA-DRB1*06 xuất hiện chiếm ưu thế ở người nhận thận (12,35%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Trong 95 người cho thận và 81 người nhận thận không cùng huyết thống với người cho thận tham gia nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nam chiếm đa số ở cả hai đối tượng nghiên cứu (61,05% ở người cho thận và 55,56% ở người nhận thận).

Độ tuổi tham gia nghiên cứu cũng có sự khác biệt giữa hai đối tượng trên. Ở người cho thận không cùng huyết thống, độ tuổi tập trung cao từ 18-30 tuổi (30,53%). Ở người cho thận, độ tuổi tập trung từ 31-40 tuổi (45,80%).

4.2 Kết quả định danh HLA lớp I và II.

Do HLA là những kháng nguyên đồng trội, nên ở mỗi cá thể có sự biểu hiện của cả 2 kháng nguyên ứng với mỗi locus. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nghiên cứu 176 trường hợp: bao gồm 95 người cho thận và 81 người nhận thận không cùng huyết thống. Như vậy, ứng với mỗi locus sẽ có 352 trường hợp được phân tích.

4.2.1 Kết quả định danh HLA lớp I. HLA-A thuộc HLA lớp I, qua kết quả nghiên cứu trình bày ở bảng 3, chúng tôi nhận thấy có 14 họ allele được tìm thấy ở locus HLA-A đối với người cho thận và 12 họ allele được tìm thấy ở người nhận thận. Kết quả cho thấy có sự tương đồng về tần suất xuất hiện của các allele chiếm ưu thế ở cả hai đối tượng nghiên cứu là HLA-A*02 (25,26% và 22,84%), A*11 (27,37% và 30,25%) và A*24 (18,95% và 16,05%). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu trước của chúng tôi (24,52% và 22,10%; 29,59% và 29,11%; 17,39% và 19,93%), tác giả Phan Nguyễn Thanh Vân (22,6%; 23,4%; 19,7%), Lê Xuân Hải (22,60%; 31,41%; 18,3%), Vũ Thị Hạnh (26,7%; 27,6%; 18,1%), Hieu NT (HLA-A*11: 22,72%). Allele HLA-A*02 được xác định chiếm ưu thế trong nghiên cứu cũng được ghi nhận là một trong số các allele rất phổ biến ở người Châu Á với tần suất hiện diện từ 20% đến 28% [2][3][4][5][7][9].

Trong locus HLA-A, allele HLA-A*32 được ghi nhận hiện diện rất thấp ở cả hai đối tượng nghiên cứu. Ngoài ra, ở người cho thận, chúng tôi còn ghi nhận một số allele có tần suất hiện diện rất thấp như HLA-A*01 (0,53%), A*03

(0,53%), A*23 (0,53%), A*68 (0,53%) hoặc không xuất hiện như HLA-A*36, A*74. Tương tự, ở đối tượng người nhận thận, chúng tôi ghi nhận một số allele có tần suất hiện diện rất thấp như HLA-A*36 (0,62%), A*74(0,62%) hoặc không xuất hiện như HLA-A*03, A*23, A*34, A*68. Bước đầu ghi nhận sự khác biệt về sự phân bố allele trong locus HLA-A giữa người cho thận và người nhận thận không cùng huyết thống.

HLA-B cũng là một locus thuộc HLA lớp I. Qua kết quả thống kê ở bảng 4, chúng tôi tìm thấy 21 họ allele đại diện cho locus B được tìm thấy ở đối tượng người cho thận và 18 họ allele được ghi nhận ở người nhận thận. Qua thống kê, ghi nhận có 2 allele HLA-B*15 (22,63% và 29,63%) và HLA-B*46 (10,53% và 10,49%) chiếm ưu thế ở hai đối tượng nghiên cứu. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phan Nguyễn Thanh Vân (19,2%), Lê Xuân Hải (23,52%), Vũ Thị Hạnh (27,2%) và Hieu NT (22,18%). Allele HLA-B*15 chiếm ưu thế được tìm thấy trong nghiên cứu cũng là allele thường gặp ở người Châu Á với tần suất hiện diện từ 5%-20% [2][3][4][7][9].

Chúng tôi ghi nhận allele HLA-B*40 cũng xuất hiện ở tần suất cao (8,95%) ở người cho thận. Trong khi allele HLA-B*07 lại chiếm ưu thế (12,35%) ở người nhận thận. Bước đầu ghi nhận sự khác biệt về phân bố HLA giữa người cho và nhận thận không cùng huyết thống. Trong locus HLA-B, chúng tôi ghi nhận allele HLA-B*56 hiện diện với tần suất rất thấp ở cả hai đối tượng nghiên cứu. Ngoài ra, ở người cho thận, chúng tôi ghi nhận thêm allele HLA-B*41 (0,53%) cũng hiện diện với tỷ lệ rất thấp. Tương tự, ở đối tượng người nhận thận, chúng tôi phát hiện một số allele không xuất hiện như HLA-B*37, B*41, B*52.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận ở cả hai locus HLA-A và HLA-B, họ allele của người cho thận không cùng huyết thống được ghi nhận xuất hiện nhiều hơn người nhận thận.

4.2.2 Kết quả định danh HLA lớp II. Qua kết quả nghiên cứu khảo sát ở bảng 5, chúng tôi nhận thấy có 13 họ allele thuộc locus HLA-DRB1 được tìm thấy ở đối tượng người cho thận và 14 họ allele được tìm thấy ở người nhận thận. Có 3

allele được ghi nhận có tần suất xuất hiện nhiều nhất ở cả hai đối tượng nghiên cứu là HLA-DRB1*09 (12,63% và 9,26%), DRB1*12 (29,47% và 37,04%), DRB1*15 (12,11% và 8,02%). Trong đó, allele HLA-DRB1*12 được ghi nhận có tần suất xuất hiện cao nhất trong locus HLA-DRB1. Kết quả này có sự tương đồng với tác giả Phan Nguyễn Thanh Vân (29,8%), Lê Xuân Hải (30,09%), Vũ Thị Hạnh (33,9%) và Hieu NT (23,53%) [2][3][4][9]. Tuy nhiên, theo tác giả U. Shankarkumar, allele HLA-DRB1*15 mới được xem là một trong các allele có tỷ lệ phổ biến cao ở người Châu Á với tỷ lệ hiện diện từ 10% đến 18% [7].

Ngoài ra, allele HLA-DRB1*04 cũng được ghi nhận chiếm ưu thế ở người nhận thận (8,02%). Trong locus HLA-DRB1, chúng tôi còn ghi nhận allele HLA-DRB1*01 có tần suất hiện diện rất thấp ở cả hai đối tượng nghiên cứu (0,53% và 0,38%). Riêng allele HLA-DRB1*18 chỉ hiện diện ở người nhận thận (0,62%).

Theo y văn, tỷ lệ hoà hợp HLA giữa người cho và người nhận theo thứ tự ưu tiên các loci HLA-DR, B, A càng cao thì thời gian tồn tại của mảnh ghép càng lâu dài vì các loci này có số allele nhiều nhất, trong đó locus HLA-DR có tầm quan trọng nhất, vì locus này thuộc HLA lớp II, các kháng nguyên thuộc HLA lớp II có trong mảnh ghép được ghi nhận có liên quan đến các yếu tố kích thích vật chủ gây hoạt hóa các đáp ứng miễn dịch làm cho mảnh ghép bị loại bỏ. Các loci thuộc HLA lớp I sẽ đóng vai trò nhận dạng và quyết định tính đặc hiệu trong việc huy động tế bào lympho T gây độc tấn công mảnh ghép [8].

HLA-DQA1 thuộc HLA lớp II. Kết quả nghiên cứu ở bảng 6 ghi nhận có 6 họ allele thuộc cả hai đối tượng nghiên cứu. Trong đó, ghi nhận 3 allele có tần suất xuất hiện cao ở cả hai đối tượng nghiên cứu là HLA-DQA1*01 (36,32% và 32,72%), DQA1*03 (20% và 17,28%) và DQA1*06 (21,58% và 31,48%). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu trước của chúng tôi (35,99% và 33,21%; 18,60% và 18,96%; 25,24% và 31,88%) [5].

HLA-DQB1 cũng là một locus thuộc HLA lớp II. Qua kết quả ở bảng 7, chúng tôi tìm thấy có 6 họ allele của locus HLA-DQB1 hiện diện ở người cho thận và 5 họ allele được tìm thấy ở người nhận thận không cùng huyết thống. Tỷ lệ các allele HLA-DQB1*03 (49,47% và 54,94%), DQB1*05 (28,95% và 20,99%) chiếm ưu thế ở cả hai đối tượng nghiên cứu. So sánh với các tác giả khác, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt nhiều về về sự hiện diện chiếm ưu thế của 2

allele trên với tác giả Nguyễn Xuân Hải (45,95%; 19,46%), Phan Nguyễn Thanh Vân (40,3%; 28,3%) [3][4]. Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng ghi nhận allele HLA-DQB1*02 xuất hiện với tần suất cao ở người cho thận không cùng huyết thống (11,58%). Trong khi đó, allele HLA-DQB1*06 (12,35%) được ghi nhận chiếm ưu thế ở đối tượng người nhận thận không cùng huyết thống. Bước đầu ghi nhận đây chính là điểm khác biệt giữa phân bố HLA-DQB1 giữa hai đối tượng nghiên cứu. Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận allele HLA-DQB1*01 có tần suất hiện diện rất thấp ở đối tượng người cho thận (0,53%) và hoàn toàn không hiện diện ở người nhận thận.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào hai đối tượng chính là người cho thận và người nhận thận không cùng huyết thống, các đối tượng nghiên cứu được ghi nhận sống đa phần tại miền Nam, Việt Nam. Do vậy, mặc dù có sự tương đồng về các allele chiếm ưu thế với các tác giả được so sánh trong nghiên cứu nhưng vẫn có sự khác biệt phần nào về tỷ lệ phạm trăm tần suất hiện diện của các allele. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của các tác giả khác là gộp chung cả người cho, người nhận tạng và tủy xương. Ngoài ra, sự khác nhau về tần suất hiện diện còn có thể do cỡ mẫu nghiên cứu, vùng miền hoặc do phương pháp thực hiện xét nghiệm. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng kỹ thuật xét nghiệm PCR-SSO để định danh HLA, trong khi đó một số tác giả khác sử dụng kỹ thuật PCR-SSP (Polymerase Chain Reaction- Sequence Specific Primers).

V. KẾT LUẬN

Trong 95 người cho thận không cùng huyết thống tham gia nghiên cứu cùng với 81 người nhận thận: tỷ lệ nam chiếm đa số ở cả hai đối tượng nghiên cứu. Ở người cho thận không cùng huyết thống, độ tuổi nghiên cứu tập trung từ 18-30 tuổi. Đối người nhận thận, độ tuổi tập trung từ 31-40 tuổi.

Ở đối tượng người cho thận không cùng huyết thống, ghi nhận kết quả định danh HLA với các allele chiếm tần suất hiện diện cao như HLA-A*02, A*11, A*24, B*15, B*46, B*40, DRB1*9, DRB1*12, DRB1*15, DQA1*01, DQA1*03, DQA1*06, DQB1*02, DQB1*03, DQB1*05. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận sự xuất hiện với tần suất thấp của các allele HLA-A*01, A*03, A*23, A*32, A*68, B*41, B*56, DRB1*01, DQB1*01 hoặc không xuất hiện của các allele HLA-A*21, A*36, A*74, B*14, B*53.

Ở đối tượng người nhận thận không cùng huyết thống, ghi nhận kết quả định danh HLA

với các allele chiếm tần suất hiện diện cao như HLA-A*02, A*11, A*24, B*07, B*15, DRB1*09, DRB1*12, DRB1*15, DQA1*01, DQA1*03, DQA1*06, DQB1*03, DQB1*05, DQB1*06. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận sự xuất hiện với tần suất thấp của các allele HLA-A*03, A*23, A*34, A*68, B*56, DRB1*01, DRB1*18 hoặc không xuất hiện của các allele HLA-A*23, B*7, B*41, B*52, DQB1*01.

Bước đầu ghi nhận có sự khác biệt về phân bố HLA giữa hai đối tượng nghiên cứu: sự khác nhau về tần suất hiện diện chiếm ưu thế của các allele HLA-B*40, DQB1*02 ở người cho thận và các allele HLA-B*07, DRB1*04, DQB1*06 ở người nhận thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David W.Gjertson, J. Michael Cecka (2000). Living unrelated donor kidney transplantation. *Kidney International*. Volume 58, Issue 2, August 2000, Pages 491-499.
2. Hieu HT, Ha NT, Song LH, Nghi TH (2019). Association of Human Leukocyte Antigen Haplotypes With End-Stage Renal Disease in Vietnamese Patients Prior to First Transplantation. *Transplant Proc*. 2019 Oct;51(8):2549-2554.
3. Hoàng Thị Tuệ Ngọc, Phan Nguyễn Thanh Vân, Huỳnh Thị Thu Hương, Phạm Thị Kim Ngân, Lê Thanh Trúc, Nguyễn Tấn Bình (2011). Ứng dụng kỹ thuật PCR-SSP xác định các loci HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DRB3/4/5 và -DQB1 tại bệnh viện truyền máu huyết học thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí y học TP.HCM*. Tập 15, phụ bản số 4. Trang 488-492.
4. Lê Xuân Hải, Nguyễn Anh Trí, Bạch Quốc Khánh, Bạch Khánh Hòa, Lê Thị Hồng Nhung, Lê Thanh Hậu (2013). Nghiên cứu tần suất kiểu hình HLA ở bệnh nhân ghép tạng và người hiến tạng/tủy xương từ 2007-2013. *Tạp chí y học Việt Nam*. Số 405. Trang 101-106.
5. Phạm Lê Nhật Minh, Nguyễn Thị Thu Hoài, Trần Văn Bảo, Trần Thị Mỹ Duyên, Nguyễn Thị Mỹ Tiên, Huỳnh Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Cẩm, Đào Thị Thoan, Nguyễn Thị Nguyệt Anh, Nguyễn Trường Sơn (2019). Khảo sát đặc điểm về HLA và kháng thể kháng HLA của cặp người cho và nhận thận được xét nghiệm tại Trung tâm truyền máu Chợ Rẫy. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*. Phụ bản tập 23, số 6 năm 2019. Trang 85-93.
6. Trần Ngọc Sinh, Nguyễn Trường Sơn (2016). Ghép thận từ người cho tìm ngừng đập: Triển vọng mới giải quyết nạn khan hiếm nguồn hiến tạng tại Việt Nam. *Tạp chí Y học TP.HCM*. Tập 20. Số 4 năm 2016. Trang 10-16.
7. U. Shankarkumar (2010). Complexities and similarities of HLA antigen distribution in Asian subcontinent. *Indian J Hum Genet*. 2010 Sep-Dec; 16(3): 108-110.
8. Vũ Dương Quý, Phạm Mạnh Hùng (2014). Miễn dịch ghép. *Miễn dịch học*. Nhà xuất bản y học. Trang 277-290.
9. Vũ Thị Hạnh, Nguyễn Thiên Lữ, Nguyễn Thị Tú Anh, Đỗ Thị Kiều Anh, Phạm Quang Vinh (2017). Khảo sát tần suất phân bố các allele thuộc Loci HLA-A, HLA-B, HLA-DRB1 ở bệnh nhân ghép thận, ghép tế bào gốc và người cho bằng phương pháp PCR-SSP tại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí y học TP.HCM*. Phụ bản tập 21-số 6-2017. Trang 363-367.

MỐI QUAN HỆ GIỮA SIÊU ÂM TIM VÀ ĐIỆN TÂM ĐỒ TRONG ĐÁNH GIÁ PHÌ ĐẠI THẤT TRÁI

Nguyễn Thượng Nghĩa*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phì đại thất trái làm tăng nguy cơ các biến cố tim mạch, đặc biệt biến cố đột quỵ và suy thận đi kèm, và có giá trị tiên lượng trên bệnh nhân tăng huyết áp (Ishikawa et al, 2009) (Peterson et al., 2013)[7]. Chẩn đoán phì đại thất trái là rất cần thiết trong đánh giá bệnh nhân tim mạch. **Mục tiêu:** Khảo sát mối liên hệ giữa điện tâm đồ và siêu âm tim trong đánh giá phì đại thất trái ở bệnh nhân bình thường và bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, qua đó khảo sát độ nhạy, độ chuyên của các tiêu chuẩn chẩn đoán phì đại

thất trái ở bệnh nhân Việt Nam trên điện tâm đồ. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Trong nghiên cứu ghi nhận 145 bệnh nhân và chia thành 4 nhóm (bệnh nhân bình thường, bệnh nhân tăng huyết áp, bệnh nhân bệnh van động mạch chủ, bệnh nhân bệnh tim khác). Siêu âm tim phát hiện phì đại thất trái cao nhất ở nhóm bệnh van động mạch chủ (93,5%), tăng huyết áp (89,5%) và nhóm bệnh tim khác thấp nhất (61,9%). Điện tâm đồ phát hiện phì đại thất trái tùy theo các tiêu chuẩn; tiêu chuẩn Sokolow Lyon: bệnh lý van động mạch chủ (51,6%), tăng huyết áp (64,9%), bệnh tim khác (25%); Tiêu chuẩn Cornell: bệnh van động mạch chủ (64,5%), tăng huyết áp (38,6%), bệnh tim khác (50%). Trong các tiêu chuẩn chẩn đoán phì đại thất trái trên điện tâm đồ thì tiêu chuẩn Sokolow Lyon có độ nhạy và độ chuyên tốt hơn các tiêu chuẩn khác. So sánh chẩn đoán phì đại thất trái trên siêu âm tim và điện tâm đồ thì phương pháp siêu âm tim phát hiện chính xác hơn so với điện tâm đồ.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: nghia2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 9.4.2020

Ngày duyệt bài: 15.4.2020

Kết luận: Siêu âm tim chẩn đoán phì đại thất trái có độ chính xác cao hơn điện tâm đồ và là phương pháp được ưa chuộng hiện nay để chẩn đoán phì đại thất trái bởi vì các tính năng ưu việt của nó: không xâm lấn, rẻ tiền, thông dụng.

Từ khóa: Siêu âm tim, điện tâm đồ, phì đại thất trái

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN ECHOCARDIOGRAPHY & ELECTROGRAPHY IN EVALUATION OF LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY

Background: Left ventricular hypertrophy (LVH) raises the risk of cardiovascular events, especially stroke and associated renal failure, and has a prognostic value in hypertensive patients. Diagnosis of left ventricular hypertrophy is essential in evaluation & stratify cardiovascular risk in daily clinical practice.

Objectives: Investigation of the association between electrocardiogram (ECG) and echocardiogram in assessment of left ventricular hypertrophy in normal patients and patients with cardiovascular disease in Vietnamese. **Study design:** Cross-sectional study.

Results: There are 4 groups: normal people: 37, hypertensive patients: 57 pts, aortic patients: 31 pts, other cardiovascular disease: 20 pts. Echocardiography detected left ventricular hypertrophy in the aortic valve disease group, hypertension and the group of other heart disease respectively 93.5%, 89.5%, 61.9%. Left ventricular hypertrophy detected by Sokolow Lyon criteria in aortic valve disease, hypertension, other heart disease is respectively 51.6%, 64.9%, 25%. Left ventricular hypertrophy detected by Cornell criteria in aortic valve disease 64.5%, hypertension 38.6%, other heart disease 50% respectively. Among the criteria for diagnosis of left ventricular hypertrophy on ECG, Sokolow Lyon criteria has better sensitivity and specificity than other criteria. Comparing the diagnosis of left ventricular hypertrophy, the echocardiography was more accurate than ECG. **Conclusion** The echocardiography was more accurate than electrocardiography in diagnosis of LVH. Echocardiography is the current preferred standard method for diagnosing left ventricular hypertrophy in daily clinical practice because of its superior features: non-invasive, inexpensive, popular.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chẩn đoán phì đại thất trái (LVH) là rất cần thiết trong đánh giá bệnh nhân tim mạch. Các phương pháp chẩn đoán bao gồm khám lâm sàng, điện tâm đồ (ECG) và siêu âm tim; nhưng tất cả có những hạn chế riêng [1], [5]. Theo tổng kê gộp (meta-analysis) từ 26 nghiên cứu, trên 40444 bệnh nhân, tỉ lệ phì đại thất trái trên điện tâm đồ (ECG): 18% (1- 40%) (nam: 24%, nữ: 16%); một tổng kê gộp khác (meta-analysis) 30 nghiên cứu trên 37700 bệnh nhân, tỉ lệ phì đại thất trái trên siêu âm tim (ECHO): 36-41% (nam: 40%, nữ: 42%) [8]. Chụp buồng

thất trái trên thông tim được xem như phương pháp đánh giá khối lượng cơ thất trái tốt có tương quan với tử thiết [2], tuy nhiên phương pháp này phức tạp, chi phí và rủi ro của thủ thuật nên hạn chế sử dụng, chỉ có giá trị nghiên cứu, sử dụng trên lâm sàng còn hạn chế [4]. Siêu âm tim đánh giá độ dày vách liên thất, thành sau và đường kính thất trái [3], [6] và có nhiều nghiên cứu cho thấy mối tương quan tốt trong đánh giá khối lượng cơ thất trái giữa siêu âm tim và chụp buồng thất trái [2], [6]. Trên lâm sàng hiện nay hai phương pháp được sử dụng phổ biến nhất là siêu âm tim và điện tâm đồ; do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: khảo sát mối liên hệ giữa điện tâm đồ (ECG) và siêu âm tim trong đánh giá phì đại thất trái ở bệnh nhân bình thường và bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, qua đó khảo sát độ nhạy, độ chuyên biệt của các tiêu chuẩn chẩn đoán phì đại thất trái ở bệnh nhân Việt Nam trên ECG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- Gồm 145 bệnh nhân chia 4 nhóm:
 - + Nhóm chứng: 37 bệnh nhân bình thường
 - + Nhóm bệnh nhân tăng huyết áp: 57 bệnh nhân
 - + Nhóm bệnh nhân bệnh van động mạch chủ: 31 bệnh nhân (gồm hẹp hở hoặc hẹp, hở van động mạch chủ)
 - + Nhóm bệnh nhân bệnh tim mạch khác: 20 bệnh nhân
- Các bệnh nhân bị bloc nhánh trái hoặc nhồi máu cơ tim bị loại khỏi lô nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Khám lâm sàng đầy đủ, phân nhóm. Khảo sát sự phân bố giới tính, tuổi.

Đo ECG bằng máy FUKUDA tất cả các bệnh nhân: ghi nhận các số liệu: R (DI, DII, DIII, aVL, aVF, V4, V5, V6); S(V1, V2, V3). Trục QRS, thời gian nội điện, bất thường nhĩ trái, biến đổi ST – T, các tiêu chuẩn LVH (Sokolow Lyon, Rombilt – Esters, Cornell).

Siêu âm tim đánh giá kết quả: đường kính thất trái thì tâm trương (LVIDd), đường kính vách liên thất thì tâm trương (IVSd), đường kính thành sau thất trái thì tâm trương (LVPWd), đường kính động mạch chủ (AO), đường kính nhĩ trái (LA).

Khối lượng cơ thất trái (LVM) = $1.04 \times 10^{-3} [(LVIDd + LVPWd + IVSd)^3 - LVIDd^3] - 14$ (g).

Tiêu chuẩn LVH trên siêu âm: vách liên thất và thành sau thất trái dày hơn 11 mm. khối cơ thất trái lớn hơn 210 – 215g.

	Phẫu nghiệm tử thi			Siêu âm tim			
	BOVE và Cs	N.Reiche R.Devereux	Lê Gia Vinh Đặng Kim Châu	Feigenhour	N.Reichek R.Revereux	Framinham Study	Việt Nam BV Chợ Rẫy
IVSd (mm)	13 ± 1	13	10,5 ± 1,3	6 - 11	6 - 11	6 - 11	6 - 10,5
LVPWd (mm)	12 ± 1	12	11 ± 1,6	6 - 11	6 - 11	6 - 11	6 - 11
LVMmax (g)	200	210	-	-	215	218	209

Phương pháp thống kê: thu thập số liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 17. So sánh các biến số của 2 phương pháp đo được thực hiện bằng cách sử dụng phương pháp phân tích hồi qui tuyến tính với bình phương tối thiểu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 145 bệnh nhân và chia thành 4 nhóm có kết quả sau: ở nhóm bệnh nhân tăng huyết (THA) áp chủ yếu là các bệnh nhân cao tuổi (>50 tuổi) chiếm 60%, nhóm bệnh nhân bệnh van động mạch chủ chủ yếu tập trung ở lứa tuổi 30-50 tuổi. Giới tính nam và nữ tương đương trong 4 nhóm.

Bảng 1. Đặc điểm siêu âm ở nhóm bệnh nhân bình thường

Đặc điểm	Chúng tôi (n = 37)	Nguyễn Mạnh Hà (n = 171)	Nước ngoài
AO (mm)	26,3 (20 - 30,5)	18 - 32	27 (20 - 37)
LA (mm)	26,9 (20,5 - 33,5)	20 - 32	29 (19 - 40)
IVS _d (mm)	8,35 (6 - 10,5)	5 - 11	9 (6 - 11)
LVPW _d (mm)	8,84 (6 - 11,0)	6 - 11	9 (6 - 11)
LVID _d (mm)	43,2 (31,5 - 53)	29 - 54	47 (37 - 56)
LVM (g)	133,6 (54,7-207)	-	-

Bảng 2. Kết quả khối lượng cơ thất trái ở các nhóm và tỉ lệ LVH trên siêu âm tim

Tên nhóm	LVH (g)	Độ phát hiện LVH	n
Nhóm chứng	54 - 211	0%	37
Tăng huyết áp	160 - 731	89,5%	57
Bệnh van động mạch chủ	154 - 777	93,5%	31
Bệnh tim khác	828 - 418	61,9%	20

Bảng 3. Kết quả điện tâm đồ ở các nhóm chẩn đoán LVH

Nhóm Tiêu chuẩn	Nhóm chứng (n = 37)	Tăng huyết áp (n = 57)	Bệnh van động mạch chủ (n = 31)	Bệnh tim khác (n = 20)
Tần số (tỷ lệ %)				
Sokolow β	3 (8,1%)	37	16	5 (25%)

Lyon		(64,9%)	(51,6%)	
Cornell	0	22 (38,6%)	20 (64,5%)	10 (50%)
Romhilt-Estes	0	23 (40,4%)	15 (48,4%)	5 (25%)

ECG có các ca dương tính giả (Sokolow Lyon), tỷ lệ phát hiện LVH trên ECG thấp hơn trên siêu âm tim. Ở bệnh nhân THA, tiêu chuẩn Sokolow Lyon có độ phát hiện cao hơn so với tiêu chuẩn Cornell.

Bảng 4. So sánh siêu âm tim và ECG trong chẩn đoán LVH ở nhóm bệnh nhân THA

ECG \ Siêu âm	LVH (+)	LVH (-)	Tổng
LVH (+)	40	1	41
LVH (-)	11	5	16
Tổng	51	6	57

- Độ phát hiện LVH trên siêu âm tim 51/57 (89,5%)

- Độ phát hiện LVH trên ECG 41/57 (71,9%)

- Khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,01)

Bảng 5. So sánh siêu âm tim và ECG trong chẩn đoán LVH ở nhóm bệnh nhân bệnh van động mạch chủ

ECG \ Siêu âm	LVH (+)	LVH (-)	Tổng
LVH (+)	23	2	25
LVH (-)	6	0	6
Tổng	29	2	31

- Độ phát hiện LVH trên siêu âm tim 29/31 (90,6%)

- Độ phát hiện LVH trên ECG 25/31 (80,6%)

- Khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05)

Bảng 6. So sánh siêu âm tim và ECG trong chẩn đoán LVH ở nhóm bệnh nhân bệnh tim khác

ECG \ Siêu âm	LVH (+)	LVH (-)	Tổng
LVH (+)	8	1	9
LVH (-)	5	7	12
Tổng	13	8	21

- Độ phát hiện LVH trên siêu âm tim 13/21 (61,9%)

- Độ phát hiện LVH trên ECG 9/21 (42,8%)

- Khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05)

Siêu âm có độ phát hiện cao và chuyên biệt hơn so với ECG trong chẩn đoán LVH, theo các kết quả nghiên cứu nước ngoài: N.Richek, R. Deveveux, B.Troy, J.Pimbo, Thomas arland

Malan, S. Goldstein... Các tác giả này đã chứng minh khối lượng cơ thất trái trên siêu âm tim liên hệ tốt với khối lượng cơ thất trái tính bằng quang tâm mạch và phẫu nghiệm tử thi (r

$=0,96$; độ chính xác 95%). Trong giai đoạn hiện nay, siêu âm tim là phương pháp mà chúng tôi làm chuẩn để đánh giá các tiêu chuẩn ECG.

Bảng 7. Tiêu chuẩn Sokolow-Lyon chẩn đoán LVH

Nhóm bệnh	Độ nhạy	Độ chuyên	Độ chính xác	Hệ số r	P < 0,01
Tăng huyết áp	70,58%	83,34%	72%	0,3	
Bệnh van động mạch chủ	55,2%	50%	54,9%	0,43	
Bệnh tim khác	38,5%	100%	62%	0,57	
Kết quả nước ngoài	22%	98%	76%		

Bảng 8. Tiêu chuẩn Romhilt – Estes chẩn đoán LVH

Nhóm bệnh	Độ nhạy	Độ chuyên	Độ chính xác	Hệ số r	P < 0,01
Tăng huyết áp	45,1%	100%	50,9%	0,6	
Bệnh van động mạch chủ	48,3%	50%	48,4%	0,4	
Bệnh tim khác	30%	87,5%	52,4%	0,57	
Kết quả nước ngoài	33%	94%	71%	0,04	

Bảng 9. Tiêu chuẩn Cornell chẩn đoán LVH

Nhóm bệnh	Độ nhạy	Độ chuyên	Độ chính xác	Hệ số r	P < 0,01
Tăng huyết áp	41,2%	83,3%	46%	0,3	
Bệnh van động mạch chủ	69%	50%	64%	0,45	
Bệnh tim khác	61,5%	75%	66,7%	0,7	
Kết quả nước ngoài	42%	96%	-	-	

Bảng 10. Tiêu chuẩn sóng R ở chuyển đạo ngực trái ($RV_4V_5V_6 \geq 25mm$) chẩn đoán LVH

Nhóm bệnh	Độ nhạy	Độ chuyên	Độ chính xác	Hệ số r
Tăng huyết áp	55,0%	100%	60%	-
Bệnh van động mạch chủ	55,2%	50%	54,8%	-
Bệnh tim khác	30,8%	100%	57,1%	-

Bảng 11. Tiêu chuẩn sóng S ở chuyển đạo ngực phải $SV_1V_2V_3 \geq 25mm$) chẩn đoán LVH

Nhóm bệnh	Độ nhạy	Độ chuyên	Độ chính xác	Hệ số r
Tăng huyết áp	49%	100%	54,7%	-
Bệnh van động mạch chủ	69%	50%	64,5%	-
Bệnh tim khác	61,5%	100%	76,2%	-

Bảng 12. Tiêu chuẩn sóng R ở các chuyển độ a ($RaVL \geq 11mm$) chẩn đoán LVH

Nhóm bệnh	Độ nhạy	Độ chuyên	Độ chính xác	Hệ số r
Tăng huyết áp	3,9%	100%	14%	0,2
Bệnh van động mạch chủ	13,8%	100%	19,3%	0,53
Bệnh tim khác	7,7%	100%	42,8%	0,5
	4,7%	99%	83%	

Bảng 13. Tiêu chuẩn sóng R ở các chuyển độ a ($RaVL \geq 20mm$) chẩn đoán LVH

Nhóm bệnh	Độ nhạy	Độ chuyên	Độ chính xác	Hệ số r
Tăng huyết áp	0%	-	-	-
Bệnh van động mạch chủ	3,5%	100%	9,7%	0,4
Bệnh tim khác	0%	-	-	0,22
Kết quả nước ngoài	50%	89%	-	-

Bảng 14. Tiêu chuẩn trục QRS ($QRS \leq 15^\circ$) chẩn đoán LVH

Nhóm bệnh	Độ nhạy	Độ chuyên	Độ chính xác	Hệ số r
Tăng huyết áp	16%	83,3%	23%	- 0,09
Bệnh van động mạch chủ	10,3%	100%	16,1%	- 0,3
Bệnh tim khác	15,4%	87,5%	42,9%	- 0,23
Kết quả nước ngoài	33%	97%	78%	-

Bảng 15. Tiêu chuẩn dày nhĩ trái trong chẩn đoán LVH

Nhóm bệnh	Độ nhạy	Độ chuyên	Độ chính xác	Hệ số r
Tăng huyết áp	39,5%	100%	45,6%	-

Bệnh van động mạch chủ	38%	50%	38,7%	-
Bệnh tim khác	30,8%	62,5%	42,9%	-
Kết quả nước ngoài	47%	91%	78%	-

Bảng 16. Tiêu chuẩn sự kéo dài nhánh nội điện (ID Intrinsicoid. Ocjection) chẩn đoán LVH

Nhóm bệnh	Độ nhạy	Độ chuyên	Độ chính xác	Hệ số r
Tăng huyết áp	55%	83,3%	58%	0,3
Bệnh van động mạch chủ	65,5%	0%	61,3%	0,6
Bệnh tim khác	38,5%	87,5%	57,1%	0,4
Kết quả nước ngoài	30%	100%	79%	-

Bảng 17. Tiêu chuẩn biến đổi ST – T trong chẩn đoán LVH

Nhóm bệnh	Độ nhạy	Độ chuyên	Độ chính xác	Hệ số r
Tăng huyết áp	45,1%	100%	50%	-
Bệnh van động mạch chủ	34,5%	100%	35,5%	-
Bệnh tim khác	38,5%	87,5%	57,1%	-
Kết quả nước ngoài	50%	93%	80%	-

IV. BÀN LUẬN

Các số liệu siêu âm tim bình thường ở người Việt Nam tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Hà trên 171 bệnh nhân. So sánh với kết quả phẫu nghiệm tử thi của tác giả Lê Gia Vinh, Đặng Kim Châu, Nguyễn Văn Phan, Vũ Công Hòa thì kích thước buồng tim trái trên siêu âm tim và trên tử thi xấp xỉ bằng nhau. Các số liệu siêu âm tim bình thường ở người Việt Nam đều nhỏ hơn so với các nước Âu-Mỹ. Từ đó chúng tôi rút ra sự phát triển tim của các dân tộc thì khác nhau, phụ thuộc vào điều kiện kinh tế, môi trường sống và đặc điểm của từng dân tộc. Ước lượng khối cơ tim thất trái ở người bình thường Việt Nam lớn nhất là 210g.

Một số nhận xét sơ bộ của chúng tôi trong đánh giá VLH trên siêu âm tim ở các nhóm bệnh: nhóm bệnh tăng huyết áp: tăng bề dày thành sau thất trái và vách liên thất là chủ yếu, các trường hợp có kèm giảm buồng thất trái thường là kết hợp với bệnh mạch vành, tiểu đường hoặc đã biến chứng suy tim; nhóm bệnh van động mạch chủ: chủ yếu là hở van động mạch chủ hoặc hẹp hở động mạch chủ với hở là chính, do đó dẫn buồng thất trái trở nên là chủ yếu còn bề dày thành thất gia tăng ít hơn. Do đó chẩn đoán VLH trên siêu âm tim nên kết hợp phương pháp đo bề dày của thành tim với khối lượng cơ thất trái.

Bàn luận tiêu chuẩn điện tâm đồ trong chẩn đoán LVH, ECG là phương pháp gián tiếp để đánh giá LVH nên nó bị ảnh hưởng của nhiều yếu tố: tuổi tác, thể trạng, bệnh lý van tim kèm theo hở van 2 lá..., bệnh lý tim khác như nhồi máu cơ tim, suy tim ứ huyết, tràn dịch màng tim, khí phế thũng, các rối loạn dẫn truyền. Do đó có nhiều hạn chế. So sánh với phương pháp siêu âm tim thì ECG có độ nhạy kém hơn, độ chuyên biệt cũng thấp hơn.

Siêu âm tim

- Phương pháp trực tiếp
- Khảo sát về hình thái học
- Ít bị hạn chế: chỉ không đánh giá được ở các bệnh nhân không có "cửa sổ" siêu âm

- Độ phát hiện cao
- Độ chuyên biệt cao
- Hầu như không có các ca (+) giả
- Đánh giá các bệnh lý van tim màng tim kèm theo

ECG: - Phương pháp gián tiếp

- Khảo sát về điện học
- Nhiều hạn chế, bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố tuổi tác, thể trạng bệnh lý kèm theo
- Độ phát hiện thấp hơn
- Độ chuyên biệt kém hơn
- Thường còn tỉ lệ (+) giả khoảng 5-10%
- Ít đánh giá được, chỉ có giá trị hướng dẫn

Đánh giá các tiêu chuẩn ECG trong chẩn đoán LVH:

- Tiêu chuẩn Sokolow – Lyon: tiêu chuẩn này có độ nhạy cao ở các bệnh lý có khuynh hướng dày thất trái: THA, bệnh van động mạch chủ, đặc biệt ở bệnh cao HA là 70% và kết quả cũng cao hơn so với người nước ngoài.

- Tiêu chuẩn Romhilt – Estes: đây là 1 tiêu chuẩn có độ chuyên biệt cao nhưng độ phát hiện thấp hơn so với các tiêu chuẩn khác.

- Tiêu chuẩn Cornell: đây là tiêu chuẩn điện thế mới được đưa vào sử dụng từ 1986 và được dùng rộng rãi vì đơn giản và độ nhạy cao. So sánh với nước ngoài thì kết quả của chúng tôi rất cao đặc biệt là ở nhóm bệnh van động mạch chủ (>70%).

- Tiêu chuẩn biên độ khác: tiêu chuẩn RaVL $\geq 11\text{mm}$, RaVF $\geq 20\text{mm}$ hầu như không có giá trị trong chẩn đoán lâm sàng ở người Việt Nam vì độ nhạy rất thấp (< 5%).

- Tiêu chuẩn trục QRS ≤ -150 có giá trị phát hiện thấp hơn so với nước ngoài.

- Các tiêu chuẩn khác: biến đổi ST – T, kéo

dài nhánh nội điện, biến đổi nhĩ trái đều xấp xỉ so với nước ngoài.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm tim là phương pháp được ưa chuộng hiện nay để chẩn đoán LVH bởi vì các tính năng ưu việt của nó: không xâm lấn, rẻ tiền, thông dụng, phương pháp khảo sát trực tiếp hình thể học của tim và khảo sát buồng tim van tim. Trong chẩn đoán LVH nó là phương pháp có độ chính xác cao (hệ số tương quan $r = 0,96$, độ chính xác 95%) do đó có thể dùng làm chuẩn để đánh giá các tiêu chuẩn LVH của ECG trên người Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baxley WA, Dodge HT, Sandler H (1968).** A quantitative angiographic study of left ventricular hypertrophy and the electrocardiogram. *Circulation*, 37(4): 509-517.
2. **Devereux RB, Reichek N (1977).** Echocardiographic determination of left ventricular mass in man. *Circulation*, 55(4): 613-618.
3. **Feigenbaum H, Popp RL, Wolfe SB, et al (1972).** Ultrasound measurements of the left ventricle. A correlative study with angiography. *Arch Intern Med*, 129(3): 461-467.
4. **Kennedy JW, Reichenbach DD, Baxley WA, Dodge HT (1967).** Left ventricular mass. A comparison of angiographic measurements with autopsy weight. *Am J Cardiol*, 19(2): 221-223.
5. **Romhilt DW, Bove KE, Norris RJ, et al (1969).** A critical appraisal of the electrocardiographic criteria for the diagnosis of left ventricular hypertrophy. *Circulation*, 40(2): 185-195.
6. **Troy BL, Pombo J, Rackley CE (1972).** Measurement of left ventricular wall thickness and mass by echocardiography. *Circulation*, 45(3):602-611.
7. **Primary Hypertension: Natural History and Evaluation in Kaplan's Clinical Hypertension 2010,** 4:108-117.
8. **Cuspidi C. et al.** Prevalence of left-ventricular hypertrophy in hypertension, *J Hum Hypertens*. 2012 Jun;26(6):343-9

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VẢY NẾN THÔNG THƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG 2017

Phạm Thị Minh Phương¹, Đỗ Quang Trọng², Đặng Thị Lương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh vảy nến thông thường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 152 đối tượng được chẩn đoán vảy nến thông thường tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1/2017 đến tháng 9/2017. Các thông tin về tiền sử bệnh, vị trí khởi phát, thời gian mắc bệnh, các bệnh lý kèm theo và biểu hiện lâm sàng được thu thập qua bệnh án nghiên cứu. Phần mềm SPSS 16.0 được sử dụng để phân tích số liệu. **Kết quả:** Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, ở độ tuổi từ 40-49 tuổi hay gặp nhất (30,26%), độ tuổi trung bình $44,10 \pm 12,67$. Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới (73,68% so với 26,32%). Người có tiền sử gia đình mắc vảy nến chiếm 19,74%. Bệnh thường gặp hơn vào mùa đông (46,05%). Một số bệnh nhân có các bệnh lý khác kèm theo như rối loạn chuyển hóa lipid (46,05%), tăng huyết áp (18,42%), đái tháo đường (9,21%). Tổn thương khởi phát vảy nến gặp chủ yếu vùng đầu (73,68%), tổn thương có ở vùng thân mình gặp ở 90,13% bệnh nhân, vị trí quanh các khớp có tỉ lệ thấp nhất 5,26%. Trong các bệnh nhân vảy nến thông thường, vảy nến thể mảng chiếm

tỉ lệ cao nhất 71,71%. **Kết luận:** Vảy nến thể thông thường gặp chủ yếu ở nam giới, một số có người thân trong gia đình cũng bị vảy nến. Bệnh thường khởi phát vào mùa đông, tổn thương khởi phát gặp chủ yếu vùng đầu, tổn thương hiện tại gặp nhiều nhất ở thân mình. Bệnh lý kèm theo vảy nến thường gặp là rối loạn chuyển hóa lipid, đái tháo đường, tăng huyết áp.

Từ khóa: Vảy nến, vảy nến thông thường

SUMMARY

CLINICAL MANIFESTATIONS OF PSORIASIS VULGARIS IN NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENERELOGY IN 2017

Objective: To describe clinical manifestations of psoriasis vulgaris in National Hospital of Dermatology and Venereology from Jan 2017 to Sep 2017. **Methods:** a cross-sectional study was implemented on 152 patients suffering from psoriasis vulgaris. The informations on patients's history, duration of the disease, accompanying diseases, clinical manifestations were collected. SPSS 16.0 software was used for data analysis. **Results:** Among the subjects, the age group of 40-49 was the most common (accounted for 30.26%), mean age of $44,10 \pm 12,67$, male patients accounted for 73,68%. 19.74% of the patients had family members suffering from psoriasis. Many patients (46.05%) had the disease started in winter time. Staring lesions were seen in head mostly (accounted for 73.68%). The trunk was the most common site of the lesions (seen in 90.13%). The other diseases accompany with

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Minh Phương

Email: phuongphamdv@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2020

Ngày duyệt bài: 14.4.2020

psoriasis included lipid metabolism disorder (seen in 46.05%), hypertension (18.42%), diabetes (9.21%). Plaque psoriasis was the most common (71.17%), followed by gutted psoriasis (19.08%) and nummular psoriasis (9.21%). **Conclusion:** psoriasis vulgaris is seen more in men. Family history is common. The most common starting site is head and starting time is winter time. Most of patient have lesion on trunk. Accompanying other diseases includes lipid metabolism disorder, diabetes and hypertension.

Key word: psoriasis, psoriasis vulgaris

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là bệnh da khá phổ biến ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Bệnh không gây tử vong nhưng ảnh hưởng lớn đến hoạt động, thẩm mỹ và chất lượng sống của người bệnh. Vảy nến là một bệnh da có biểu hiện rất đa dạng, có nhiều thể lâm sàng khác nhau: vảy nến thông thường, vảy nến thể mủ, vảy nến thể khớp... Trong đó phổ biến nhất là vảy nến thể thông thường [1], [2].

Vảy nến thông thường có tổn thương da đặc trưng là mảng đỏ ranh giới rõ, bề mặt có nhiều vảy trắng dễ bong. Số lượng và hình thái của tổn thương vảy nến thông thường cũng đa dạng, có thể là dạng giọt, hình đồng xu hoặc thành mảng lớn; có thể một hoặc nhiều tổn thương. Vị trí khởi phát tổn thương có thể ở bất kỳ đâu trên cơ thể, thường gặp nhiều vùng da đầu và vùng bì đê; các tổn thương móng, khớp, niêm mạc cũng có thể xuất hiện cùng vảy nến thể thông thường. Bệnh tiến triển từng đợt và mạn tính [2], [3].

Chính vì sự đa dạng về biểu hiện lâm sàng và tiến triển của các thể bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Khảo sát đặc điểm lâm sàng bệnh vảy nến thông thường tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1/2017 đến tháng 9/2017"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân mắc vảy nến đến khám và được quản lý tại phòng khám chuyên đề Bệnh viện Da liễu Trung ương trong thời gian tháng 1/2017 đến tháng 9/2017

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán vảy nến thông thường dựa vào các biểu hiện lâm sàng (các dát đỏ ranh giới rõ, màu đỏ tươi, trên có vảy da trắng dễ bong) và mô bệnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh lý toàn thân nặng hoặc các bệnh lý tâm thần không thể tham gia nghiên cứu

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, cách chọn mẫu toàn bộ

2.2.2 Các bước tiến hành. Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn theo tiêu chuẩn lựa

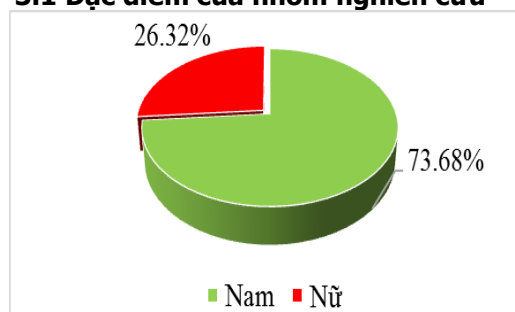
chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân được chẩn đoán mắc vảy nến theo các biểu hiện lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh. Bệnh nhân được cung cấp thông tin về nghiên cứu và ký thỏa thuận tham gia nghiên cứu tự nguyện. Các thông tin cơ bản về tuổi, giới, tiền sử các bệnh phối hợp của bệnh nhân và tiền sử bệnh vảy nến của các thành viên trong gia đình, thời gian mắc bệnh, vị trí xuất hiện bệnh ban đầu, cũng như sự liên quan các yếu tố khởi phát theo mùa được ghi nhận. Bệnh nhân được khám lâm sàng, đánh giá các vị trí của tổn thương, thể bệnh và mức độ bệnh. Các bệnh lý kèm theo như rối loạn chuyển hóa, tim mạch, dạ dày... cũng được khai thác. Thể bệnh được đánh giá theo thể mảng, thể đồng tiền, thể giọt, trong đó thể mảng: cách dát, mảng đỏ, kích thước lớn > 5cm, đồng tiền: là các dát đỏ, trên có vảy da dễ bong, ranh giới rõ, kích thước 1-5cm; thể giọt: các sẩn đỏ tươi, đồng đều, trên có vảy dễ bong, kích thước <1cm. Mức độ bệnh được phân thành mức độ bệnh nhẹ, vừa, nặng. Những bệnh nhân có diện tích tổn thương <3% diện tích cơ thể được đánh giá thể nhẹ, từ 3-10% diện tích cơ thể là mức độ trung bình và từ 10% diện tích cơ thể được coi là mức độ nặng. Đánh giá diện tích cơ thể theo quy tắc diện tích 1 lòng bàn tay được coi tương đương 1% diện tích cơ thể.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

2.3 Đạo đức trong nghiên cứu. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và bệnh nhân có thể dừng tham gia vào bất kỳ thời điểm nào. Các thông tin của bệnh nhân và tình trạng bệnh đều được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 0.1. Phân bố bệnh nhân vảy nến theo giới (n=152)

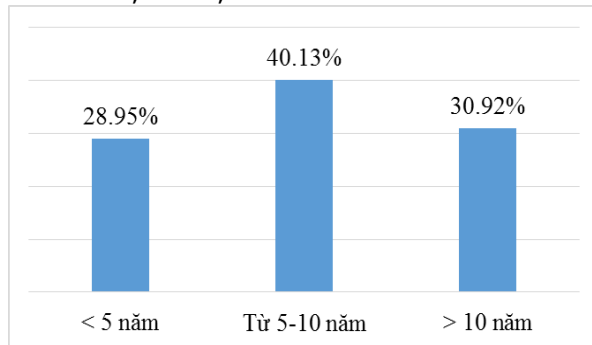
Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, nam giới chiếm tới 73,68%, nữ giới chiếm tỷ lệ ít hơn nhiều (26,32%)

Bảng 0.1. Phân bố bệnh nhân vảy nến

theo nhóm tuổi (n=152)

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
20-29	14	9,21
30-39	20	13,16
40-49	46	30,26
50-59	39	25,66
60-69	23	15,13
≥70	10	6,58
Tổng	152	100,00
X ± SD	44,10±12,67	

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 40-49 chiếm tỷ lệ cao nhất (30,26%), tuổi trung bình của bệnh nhân là 44,10±12,67.



Biểu đồ 0.2. Phân bố thời gian mắc bệnh của bệnh nhân vảy nến thông thường (n=152) (Thời gian mắc bệnh trung bình là: 7,6 ± 5,46 năm)

Nhận xét: thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với hơn 40%. thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là 7,6 năm.

Bảng 0.2. Tiền sử gia đình bệnh vảy nến (n=152)

Tiền sử gia đình có người bị vảy nến	Số lượng	Tỷ lệ %
Không	122	80,26
Có - Trong đó	30	19,74
- Cha	12	40,0
- Mẹ	6	20,0
- Anh, chị, em ruột	9	30,0
- Ông hoặc bà	3	10,0
Tổng	152	100,0

Nhận xét: Bảng trên cho thấy, có tới 19,74% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc bệnh vảy nến thông thường, trong đó, người bố bị vảy nến chiếm tỷ lệ cao nhất (40,0% trong tổng số người có tiền sử gia đình),

Bảng 0.3. BN khởi phát vảy nến thể thông thường theo mùa (n=152)

Tháng	Số lượng	Tỷ lệ %
Mùa xuân (tháng 1-3)	36	23,68
Mùa hè (tháng 4-6)	30	19,74
Mùa thu (tháng 7-9)	16	19,53
Mùa đông (tháng 10-12)	70	46,05
Tổng	152	100

Nhận xét: tỷ lệ khởi phát bệnh vào mùa đông là cao nhất rồi đến mùa xuân (23,69%) và mùa hè và mùa thu

Bảng 0.4. Tỷ lệ BN có bệnh kết hợp với bệnh vảy nến thông thường (n=152)

Bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Rối loạn chuyển hóa lipid	70	46,05
Tăng huyết áp	28	18,42
Đái tháo đường	14	9,21
Loét dạ dày, tá tràng	7	4,61
Bệnh tai-mũi-họng	6	3,95
Bệnh khác	5	3,29

Nhận xét: Trong số các bệnh nhân mắc vảy nến thông thường, tỷ lệ mắc thêm rối loạn chuyển hóa lipid là cao nhất (46,05%)

3.2 Đặc điểm lâm sàng của vảy nến thông thường

Bảng 0.5. Vị trí tổn thương lúc khởi phát bệnh (n=152)

Vị trí tổn thương khởi phát bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Đầu	112	73,68
Chi trên	20	13,16
Chi dưới	12	7,89
Lưng	5	3,29
Ngực	3	1,97
Tổng	152	100,0

Nhận xét: Tổn thương khởi phát gặp chủ yếu vùng đầu chiếm tới 73,68%.

Bảng 0.6. Vị trí tổn thương hiện tại của vảy nến thông thường (n=152)

Vị trí tổn thương hiện tại	Số lượng	Tỷ lệ %
Đầu	123	80,92
Mặt	32	21,05
Chi trên	112	73,68
Chi dưới	130	85,52
Thân mình (lưng, ngực)	137	90,13
Nếp gấp	24	15,79
Khớp	8	5,26

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có tổn thương ở thân mình, chiếm 90,13%, tiếp theo là chi dưới, đầu và chi trên với lần lượt là 85,52%, 80,92% và 73,68%.

Bảng 0.7. Một số thể lâm sàng vảy nến thông thường (n=152)

Thể lâm sàng vảy nến thông thường	Số lượng	Tỷ lệ %
Vảy nến mảng	109	71,71
Vảy nến giọt	29	19,08
Vảy nến đồng tiền	14	9,21
Tổng	152	100,0

Nhận xét: vảy nến thể mảng chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 71,71%.

Bảng 0.8. Phân bố bệnh nhân theo mức độ bệnh (n=152)

Mức độ bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Mức độ vừa	37	24,34
Mức độ nặng	115	75,66
Tổng	152	100,0

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân mắc bệnh vảy nến thông thường ở mức độ nặng (chiếm đến 75,66%). Còn lại đều ở mức độ vừa.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân là nam giới chiếm tới 73,68% gấp hơn hai lần so với nữ giới, tương tự một số nghiên cứu khác [4]. Sự phân bố của bệnh theo nhóm tuổi và tuổi trung bình của bệnh nhân là $44,10 \pm 12,67$, tương đồng với một số tác giả khác trong nước [4], [3]. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu khác tại Đài Loan vào năm 2011, chỉ ra nhóm tuổi có tỷ lệ mắc vảy nến cao nhất là 20-29 (chiếm 29,4%) và thậm chí nhóm dưới 19 tuổi (tức nhóm tuổi trẻ hơn) cũng có tỷ lệ cao hơn so với nhóm 30-39 và 40-49 [5]. Thực tế, tỷ lệ của các nhóm tuổi có thể khác nhau tùy theo từng khu vực, cấu trúc tuổi của dân số.

Thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (40,13%), tương tự với nghiên cứu của Phan Huy Chú (37,50%) [4]. Bệnh vảy nến là bệnh mạn tính, bệnh kéo dài suốt đời nên thời gian mắc bệnh dài chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân đến khám tại các bệnh viện tuyến đầu như Bệnh viện Da liễu Trung ương, bệnh nhân thường mắc bệnh lâu, nặng.

Nhiều bệnh nhân vảy nến có người thân trong gia đình cũng mắc bệnh, tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 19,74%, phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả, cho thấy tính chất gia đình của bệnh vảy nến [3], [4], [7].

Sự xuất hiện của bệnh vảy nến cũng được ghi nhận có sự khác nhau theo mùa trong năm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ khởi phát bệnh vào mùa đông là cao nhất (46,05%) rồi đến mùa xuân (23,69%), phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phan Huy Thục và Nguyễn Thị Kim Oanh [4], [5]. Lý giải điều này có thể do mùa đông có đặc điểm là lạnh, độ ẩm thấp, ít có ánh nắng mặt trời- là những yếu tố có liên quan đến sự vượng bệnh của vảy nến.

Bệnh vảy nến là một bệnh có biểu hiện toàn thân và hay đi kèm với nhiều bệnh lý khác. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 46,05% bệnh nhân vảy nến có rối loạn chuyển hóa lipid, 18,42% có bệnh tăng huyết áp 18,42%, đái tháo đường chiếm 9,21%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu tại bệnh viện Trung ương quân đội

108[4]. Tác giả Nguyễn Thị Kim Oanh cũng cho thấy bệnh nhân mắc vảy nến thông thường có tỷ lệ gặp bệnh đường hô hấp là 15,7%, bệnh đường tiêu hóa 9%, suy nhược thần kinh 6,2% và nội tiết 5,1% [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tổn thương khởi phát chủ yếu ở vùng đầu (73,68%), các vị trí khác ít gặp hơn, tương tự một số nghiên cứu khác [3], [4], [5]. Vùng đầu là vị trí khởi phát hay gặp của bệnh vảy nến thông thường có thể là do vùng da đầu là khó vệ sinh, hay ngứa gãi tạo nên tổn thương vảy nến do hiện tượng Kobner, hơn nữa điều trị, bôi thuốc vùng này cũng khó khăn hơn. Điều đó gợi ý cho các nhà chuyên môn khi da đầu có tổn thương đỏ da, bong vảy cần chú ý khởi đầu của bệnh vảy nến.

V. KẾT LUẬN

Vảy nến thể thông thường gặp chủ yếu ở nam giới, độ tuổi từ 40-49 gặp nhiều nhất (30,26%). 19,74% bệnh nhân có tiền sử gia đình có người mắc vảy nến. Các bệnh lý đi kèm hay gặp là rối loạn chuyển hóa lipid, đái tháo đường, tăng huyết áp. Tổn thương khởi phát gặp chủ yếu vùng đầu 73,68%, khởi phát nhiều hơn vào mùa đông, đông – xuân. Tổn thương hiện tại chủ yếu ở thân mình 90,13%, vị trí quanh các khớp có tỉ lệ thấp nhất 5,26%. Vảy nến thể mảng chiếm tỉ lệ cao nhất 71,71%, vảy nến thể giọt và thể đồng tiền có tỉ lệ thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn Da liễu - Trường Đại học Y Hà Nội (2014)**, "Bệnh Vảy nến", Bệnh học Da liễu, Nhà xuất bản Y học, tr. 100-104.
- Johann E, Gudjonsson and James T.Elder (2008)**, "Psoriasis", Fitzpatrick's dermatology in general medicine, pp. 169-193.
- Trần Văn Tiến (2004)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và miễn dịch tại chỗ của bệnh Vảy nến thông thường, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
- Phan Huy Thục (2014)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và mối liên quan giữa nồng độ cytokine với kết quả điều trị bệnh vảy nến thông thường bằng Methotrexate, Luận án Tiến sĩ Dịch tễ học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Tung-Yi Lin, Lai-Chu See, Yu-Ming Shen and et al. (2011)**, "Quality of Life in Patients with Psoriasis in Northern Taiwan", Chang Gung Med J, **34**, pp. 186-96
- Nguyễn Thị Kim Oanh (2007)**, Nghiên cứu ảnh hưởng của bệnh vảy nến đến chất lượng cuộc sống người bệnh, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
- Hani A. AlShobaili, Muhammad Shahzad, Abdullah Al-Marshood and et al. (2010)**, "Genetic Background of Psoriasis", Int J Health Sci (Qassim) **4(1)**, pp. 23-29.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA BỆNH NHÂN ĐỨT DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC

Võ Thành Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: xác định đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của tổn thương đứt dây chằng chéo trước khớp gối. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang, theo dõi 322 bệnh nhân (326 gối) được chẩn đoán đứt DCCT được điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất – TP HCM từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2019. **Kết quả:** tất cả BN được chụp CHT khớp gối, 1,6% không phát hiện đứt DCCT trên hình ảnh CHT. Hình ảnh đứt DCCT hoàn toàn trên hình ảnh CHT chiếm tỷ lệ cao 64%. Đứt DCCT ở phần gần điểm bám đùi chiếm 22,2% và ít gặp nhất là đứt DCCT ở phần gần điểm bám chày chiếm 11,1%. Đứt DCCT có tổn thương phối hợp 75,0%. **Kết luận:** hình ảnh CHT cho độ nhạy tổn thương dây chằng cao (98,4%), đồng thời giúp xác định vị trí tổn thương DCCT, các tổn thương phối hợp, từ đó chỉ định điều trị phẫu thuật tái tạo lại dây chằng.

Từ khóa: dây chằng chéo trước, khớp gối, cộng hưởng từ

SUMMARY

ANALYZING THE MAGNETIC RESONANCE IMAGING CHARACTERISTICS IN PATIENT WITH ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RUPTURE

Objectives: identify the magnetic resonance imaging characteristics of anterior cruciate ligament rupture. **Methods:** prospective, descriptive, cross-sectional study, 322 patients (326 knees) with ACL rupture was monitored and treated at Thong Nhat Hospital - Ho Chi Minh City from January, 2017 to January, 2019. **Results:** all patients underwent knee MRI, 1.6% did not detect ACL rupture on MRI. The complete ACL tear on MRI account for a high rate of 64%. ACL rupture at the middle part was the highest proportion of 66.7%. ACL rupture at the proximal part near femoral attachment was 22.2% and the site near the tibial attachment was the least frequent with 11.1%. Associated injuries combined with ACL rupture were 75.0%. **Conclusions:** MRI has high sensitivity (98.4%) in detection of ACL rupture, location, and associated injuries.

Keywords: anterior cruciate ligament, knee joint, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát triển của các phương tiện giao thông và các hoạt động thể thao như hiện nay đã góp

phần làm cho tỷ lệ chấn thương khớp gối tăng cao. Trong chấn thương khớp gối thì dây chằng chéo trước (DCCT) lại rất hay bị tổn thương^[1].

Chấn thương kín khớp gối có đứt DCCT làm cho khớp gối mất vững. Nếu không được điều trị kịp thời, sẽ là nguyên nhân gây thương tổn thứ phát đến các thành phần khác trong khớp gối như sụn chêm, lỏng bao khớp, bong nút sụn lồi cầu đùi và mâm chày, thoái hóa khớp. Do đó việc xác định hình ảnh cộng hưởng từ để giúp chẩn đoán đứt DCCT, từ đó chỉ định điều trị phẫu thuật tái tạo lại dây chằng là rất cần thiết^[2].

Tại Bệnh viện Thống Nhất – TP HCM đã chẩn đoán và điều trị đứt DCCT trước đã được thực hiện từ 2006, số lượng ngày càng tăng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân đứt DCCT" nhằm mục tiêu: xác định đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của tổn thương đứt DCCT khớp gối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 322 bệnh nhân (326 gối) được chẩn đoán đứt DCCT được điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất – TP HCM từ tháng 1/2006 đến tháng 1/2014.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Những bệnh nhân (BN) đứt DCCT do chấn thương được khám và điều trị tại khoa CTCH

Bệnh viện Thống Nhất - TP HCM từ 1/2006 đến 1/2014.

Tuổi từ 17 đến 50 tuổi.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Những BN đứt DCCT có tổn thương xương khớp gối phức tạp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

- Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ:
+ Đứt DCCT hoàn toàn hoặc không hoàn toàn.
+ Vị trí đứt DCCT: ở giữa thân dây chằng, phần gần điểm bám đùi hay phần gần điểm bám chày.
+ Các tổn thương phối hợp: đứt dây chằng chéo sau (DCCS) bán phần, rách sụn chêm ngoài, rách sụn chêm trong, rách cả hai sụn chêm, rách dây chằng bên trong (DCBT), rách dây chằng bên ngoài (DCBN), rách gân cơ tứ đầu, rách gân bánh chè, tổn thương xương sụn, tụ dịch khớp, nang Baker, nang sụn chêm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Tất cả BN được chụp CHT khớp gối, 1 trường

*Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

hợp (1,6%) không phát hiện đứt DCCT trên hình ảnh CHT. Hình ảnh đứt DCCT hoàn toàn trên hình ảnh CHT chiếm tỷ lệ cao (41 BN, chiếm 64%). Đứt DCCT ở phần giữa chiếm tỷ lệ cao (42 BN, chiếm 66,7%), tiếp theo là đứt DCCT ở phần gần điểm bám đùi (14 BN, chiếm 22,2%) và ít gặp nhất là đứt DCCT ở phần gần điểm bám chày (7 BN, chiếm 11,1%). Đứt DCCT có tổn thương phối hợp (48 BN, 75,0%) chiếm tỷ lệ cao hơn các trường hợp đứt DCCT đơn thuần (16 bn, 25,0%).

Các tổn thương phối hợp trên hình ảnh CHT (n= 64):

Tổn thương phối hợp	Số BN	Tỉ lệ %
Rách sụn chêm ngoài	17	26,6
Rách sụn chêm trong	12	18,8
Rách cả hai sụn chêm	12	18,8
Tụ dịch khớp	11	17,2
Tổn thương xương sụn	9	14,1
Rách DCBT	8	12,5
Đứt DCCS bán phần	7	10,9
Rách gân cơ tứ đầu	3	4,7
Rách DCBN	1	1,6
Nang Baker	1	1,6
Nang sụn chêm	1	1,6

Dấu hiệu đứt DCCT hoàn toàn trên hình ảnh CHT chiếm tỷ lệ cao (64%), đứt không hoàn toàn chiếm tỷ lệ thấp hơn (34,4%). Có 1 BN (1,6%) không phát hiện đứt DCCT trên CHT mà phát hiện tổn thương DCCS kèm tổn thương sụn chêm, khi phẫu thuật mới phát hiện đứt DCCT tương tự lực kém phải tái tạo. Rõ ràng CHT có độ nhạy và độ đặc hiệu nhất định, cần phải dựa vào lâm sàng và nhất là nội soi chẩn đoán trước khi có quyết định tái tạo dây chằng.

Các dấu hiệu trực tiếp của đứt DCCT trên CHT gồm: hình dạng dây chằng không rõ; dây chằng chỉ có đoạn dưới, nằm ngang; hình ảnh vết đứt rời; hình ảnh phù nề; dây chằng có hình gợn sóng, dây chằng chùng trên mặt phẳng đứng dọc; tăng tín hiệu lan tỏa, hoặc tăng tín hiệu khu trú trên mặt phẳng ngang hoặc đứng ngang^[3,4,5,6,7].

Các dấu hiệu gián tiếp của đứt DCCT gồm^[7,8,9,10]: DCCS chùng; trật ra trước của mâm chày ngoài so với xương đùi; sụn chêm ngoài di lệch ra sau so với mâm chày, tổn thương khối xương ngoài.

Theo Huỳnh Lê Anh Vũ^[11], khi so sánh CHT với kết quả nội soi khớp, CHT có giá trị trong chẩn đoán đứt DCCT với độ nhạy 93,9%, độ đặc hiệu 83,3% và độ chính xác là 91,1%.

Dấu hiệu đứt DCCT ở phần giữa dây chằng chiếm tỷ lệ cao (66,7%), tiếp theo là đứt DCCT ở

phần gần điểm bám đùi (22,2%), đứt ở phần gần điểm bám chày chiếm tỷ lệ thấp nhất (11,1%). Điều này có thể lý giải bởi ở phần giữa và phần gần điểm bám đùi, DCCT nằm kẹt ở khe liên lồi cầu đùi và DCCS ở phía trong. DCCT bị cọ xát giữa các thành phần này và bị đứt, nhất là trong các cơ chế chấn thương gián tiếp do vận xoắn và xoay. Trong khi ở phần gần điểm bám chày, DCCT nằm tự do và phần chuyển tiếp dây chằng - xương rộng và dày hơn, chịu lực tốt hơn^[12].

Các tổn thương phối hợp phát hiện được trên CHT thường gặp là rách sụn chêm ngoài (26,6%), rách sụn chêm trong (18,8%) hoặc rách cả hai sụn chêm (18,8%), ít gặp hơn là tụ dịch khớp (17,2%) và tổn thương xương sụn (14,1%). CHT khá nhạy để phát hiện tổn thương phối hợp, giúp phát hiện được nhiều tổn thương ở cả phần xương sụn, dây chằng bao khớp và gân cơ xung quanh, cả các tổn thương nguyên phát và tổn thương thứ phát: Tổn thương DCBT (12,5%), tổn thương DCCS (10,9%), rách gân cơ tứ đầu (4,7%), tổn thương DCBN (1,6%), nang Baker (1,6%) và nang sụn chêm (1,6%).

Tổn thương phối hợp thường gặp là rách sụn chêm (64,2%): Sụn chêm ngoài (26,6%), sụn chêm trong (18,8%) hoặc cả hai sụn chêm (18,8%).

IV. KẾT LUẬN

Hình ảnh CHT cho độ nhạy tổn thương dây chằng cao (98%), kèm theo vị trí tổn thương dây chằng, các tổn thương phối hợp, từ đó chỉ định điều trị phẫu thuật tái tạo lại dây chằng. Tuy nhiên cần nghiên cứu phân tích sâu hơn về kết quả nội soi và hình ảnh CHT, cũng như số lượng BN lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jennifer Evans; Jeffery I. Nielson. (2019), "Anterior Cruciate Ligament Knee Injuries", StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls.
2. Anderson MJ, Browning WM 3rd, Urband CE, Kluczynski MA, Bisson LJ (2016), "A Systematic Summary of Systematic Reviews on the Topic of the Anterior Cruciate Ligament", Orthop J Sports Med. 2016 Mar 15;4(3):2325967116634074.
3. Thomas H. Berquist (2001), "Knee", MRI of the Musculoskeletal system, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 356-357.
4. Sintzoff JR S.A., Sintzoff S. (1998), "Imagerie du genou du sportif", Imagerie en traumatologie du sport, Masson, Paris, pp. 55-74.
5. Sintzoff S., Sintzoff JR S.A., Gevenois P.A. (1990), "IRM du genou", IRM ostéoarticulaire, Sauramps medical, pp. 117-141.
6. Joong K. Lee, Lawrence Yao, Carlton T. Phelps, Carl R. Wirth (1988), "Anterior cruciate ligament tears: MR imaging compared with arthroscopy and clinical tests", Radiology, vol 166, pp. 861-864.

7. **Galy-Fourcade D. (2003)**, "Genou", IRM ostéo-articulaire et musculaire, Masson, pp. 117-153.
8. **Valey T. N., Hunt J. E., Shelbourne K. D. (1993)**, "Anterior translocation of the tibia at MR imaging: a secondary sign of anterior cruciate ligament tear", Radiology, vol 187, pp. 817-819.
9. **Amilcare Gentili, Leanne L. Seeger, Lawrence Yao, Huy M. Do (1994)**, "Anterior cruciate ligament tear: Indirect signs at MR imaging", Radiology, n 193, pp. 835-840.
10. **Thomas R. McCauley, Melanie Moses, Ruben Kier, J. Kevin Lynch (1994)**, "MR diagnosis of tears of anterior cruciate ligament of the Knee: Importance of ancillary findings", AJR, vol 162, pp. 115-119.
11. **Nguyễn Duy Huệ, Huỳnh Lê Anh Vũ (2008)**, "Phân tích đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 0.2 tesla trong chẩn đoán tổn thương dây chằng chéo trước khớp gối do chấn thương", Tạp chí Y học Việt Nam, số 2, Tr. 219-224.
12. **Girgis F. G., Marshall J. L., Monajem A. R. S. (1975)**, "The Cruciate ligaments of the Knee joint, Anatomical functional and experimental analysis", Clin. Orthop, vol 106, pp. 216-231.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ VÂY MŨI XOANG TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thế Đạt^{1,2}, Nguyễn Đình Phúc², Lê Trung Thọ²

TÓM TẮT

Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 28 trường hợp ung thư biểu mô vảy mũi xoang tại Trung tâm ung bướu bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 2015 đến 2016 với **mục tiêu**: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ bộc lộ Ki67 của ung thư biểu mô vảy mũi xoang. **Thiết kế nghiên cứu**: Mô tả cắt ngang. Sinh thiết nhuộm HE thường quy và nhuộm HMMD với dấu ấn Ki67, p53 theo phương pháp ABC, pha theo hướng dẫn của nhà sản xuất Dako. **Kết quả**: Nhóm tuổi 40-60 gặp nhiều nhất (50%), tuổi trung bình là 56 ± 10,2, tỷ lệ nam/nữ là 3,7/1. Các triệu chứng cơ năng chủ yếu: Ngạt mũi một bên, chảy mũi lẫn máu và mất ngủ (lần lượt là 89,3%; 82,1% và 78,6%, triệu chứng biến dạng vùng mặt chiếm nhiều nhất (32,1%). Hình thái sùi đơn thuần chiếm nhiều nhất (82,1%). Tổn thương tại mũi và xoang hàm chiếm nhiều nhất với 35,7%, tiếp theo là ở mũi - xoang sàng với 25%. Tỷ lệ phá hủy vách mũi xoang là cao nhất (67,9%), tiếp đến là thành trong ổ mắt (17,9%), thành trước xoang hàm, sàn ổ mắt và trần sàng cùng có tỷ lệ 14,3%. Typ UTBMV không có ghi chú đặc biệt chiếm nhiều nhất với 83,0%, có 4 biến thể (typ nhú, mụn cóc, dạng đày và typ tế bào hình thoi). Bộc lộ Ki67 ở 100% các trường hợp, nhiều nhất là mức độ vừa. P53 bộc lộ trong 71,4% các trường hợp và mức độ vừa cũng chiếm tỷ lệ cao nhất. Các kết quả đã được so sánh và bàn luận.

Từ khóa: Ung thư biểu mô vảy mũi xoang, ung thư mũi xoang, p53, Ki67.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF NASO-SINUSAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA AT ONCOLOGY CENTER OF NATION OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL OF VIET NAM

The study clinical characteristics and paraclinical of 28 case naso-sinusal cancer at the Nation Otorhinolaryngology Hospital of Viet Nam from 2015 to 2016. **Objective**: Describe some clinical, paraclinical, and Ki67 expression of squamous cell carcinoma of naso-sinusal cancer. **Study Design**: Cross sectional description. The sections are stains by HE and the technique immunohistochemistry for ki67, p53 markers by ABC method. **Results**: Age group 40-60 was the most common (50%), mean age was 56 ± 10.2, male / female ratio was 3.7. Hypothermia, bleeding and loss of smell (89.3%, 82.1% and 78.6%, respectively), facial deformity (32.1%). Forms vegetable growth is 82.1%. Tumors in the nose and sinus occupy the most with 35.7%. Type Squamous cell carcinoma NOS the most with 83.0% with 4 varian: Verrucous carcinoma, Papillary squamous cell carcinoma, Basaloid squamous cell carcinoma, and Spindle cell carcinoma. Expression Ki67 in 100% of cases, at most moderate. P53 is present in 71.4% of cases and moderate levels also account for the highest proportion. The results have been compared and discussed.

Key words: sinus nasal cancer, p53, Ki67.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh ác tính phổ biến nhất vùng mũi xoang là ung thư biểu mô tế bào vảy và các biến thể của nó. Ung thư biểu mô tế bào vảy là loại ung thư phổ biến nhất vùng đầu cổ và đứng thứ sáu trong tổng số các bệnh ác tính phổ biến nhất trên toàn thế giới[1]. Chẩn đoán ung thư mũi xoang ngoài dựa vào các triệu chứng lâm sàng, các chẩn đoán cận lâm sàng như nội soi, chụp

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Đạt

Email: nguyenthedattmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2020

Ngày duyệt bài: 14.4.2020

cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ và nhất là chẩn đoán mô bệnh học có vai trò hết sức quan trọng[2]. Tuy nhiên, do đặc điểm về cấu trúc và vị trí giải phẫu của các xoang rất phức tạp, ở sâu nên các triệu chứng lâm sàng của ung thư biểu mô vảy thường kín đáo, bệnh tiến triển chậm, hạch xuất hiện muộn, ít di căn xa nên việc chẩn đoán sớm thường gặp khó khăn, dễ bị bỏ qua hay nhầm lẫn và khi phát hiện thường ở giai đoạn muộn, tiên lượng bệnh xấu. Mặc dù đã có một số nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư vùng mũi xoang song ít có nghiên cứu đề cập chuyên sâu về typ ung thư biểu mô vảy mũi xoang (UTBMVMX) và sự bộc lộ dấu ấn tăng sinh tế bào Ki67. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ bộc lộ Ki67 của ung thư biểu mô vảy mũi xoang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 28 trường hợp được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô vảy mũi xoang tại Trung tâm Ung bướu bệnh viện Tai mũi họng Trung ương từ tháng 1/2015.

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

+ Người bệnh được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là UTBMVMX nguyên phát.

+ Còn bloc nền đủ bệnh phẩm để xét nghiệm Ki67

+ Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin về cá nhân người bệnh, triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán nội soi, phim CT mũi xoang, kết quả mô bệnh học.

+ Tất cả mọi trường hợp đều được nhuộm HMMD với dấu ấn Ki67.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Tất cả các trường hợp không đáp ứng một trong bất kỳ tiêu chuẩn lựa chọn nào nêu trên.

+ Những trường hợp UTBMVMX đến khám lại, người bệnh đã điều trị tại nơi khác chuyển đến hoặc đã được hóa, xạ trị trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

- Biến số nghiên cứu:

+ Tuổi, giới của người bệnh.

+ Các triệu chứng cơ năng và triệu chứng

thực thể.

+ Hình ảnh nội soi của tổn thương.

+ Các tổn thương trên chụp CT (vị trí, kích thước u, phá hủy xương).

+ Thứ typ mô bệnh học và/hoặc biến thể theo phân loại của WHO 2005.

+ Tỷ lệ bộc lộ Ki67 (tính theo các mức: <2%; 2-14% và >14%).

- *Các bước tiến hành:*

+ Hỏi bệnh hoặc lấy từ bệnh án lưu trữ các thông tin về tuổi và giới của người bệnh.

+ Hỏi bệnh để thu thập các triệu chứng cơ năng (Ngạt mũi, chảy mũi, chảy máu, đau nhức mũi, mất ngủ/giảm ngủ).

+ Hỏi bệnh để thu thập các triệu chứng thực thể về vùng mặt, thần kinh, mắt.

+ Thu thập đặc điểm tổn thương, hình ảnh của tổn thương qua nội soi mũi xoang.

+ Kết quả định các thứ typ và/hoặc các biến thể của UTBMVMX theo WHO 2005 tại Bộ môn Giải phẫu bệnh – Đại học Y Hà Nội.

+ Nhuộm hóa mô miễn dịch các dấu ấn p53 và Ki67 theo phương pháp ABC, kit của DAKO, pha chế kháng thể và thực hiện các bước nhuộm theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Nhuộm HMMD được thực hiện tại Bộ môn GPB- ĐHY Hà Nội. Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn của nhà sản xuất. Tất cả các trường hợp nhuộm HMMD đều có chứng dương.

Đánh giá kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch Ki67: Bắt màu ở nhân tế bào

+ Âm tính: Nhân tế bào u không bắt màu nâu.

+ Dương tính (+): Khi có <2% tế bào u có nhân bắt màu nâu.

+ Dương tính (++) : Khi có 2-14% tế bào u có nhân bắt màu nâu.

+ Dương tính (+++) : Khi có nhiều hơn 14% tế bào u bắt màu nâu đậm.

p53: Bắt màu ở nhân tế bào

+ Âm tính: Nhân tế bào u không bắt màu nâu.

+ Dương tính (+): Khi có nhiều hơn 10% - 30% tế bào u có nhân bắt màu nâu.

+ Dương tính (++) : Khi có >30% tế bào u có nhân bắt màu nâu.

+ Dương tính (+++) : Khi có nhiều hơn 30% tế bào u bắt màu nâu đậm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới

Nhóm tuổi	20- 39	40-60	>60	Tổng số	Nam	Nữ
Số lượng	4	14	10	28	22	6
Tỷ lệ %	14,3	50,0	35,7	100,0	78,6	21,4

Nhận xét: - Nhóm tuổi từ 40-60 gặp nhiều nhất (50%). Tuổi trung bình là $56 \pm 10,2$.

- Nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 3,7/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Ngạt mũi một bên	25	89,3
Ngạt mũi hai bên	3	10,7
Chảy mũi lẫn máu	23	82,1
Giảm, mất ngủ	22	78,6
Đau nhức	11	39,3

Nhận xét: Ngạt mũi một bên, chảy mũi lẫn máu và mất ngủ là các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (lần lượt là 89,3%; 82,1% và 78,6%).

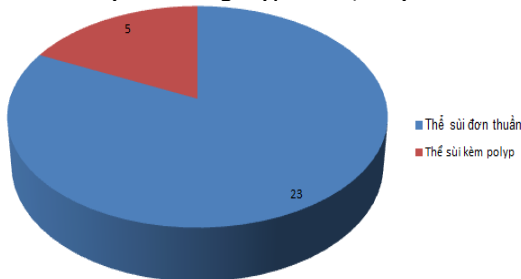
Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đầy góc trong hốc mắt	2	7,1
Đầy rãnh mũi má	4	14,3
Biến dạng đẹt gốc mũi	1	3,6
Sưng nề nửa mặt, thâm nhiễm da	2	7,1
Có biến dạng vùng mặt	9	32,1
Chảy nước mắt	4	14,3
Đau nhức hốc mắt	3	10,7
Thị lực giảm	3	10,7
Nhìn đôi	1	3,6

Nhận xét: Trong số các triệu chứng thực thể, triệu chứng biến dạng vùng mặt chiếm nhiều nhất (32,1%); các triệu chứng khác ít gặp.

3.3. Hình ảnh nội soi

Trên nội soi, hình thái sùi đơn thuần chiếm nhiều nhất (23 trường hợp ≈ 82,1%).



Biểu đồ 3.1. Hình thái tổn thương trên nội soi

3.4. Hình ảnh tổn thương trên phim CT

Bảng 3.4. Các vị trí xương bị phá hủy trên phim CT Scan

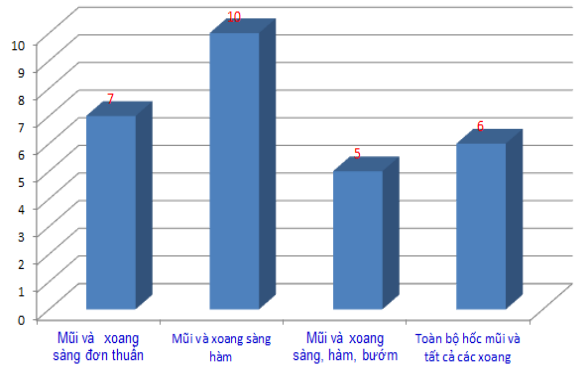
Phá hủy xương	Số lượng	Tỷ lệ %
Vách mũi xoang	19	67,9
Sàn ổ mắt	4	14,3

Bảng 3.6. Tỷ lệ bậc lộ Ki67 và p53

Mức độ bậc lộ		(-)	(+)	(++)	(+++)	Tổng
P53	Số lượng	8	2	10	8	28
	Tỷ lệ %	28,6	7,1	35,7	28,6	100,0
Ki67	Số lượng		4	16	8	28
	Tỷ lệ %		14,3	57,1	28,6	100,0

Vách trong ổ mắt	5	17,9
Thành ngoài xoang hàm	3	10,7
Thành trước xoang hàm	4	14,3
Vách ngăn mũi	2	7,1
Vách sàng bướm	2	7,1
Thành sau xoang hàm	1	3,6
Trần sàng	4	14,3

Nhận xét: Tỷ lệ phá hủy vách mũi xoang là cao nhất (67,9%), tiếp đến là vách trong ổ mắt (17,9%), thành trước xoang hàm, sàn ổ mắt và trần sàng cùng có tỷ lệ 14,3%. Các vị trí còn lại có phá hủy xương chỉ <10%.



Biểu đồ 3.2. Vị trí tổn thương trên phim CT Scan

Nhận xét: Tổn thương tại mũi và xoang sàng, hàm chiếm nhiều nhất với 10 trường hợp (35,7%), tiếp theo là ở mũi -xoang sàng với 7 trường hợp (25%), tại toàn bộ hốc mũi và tất cả các xoang chiếm 21,4%, số trường hợp chỉ có mũi và xoang sàng, hàm, bướm chiếm ít nhất (17,9%).

3.5. Tỷ lệ các typ mô bệnh học và mức độ bậc lộ Ki67

Bảng 3.5. Tỷ lệ các typ mô bệnh học và biến thể

Typ mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô vảy	23	83,0
Dạng mụn cóc	1	3,6
Ung thư biểu mô vảy typ như dạng đáy	2	7,2
Ung thư biểu mô vảy typ tế bào hình thoi	1	2,6

Nhận xét: Typ UTBMV không có ghi chú đặc biệt chiếm nhiều nhất với 83,0%. Các biến thể ít gặp (có 4 biến thể).

Nhận xét: 100% các trường hợp đều bộc lộ dấu ấn Ki67, có 71,4% bộc lộ p53. Dấu ấn P53 và Ki67 có mức độ ++ là chủ yếu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về một số đặc điểm lâm sàng

- Về phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới: Trong 28 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 27, nhiều tuổi nhất là 78, tuổi trung bình là $56 \pm 10,2$. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 40-60 tuổi, chiếm 50,0%. Nhóm tuổi gặp ít nhất là 20-39 tuổi (14,3%). Bệnh nhân nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 3,7/1. Về phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi với đỉnh cao trong khoảng 40-60, kết quả của chúng tôi thấp hơn một chút với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Cường, Trần Thị Hợp[3], theo các tác này nhóm tuổi 40-60 chiếm khoảng 75,5%. Giải thích về tần suất ung thư mũi xoang cao ở nhóm tuổi >40 có lẽ có sự đóng góp tích lũy gộp theo thời gian của các yếu tố nguy cơ mà người bệnh tiếp xúc hoặc cần có đủ thời gian để các tổn thương viêm nhiễm mạn tính vùng mũi xoang trải qua một thời gian dài của những biến đổi mô: tổn thương viêm gây phá hủy dẫn đến sự tái tạo, tăng sinh tế bào để bù đắp rồi lại bị phá hủy và lại tiếp tục tăng sinh để hàn gắn. Vòng luẩn quẩn này kéo dài sẽ dẫn tới những biến đổi dị sản và loạn sản các mức độ để từ đó trở thành ung thư tại chỗ và dẫn đến ung thư xâm nhập. Một lý do khác nữa là khi người ta càng nhiều tuổi thì hệ miễn dịch suy yếu, khó phát hiện kiểm soát các tế bào bất thường, đồng thời khả năng kiểm soát các hoạt động phân bào bất thường sẽ sa sút, khả năng sửa chữa những bất thường về di truyền cũng giảm đi, do vậy nguy cơ ung thư nói chung và ung thư mũi xoang nói riêng có xu hướng tăng dần theo tuổi đời. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 3,7/1. Sự khác biệt giữa hai giới là có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ này cao hơn một số kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước khác trước đó khoảng 10-15 năm. Tại các thời điểm đó, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm khoảng 55%-57% như của Lê Văn Bích, Phạm Khánh Hoà và Nguyễn Mạnh Cường, của Trần Thị Hợp, tỷ lệ nam/nữ là 2/1 [3]. Theo Dinesh Garg (2014), tỷ lệ nam/nữ khoảng 2,2/1 [4]. Theo một số tác giả, mặc dù UTBMVMX có liên quan với một số yếu tố nguy cơ như ô nhiễm không khí, bụi gỗ, bụi sơn song hình như những yếu tố này đang dần dần trở nên ít quan trọng hơn và người ta cho rằng, vấn đề chính vẫn là mối liên quan giữa nguy cơ mắc ung thư mũi xoang với thói quen hút thuốc [5]. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở nam giới

Việt Nam có lẽ liên quan tới nhiều yếu tố nguy cơ: Nam giới hút thuốc lá cao hơn nữ giới và cũng thường tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố ô nhiễm môi trường, tỷ lệ viêm nhiễm mạn tính vùng mũi họng cao hơn và do vậy tỷ lệ bệnh nhân nam nhiều hơn là đương nhiên.

- Về các triệu chứng cơ năng: Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy các triệu chứng: Ngạt mũi một bên, chảy máu lẫn máu và mất ngủ là các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (lần lượt là 89,3%; 82,1% và 78,6%). Kết quả trên cho thấy triệu chứng đầu tiên và chiếm phần lớn số bệnh nhân là biểu hiện tắc, ngạt mũi. Theo nhiều tác giả, các triệu chứng ban đầu thường bao gồm mũi tắc nghẽn đường thở, sổ mũi, viêm xoang và đôi khi lại biểu hiện các vấn đề răng miệng như đau răng, tê buốt và răng lung lay. Các triệu chứng muộn thường là chảy máu cam, đau, sưng vùng mặt. Chảy máu mũi do u phát triển xâm nhập vào các mạch máu hoặc các mạch máu của u bị vỡ. Do đó cần lưu ý các bệnh nhân có ngạt tắc mũi một bên kéo dài, kèm theo chảy máu nhầy lẫn máu để phát hiện bệnh. Do vậy, việc chẩn đoán ung thư mũi xoang được thực hiện khi có một nghi ngờ cao ở một bệnh nhân biểu hiện ngạt, tắc và sự thay đổi bất thường ở một hoặc hai bên mũi. Vấn đề này yêu cầu kiểm tra kỹ lưỡng bằng nội soi toàn bộ hốc mũi để loại trừ các bệnh lành tính như polip, viêm xoang cấp hoặc mạn tính không biến chứng. Sinh thiết được chỉ định khi nghi ngờ có khối u.

- Các triệu chứng thực thể: Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng thực thể khá phong phú và không có sự khu trú rõ rệt. Số bệnh nhân bị biến dạng vùng mặt chiếm nhiều nhất cũng chỉ có 9/29 trường hợp, số bệnh nhân có đầy rãnh mũi má chỉ 4/28 trường hợp còn các biểu hiện khác chỉ từ 1-2 trường hợp. Các kết quả trên, phần nào phản ánh mức độ lan tràn của u và phân bố u theo giai đoạn lâm sàng. Ở giai đoạn càng muộn, các biểu hiện thực thể càng rõ và nhiều triệu chứng. Trên nội soi, hình thái sùi đơn thuần chiếm nhiều nhất (82,1%), thể sùi kết hợp polip chiếm 17,9%. không gặp thể loét. Các u sùi thường rất dễ chảy máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Công Thành với thể sùi là 87,14%, theo Vũ Công Trực thì thể sùi là 82,3%, của Phan Thanh Dự là 75% [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thể sùi cao hơn của Phùng Quang Tuấn (39,5%).

4.2. Về đặc điểm cận lâm sàng

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương tại mũi và xoang sàng, hàm chiếm nhiều nhất

với 10 trường hợp (35,7%), tiếp theo là ở mũi - xoang sàng với 7 trường hợp (25%), toàn bộ hốc mũi và tất cả các xoang chiếm 21,4%, số trường hợp ở mũi và xoang sàng, hàm, bướm chiếm ít nhất (17,9%). Tỷ lệ phá hủy vách mũi xoang là cao nhất (67,9%), tiếp đến là vách trong ổ mắt (17,9%), thành trước xoang hàm, sàn ổ mắt và trần sàng cùng có tỷ lệ 14,3%. Các vị trí còn lại có phá hủy xương chỉ <10%. Các kết quả này của chúng tôi tương tự các kết quả nghiên cứu của Phùng Quang Tuấn và Phan Thanh Dự [5]. Tuy nhiên, so với kết quả nghiên cứu tổng quan của Oh JL và CS [6], tần suất ung thư mũi xoang xuất hiện tại các vị trí lần lượt từ nhiều đến ít như sau: Xoang hàm (55-63%), vách ngăn mũi (27-35%), xoang sàng (9-10%), xoang trán (2%) và xoang bướm 1%.

- Về typ mô bệnh học: Trong nghiên cứu của chúng tôi, typ ung thư biểu mô vảy không có ghi chú đặc biệt chiếm nhiều nhất với 83,0%. Các biến thể ung thư biểu mô vảy typ nhú gặp 2 trường hợp (7,2%), các biến thể mụn cóc, tế bào hình thoi và dạng đáy, mỗi loại chỉ gặp 1 trường hợp. Theo phân loại của TCYTGG năm 2005, ung thư biểu mô vảy mũi xoang được phân thành: ung thư biểu mô vảy không có ghi chú đặc biệt và các biến thể. Các biến thể bao gồm: Ung thư dạng mụn cóc, ung thư vảy nhú, dạng đáy, tế bào hình thoi, ung thư biểu mô vảy tuyến và ung thư biểu mô vảy tiêu gai. Theo các tiêu chuẩn vi thể của TCYTGG, trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ thấy có 4 biến thể, không gặp các biến thể ung thư biểu mô vảy tuyến và ung thư biểu mô vảy tiêu gai. Tỷ lệ của các thứ typ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác như: Phạm Khánh Hoà, Nguyễn Công Thành, Perin và Guerrier. Trong nhiều phương pháp chẩn đoán ung thư biểu mô vảy mũi xoang, chẩn đoán mô bệnh học vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng. Theo nhận xét của các nhà giải phẫu bệnh, chẩn đoán ung thư biểu mô vảy mũi xoang không khó, về hình thái học, nó giống với các ung thư vảy ở da, cổ tử cung, khoang miệng, phế quản... và việc chẩn đoán dựa vào 2 tiêu chí quan trọng là sự sừng hóa của tế bào u và cầu nối gian bào. Tuy nhiên, việc chẩn đoán xác định không phải lúc nào cũng dễ dàng, nhất là với các ung thư vảy kém biệt hóa. Với những trường hợp khó, nhuộm hóa mô miễn dịch với các dấu ấn CK trọng lượng phân tử cao. P40, p16 và p63 luôn hữu ích. Trong các ung thư biểu mô vảy mũi xoang, việc đạt được chẩn đoán mô bệnh học phụ thuộc vào việc bấm sinh thiết đủ lượng mô cần thiết, ít hoại tử và chảy máu.

- Về sự bộc lộ dấu ấn p53 và Ki67: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 28,6% các trường hợp không bộc lộ p53, tất cả các trường hợp UTBMVMX đều bộc lộ Ki67. Tỷ lệ bộc lộ ở mức trung bình (++) là cao nhất, thấp nhất là bộc lộ mức độ (+). Protein p53 có ở trong nhân của mọi tế bào với lượng rất ít (khi không bị đột biến, lượng p53 trong nhân tế bào ít đến mức không thể phát hiện được bằng nhuộm HMMD), chúng có vai trò tham gia điều hoà gen phân chia tế bào, kiểm tra sự phân chia tế bào và tham gia mở đầu hiện tượng apoptosis. Khi AND của tế bào bị tổn thương, protein P53 sẽ ngăn cản tế bào không phân chia để có thời gian tế bào sửa chữa AND hoặc khi không sửa chữa được thì thúc đẩy tế bào chết theo chương trình. Những tế bào UT phân chia liên tục và không có hiện tượng chết theo chương trình và người ta cho rằng gen p53 đã bị đột biến nên protein do gen này sản xuất ra không còn thực hiện được chức năng vốn có của nó, không kiểm tra được sự phân chia tế bào một cách bình thường. Như vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ có đột biến p53 khá cao (71,4%). Kết quả này cao hơn so với một số tác giả khác như của Denaro N [7]. Dấu ấn Ki67 là một dấu ấn về chỉ số tăng sinh tế bào. Khác với p53, ki67 bộc lộ ở cả mô bình thường và mô u, chỉ có điều, ở mô bình thường, chỉ số Ki67 thường bộc lộ <2% tổng số tế bào, ở các u lành, tỷ lệ này khoảng <14% còn ở u ác tính, mức độ bộc lộ phụ thuộc vào độ ác tính của u. U càng ác tính thì chỉ số Ki67 càng cao. Do Ki67 liên quan mật thiết với hình thái tăng trưởng tế bào, đặc biệt là chỉ số nhân chia nên sự bộc lộ mạnh của Ki67 thường dự báo một tiên lượng tồi, điều trị ít hiệu quả, nhất là khả năng đáp ứng xạ trị. Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn Ki67 trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả Hagen Benjamin và Mohamad Javad Ashraf và các CS [8].

V. KẾT LUẬN

- Nhóm tuổi 40-60 gặp nhiều nhất (50%), tuổi trung bình là 56±10,2, tỷ lệ nam/nữ là 3,7/1.

- Các triệu chứng cơ năng chủ yếu: Ngạt mũi một bên, chảy mũi lẫn máu và mất ngủ (lần lượt là 89,3%; 82,1% và 78,6%).

- Trong số các triệu chứng thực thể, triệu chứng biến dạng vùng mặt chiếm nhiều nhất (32,1%), các triệu chứng khác ít gặp.

- Trên nội soi, hình thái sùi đơn thuần chiếm nhiều nhất (82,1%).

- Trên phim CT thấy tổn thương tại mũi và xoang sàng, hàm chiếm nhiều nhất với 35,7%, tiếp theo là ở mũi - xoang sàng với 25%, tại các vùng khác ít gặp hơn. Tỷ lệ phá hủy vách mũi

xoang là cao nhất (67,9%), tiếp đến là vách trong ổ mắt (17,9%), thành trước xoang hàm, sàn ổ mắt và trần sàng cùng có tỷ lệ 14,3%.

- Typ UTBMV không có ghi chú đặc biệt chiếm nhiều nhất với 83,0%, có 4 biến thể (typ nhú, mụn cóc, dạng đáy và typ tế bào hình thoi).

- Bộc lộ Ki67 ở 100% các trường hợp, nhiều nhất là mức độ vừa. P53 bộc lộ trong 71,4% các trường hợp và mức độ vừa cũng chiếm tỷ lệ cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A (2016), Cancer statistics. CA Cancer J Clin, 66:7.
2. Revannasidaiah S, Sood A, Kumar S, Thakur P (2013), Cervical nodal metastasis in head and neck cancer: a clinical conundrum. BMJ Case Rep. Nov 6;2013. pii: bcr2013010364. doi: 10.1136/bcr-2013-010364.
3. Trần Thị Hợp (1996), Góp phần chẩn đoán và điều trị ung thư sàng hàm. Nhận xét qua 174 ca

ung thư sàng hàm tại viện TMH và Viện K Hà Nội. Luận án chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội.

4. Dinesh Garg and Kusum Mathur (2014), Clinico-pathological Study of Space Occupying Lesions of Nasal Cavity, Paranasal Sinuses and Nasopharynx. J Clin Diagn Res, 8(11): FC04-FC07.
5. Phan Thanh Dự (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, cắt lớp vi tính và tỷ lệ bộc lộ dấu ấn EGFR (Her-1) của ung thư biểu mô mũi xoang. Luận văn BSCKII, Đại học Y Hà Nội.
6. Oh JL et al (2003), Induction chemotherapy followed by concomitant chemoradiotherapy in the treatment of locoregionally advanced nasopharyngeal cancer. Ann Oncol; 14:564.
7. Denaro N, Lo Nigro, Natoli G, Russi EG et al (2011), The Role of p53 and MDM2 in Head and Neck Cancer. ISRN Otolaryngology, Volume 2011 (2011), Article ID 931813, 8 pages
8. Hagen Benjamin, Edward Klieb and simon J Raphael (2007), Comparative Study of the Expression of p53, Ki67, E-cadherin and MMP-1 in Verrucous Hyperplasia and Verrucous Carcinoma of the Oral Cavity. Head Neck Pathol; 1(2): 118-122.

KẾT QUẢ ỨNG DỤNG NỆP BÁN ĐỘNG TRONG ĐIỀU TRỊ TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Đình Hòa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị trượt đốt sống có sử dụng nẹp bán động. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 30 bệnh nhân được mổ trượt đốt sống ứng dụng nẹp bán động từ 06/2009 đến 06/2011 tại khoa Phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Nghiên cứu 30 trường hợp, gồm 19 nữ, 11 nam được mổ trượt đốt sống thắt lưng từ 06/2009. Kết quả tuổi trung bình: 44,6 ± 9,19 (28-64), tỷ lệ nữ/nam 1.73. Bệnh nhân có biểu hiện hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ (100%), VAS trước mổ 7,5 ± 1,623 sau mổ 1,6 ± 0,475. ODI trước mổ 58,9% ± 14,47 sau mổ 18,5% ± 5, Macnab (tốt và rất tốt) 90%, tỷ lệ liền xương cao 93,3%. Một số chỉ số chẩn đoán hình ảnh có thay đổi rõ rệt: Chiều cao lỗ liên hợp trước mổ 14,0 ± 2,150 sau mổ 17,7 ± 2,122, Chiều cao trung bình đĩa trước mổ 11,8 ± 1,493 sau mổ 14,0 ± 1,544. ROM trước mổ 4,8 ± 1,2 sau mổ 2,8 ± 1,946. Góc uốn cột sống (TLT) trước mổ 43,8 ± 2,150, sau mổ 38,7 ± 2,052. Trung bình độ thoái hóa đĩa trước mổ 2,37 ± 0,495 sau mổ 2,53 ± 0,507 (p > 0,05). **Kết luận:** Phẫu thuật trượt đốt sống vùng thắt lưng cùng ứng dụng nẹp bán động kết quả tốt 90%, tỷ lệ liền xương cao 93,3%, không có tai biến. Lâm sàng cải thiện rõ, các chỉ số trên chẩn đoán hình ảnh có thay đổi rõ rệt.

*Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hòa

Email: ndhoavietducspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

SUMMARY

RESULTS OF APPLYING SEMI-RIGID-SYSTEM IN SURGICAL TREATMENT OF SPONDYLOLISTHESIS IN VIET DUC HOSPITAL

Objective: We assessed the result of treatment spondylolisthesis by semi-rigid-system. **Patient and method:** Prospective study on 30 patients who suffer from spondylolisthesis. By operating semi-rigid-system between July 2009 and July 2011. **Result:** Mean patient age was 44,6 ± 9,19 (28-64) and the male-female ratio 1.73. All patients have back pain and compressive nerve root. Mean before VAS 7,5 ± 1,623 after 1,6 ± 0,475. Mean before ODI 58,9% ± 14,47 after 14,0 ± 1,544. Macnab (excellent and good) 90%, the bony union ratio 93,3%. Some index in radiology has bigger change: Mean high foramen, mean high disc, range of motion, total lumbar lordosis, mean degenerative disc (MRI) are different between before and after surgery. **Conclusion:** To treat spondylothesis use SRS is effective and safety, the result good more than 90%, the patients improve clinic sign and symptom. Some sign in radiology are different.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống là sự di chuyển bất thường ra phía trước của thân đốt sống cùng với cuống, mỏm ngang và diện khớp phía trên. Trượt đốt sống là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây đau thắt lưng do sự mất vững của cột sống vùng thắt lưng cùng, bệnh thường gặp ở nữ nhiều hơn.

Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO) cứ 10 người có 8 người ít nhất một lần đau thắt lưng, còn ở Mỹ hàng năm có 15-20% người đi khám bệnh vì đau lưng...Theo thống kê có khoảng 2-3% dân số mắc bệnh trượt đốt sống. Do đó, bệnh có ảnh hưởng lớn tới đời sống và lao động của người bệnh, là gánh nặng chi phí cho xã hội.[2]

Hạn chế trong phẫu thuật cố định hàn xương, sau thời gian dài sẽ xuất hiện hội chứng thoái hóa đốt liên kề sau 5 năm là 16.7% và sau 10 năm tăng lên 36.8%, tỷ lệ phải mổ lại do hội chứng thoái hóa đốt liên kề là 18%. Kèm theo đó là một số biến chứng về gãy vít (0,5%), bong nẹp và khớp giả(20,7%). Để khắc phục những hạn chế trong phẫu thuật hàn xương, ngày nay phát triển xu hướng sử dụng hệ thống cố định động như Dynesy, X-stop, Isobar, Diam...cho kết quả điều trị tốt.[4-5]

Hệ thống nẹp bán động Isobar TTL đã được nghiên cứu từ năm 1993 và được đưa vào ứng dụng năm 1997, cho đến 2008 đã có hơn 8000 bệnh nhân được áp dụng phương pháp phẫu thuật này. [1]

Tại Việt Nam, ở nhiều trung tâm phẫu thuật cột sống đã tiến hành mổ ứng dụng hệ thống nẹp bán động trong mất vững cột sống, như Bệnh viện Chợ Rẫy, Trung tâm chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh, Bệnh viện Việt Đức, Viện 108...Tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá một cách toàn diện, để từ đó đưa ra chỉ định phẫu thuật hợp lý, chúng tôi giới thiệu bài báo "Kết quả ứng dụng nẹp bán động trong điều trị trượt đốt sống vùng thắt lưng cùng" nhằm mục tiêu đánh giá kết quả ban đầu ứng dụng nẹp bán động trong điều trị trượt đốt sống vùng thắt lưng cùng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân chẩn đoán trượt đốt sống vùng thắt lưng cùng, có biểu hiện thoái hóa đốt liên kề được phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Cột sống, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với phương pháp cố định cột sống sử dụng nẹp bán động.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Chỉ định sử dụng nẹp bán động

- Bệnh nhân có trượt đốt sống, mất vững cột sống thắt lưng cùng.

- Có thoái hóa đốt sống liên kề: Đốt trên hoặc đốt dưới tầng mất vững.

- Điều trị nội khoa không kết quả.

- Được xác định là trượt, mất vững trên phim chẩn đoán hình ảnh: Xquang động, CLVT, CHT...

2.2.2 Chuẩn bị bệnh nhân. Giải thích về phẫu thuật và các nguy cơ, thăm khám phát hiện những bất thường trước mổ, vệ sinh, thụt tháo,

uống seduxen 5mg, 2 viên vào tối trước hôm phẫu thuật.

Tư thế: Nằm sấp kê gối độn hai vai, hai gai chậu trước trên, hai gối và cổ bàn chân. Tư thế gấp háng sẽ giúp cho cột sống thắt lưng không quá uốn, thuận lợi hơn trong phẫu thuật và giúp các đĩa đệm gian đốt được mở rộng.

2.2.3 Chuẩn bị dụng cụ

2.3.4. Tiến hành phẫu thuật

Bước 1: Cố định cột sống, giải ép, nắn trật, ghép xương tầng trượt

Bước 2: Đặt nẹp bán động tầng thoái hóa liên kề

2.3.5 Đánh giá kết quả sau mổ và sau theo dõi.

➢ Lâm sàng

Khám và đánh giá cải thiện các triệu chứng, hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ. Có so sánh trước mổ và sau mổ.

○ Thang điểm VAS, ODI, Macnab

➢ Chẩn đoán hình ảnh:

○ Đo chiều cao lỗ liên hợp, chiều cao trung bình đĩa, ROM, TLL, Mức độ thoái hóa đĩa, mức độ liên xương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả chung:

+ Tuổi: Bệnh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 41 – 50 tuổi (43,3%) với tuổi trung bình là 44,6 ± 9,19, nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam là 1,73.

+ Nghề lao động nặng chiếm 70 %.

+ Vị trí đốt sống trượt là L4-L5 (60,3%) và L5-S1 (30,3%), tương ứng là vị trí thoái hóa đốt liên kề là: L5-S1(56,7%) và L4-L5(36,7%).

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

• Giảm đau sau mổ tính theo thang điểm VAS: Trước mổ là 6,8 ± 0,912, sau mổ 1,81 ± 0,845 (VAS lưng), VAS (chân) trước mổ là 7,5 sau mổ 1,6 ± 0,475.

• Giảm chức năng cột sống sau mổ theo thang điểm ODI: Trước mổ là 58,9% ± 14,47 sau mổ 18,5% ± 5,67.

• Macnab (tốt và rất tốt): 90%

• Can xương (độ I và độ II): 93,3%, can xương độ III có 6,7%.

• Chiều cao trung bình lỗ liên hợp: Trước mổ là 14,0 ± 2,150 sau mổ 17,7 ± 2,122

• Góc uốn cột sống thắt lưng TLL (total lumbar lordosis): trước mổ trung bình TLL là 43,9 ± 2,150 sau mổ 36,9 ± 2,112 (độ).

• Chiều cao trung bình đĩa, trước mổ là 11,8 ± 1,493 sau mổ 14,0 ± 1,544

• Chỉ số mất vững gian đĩa ROM (range of motion). Trước mổ là 4,8 ± 1,2 sau mổ 2,8 ± 1,946 (độ).

• Trung bình độ thoái hóa đĩa, theo phân loại

của Christian và Pfirmann trên phim cộng hưởng từ kiểm tra 20 bệnh nhân sau 2 năm. Trước mổ là $2,37 \pm 0,495$, sau mổ là $2.53 \pm 0,507$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định mổ: Hầu hết các tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất chỉ định mổ được đặt ra với bệnh lý trượt đốt sống khi: Đau cột sống thắt lưng quá mức mà không đáp ứng với cố định ngoài, biểu hiện chèn ép thần kinh ngày càng trầm trọng và tiến triển ngày càng nặng thêm. Điều trị bảo tồn thất bại. Mục đích chung đều là giải phóng chèn ép thần kinh và làm vững chắc lại cột sống bằng các phương pháp khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định mổ được đặt ra khi lâm sàng có biểu hiện chèn ép thần kinh, điều trị nội khoa thất bại và có biểu hiện của MVCS, thoái hóa tăng liên kề.

4.2. Phương pháp mổ. Trong điều kiện phẫu thuật hiện nay tại khoa Phẫu Thuật Cột Sống bệnh viện Việt Đức, chúng tôi lựa chọn phương pháp cố định cột sống qua cuống, giải phóng chèn ép thần kinh bằng phương pháp mở cung sau lấy đĩa, đặt dụng cụ hàn xương liên thân đốt tăng trượt và dụng cụ bán động tăng liên kề. Vít được sử dụng trong mổ ở vùng L3, L4, L5 chủ yếu là $6,5 \times 45\text{mm}$, vít dùng ở S1 là $5,5 \times 40\text{mm}$.

Tương ứng với tỷ lệ tăng trượt, L3-L4 là 3,3%, L4-L5 là 63,3%, L5-S1 là 33,3% thì tương ứng có 56,7% thoái hóa đốt liên kề L5-S1 và 3,3% thoái hóa L3-L4 và 36,7% L4-L5. Như vậy có 56,7 % đặt bán động vào tăng liên kề L5-S1, kế tiếp là L4-L5 chiếm 36,7% chỉ có 1 bệnh nhân đặt nẹp bán động vào L3-L4. Từ đó cho thấy mức độ chịu tải trọng của cơ thể vùng bản vận động L4-L5-S1 là rất lớn, điều này cũng giải thích cho giả thuyết thoái hóa đốt liên kề là do quá trình trượt bệnh lý thoái hóa diễn ra trong một thời gian dài dẫn tới chia sẻ áp lực lên diện khớp và nội đĩa tăng liên kề làm cho tăng này phải chịu một áp lực lớn hơn bình thường làm tăng quá trình mất nước đĩa đệm dẫn tới tăng tốc độ thoái hóa.

4.3 Kết quả sau mổ.

4.3.1. Sự hồi phục trên lâm sàng. Ngay sau mổ triệu chứng đau cột sống thắt lưng còn rất cao (66,3%), Nguyễn Bá Hậu là 66,7% [3]. Do trong mổ các thao tác có tàn phá nhiều cơ và xương, và sau mổ có sử dụng thuốc giảm đau. Đây là triệu chứng cơ năng nên nhiều khi bệnh nhân thường nhầm lẫn giữa đau cột sống và đau vết mổ. Trong khi đó triệu chứng đau lan kiểu rễ hồi phục đáng kể (còn 20%), Nguyễn Bá Hậu là 40% [3], là do phương pháp phẫu thuật lấy toàn

bộ đĩa giải ép rộng nên sau mổ hội chứng chèn ép rễ được cải thiện rõ rệt hơn các tác giả khác. Đau cách hồi phục hồi đáng kể (còn 26,7%) có thể ngay sau mổ bệnh nhân còn không đi được xa nên đánh giá dấu hiệu này còn chưa chính xác. Ngay sau mổ vận động của bệnh nhân cải thiện đáng kể (còn 33,3%). Không còn bệnh nhân nào có dấu hiệu bậc thang vì đã được nắn trật trong mổ, đã lấy bỏ cung sau. Biểu hiện teo cơ không thể phục hồi ngay sau mổ, bởi lẽ dấu hiệu này cần có thời gian để phục hồi do rễ thần kinh chi phối bị tổn thương lâu ngày. Các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự.

4.3.2. Kết quả chẩn đoán hình ảnh tăng đặt nẹp bán động.

➤ Thay đổi chiều cao trung bình lồng liên hợp đo trên phim X quang thường quy. Chúng tôi thấy chiều cao lồng liên hợp trước mổ nẹp bán động: 14.0 ± 2.150 có tăng sau mổ 7.7 ± 2.321 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$).

➤ Thay đổi góc ưỡn của cột sống là góc Cobb đo bởi T12 và S1 trên phim X quang thường quy: (TLL) trước mổ: 43.9 ± 2.150 (45-50) sau mổ 36.9 ± 2.112 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$).

➤ Chiều cao trung bình đĩa tăng đặt nẹp bán động là chỉ số trung bình chiều cao đĩa đệm phía trước và phía sau đo trên phim X quang thường quy. Chúng tôi thấy trước mổ: 11.8 ± 1.493 sau mổ 14.0 ± 1.544 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0.01$).

➤ ROM (range of motion) tăng đặt nẹp bán động: trung bình thay đổi góc cobb trên phim X quang động là giá trị tuyệt đối giữa góc ưỡn và góc cúi. Chúng tôi thấy ROM trước mổ: 4.8 ± 1.2 sau mổ 2.8 ± 1.946 .

➤ Trung bình độ thoái hóa đĩa, theo phân độ của Christian và Pfirmann [8] trên phim cộng hưởng từ kiểm tra 20 bệnh nhân chiếm 66,7%, chúng tôi thấy trung bình độ thoái hóa đĩa trước mổ: 2.37 ± 0.495 , sau mổ 2.53 ± 0.507 . Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê bảng 3.27.

4.3.3. Đánh giá kết quả khám lại. Thang điểm VAS đánh giá mức độ đau lưng, đau chân. Tác giả Nguyễn Bá Hậu (2008) có điểm VAS (lưng) trước mổ là 7.9 ± 1.1 , sau mổ 1 năm: 3.7 ± 1.5 . VAS (chân) trước mổ là 7.1 ± 1.9 , sau mổ 1 năm là 2.9 ± 1.4 [3]. Kết quả của Panagiotis (2004) [6] VAS trước mổ 7.1 ± 1.2 , sau mổ 2.5 ± 0.9 . Chúng tôi thu được trung bình VAS (lưng) trước mổ là 6.8 ± 0.912 điểm thấp nhất là 5, điểm cao nhất là 8. Trung bình VAS sau mổ 1 năm là 3.5 ± 1.135 . Trung bình VAS sau mổ 2 năm là 1.81 ± 0.845 . Trung bình VAS (chân) trước mổ là 7.5 ± 1.623 . Trung bình VAS sau mổ

1 năm là 2.7 ± 1.635 . Trung bình VAS sau mổ 2 năm là 1.6 ± 0.475 .

Đánh giá kết quả khám lại theo thang điểm ODI. Tỷ lệ mất chức năng cột sống trước mổ trung bình ODI: $58.9\% \pm 14.47$, nhỏ nhất là 26%, lớn nhất là 78%. Trung bình ODI sau mổ: 1 năm: $31.6\% \pm 8.26$ nhỏ nhất là 13%, lớn nhất là 46%, 2 năm là $18.5\% \pm 5.67$, nhỏ nhất là 5%, lớn nhất là 28%. Nguyễn Bá Hậu trung bình ODI trước mổ là $56,2\% \pm 12,2$, sau 6 tháng là $40,8\% \pm 10,18$ [3].

❖ *Đánh giá kết quả khám lại theo thang điểm Macnab.*

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Có 26,7% bệnh nhân có kết quả tái khám rất tốt, 63,3% tốt và 10% trung bình, không có bệnh nhân nào đạt kết quả xấu. Như vậy kết quả tốt đạt 90%.

❖ *Đánh giá mức độ can xương.* Sau mổ 6 tháng chúng tôi chụp kiểm tra x quang quy ước. Có 5 bệnh nhân được chụp CLVT để kiểm tra mức độ can xương, chúng tôi thu được kết quả: 73,3% can xương độ I, 20% can xương độ II, 6,7% can xương độ III, không có bệnh nhân nào can xương độ IV theo phân loại can xương của Bridwell (1999). Theo tác giả Nguyễn Bá Hậu [3]: Có 56,3% can xương độ I, 31,2% can xương độ II, 12,5% can xương độ III. Nghiên cứu của chúng tôi không thấy bong rộp, gãy vít, duy chỉ có 3 bệnh nhân có than phiền về tiếng kêu khi vận động.

Tác giả Nguyễn Bá Hậu (2008) có điểm VAS (lưng) trước mổ là 7.9 ± 1.1 , sau mổ 1 năm: 3.7 ± 1.5 . VAS (chân) trước mổ là 7.1 ± 1.9 , sau mổ 1 năm là 2.9 ± 1.4 [3]. Kết quả của Panagiotis (2004)[6] VAS trước mổ 7.1 ± 1.2 , sau mổ 2.5 ± 0.9 . Chúng tôi thu được trung bình VAS

(lưng) trước mổ là 6.8 ± 0.912 điểm thấp nhất là 5, điểm cao nhất là 8. Trung bình VAS sau mổ 1.81 ± 0.845 . Trung bình VAS (chân) trước mổ là 7.5 ± 1.623 . Trung bình VAS sau mổ 1.6 ± 0.475

V. KẾT LUẬN

Đây là phương pháp phẫu thuật an toàn hiệu quả. Cải thiện lâm sàng, ít biến chứng, kết quả liền xương cao. Đặc biệt bảo vệ được tầng liên kê để phòng biến chứng xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Ngọc Cường, Hoàng Minh Lợi, Nguyễn Trường An (2009)**, "Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh hẹp ống sống ở bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 361, số 2/2009, trang 168-172.
2. **Nguyễn Danh Đô, Phạm Thanh Hải, Lê Ngọc Quang (2002)**, "Nhận xét kết quả phẫu thuật cố định trượt đốt sống thắt lưng bằng cố định cột sống sau", Y học thực hành, 436, tr.99-102.
3. **Nguyễn Bá Hậu (2009)**, "Đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng cố định cột sống lõi sau và ghép xương liền thân đốt", Luận văn thạc sỹ y khoa, Đại học Y Hà nội.
4. **Nguyễn Ngọc Khang (2002)**, "Điều trị trượt đốt sống thắt lưng – thắt lưng cùng, phân tích 30 trường hợp được phẫu thuật", tạp chí y học thực hành số 436, trang 106 – 110.
5. **Bùi Huy Phụng (2000)**, "Điều trị phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng do trượt đốt sống khuyết eo cùng sau", Luận văn chuyên khoa cấp II, trường đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Panagiotis K, Zisis P. (2004)**. "Rigid, semirigid versus dynamic instrumentation for degenerative lumbar spinal stenosis" Spine, Volume 29, number 7, pp 735-742.
7. **Panjabi M.(1990)** "The stabilizing system of spine" Part II Neutral zone and instability hypothesis, 392-398.
8. **Paris S, (1985)**, "Physical sign of instability". Spine 1985; 10: 277-79.

HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U NGUYÊN BÀO TUY Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Phạm Thanh Tuấn*

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bao gồm 13 bệnh nhân được phẫu thuật u nguyên bào tủy tại bệnh viện Việt Đức, có kết quả mô bệnh học, giai đoạn 2/2016 đến 6/2019. **Kết quả:** Tuổi từ 19 – 43,

tuổi trung bình 29,4. Tỷ lệ Nam/Nữ = 1,6/1. Trên cộng hưởng từ 15,4% nằm ở bán cầu tiểu não, 84,6% nằm ở thùy nhộng. Tỷ lệ giãn não thất chiếm 61,5%. Phẫu thuật lấy hết u 53,8%, lấy gần hết u 46,2%. Kết quả sau phẫu thuật theo KPS nhóm 1: 40%, nhóm 2: 60%. **Kết luận:** U nguyên bào tủy ở người trưởng thành gặp nhiều ở nhóm tuổi 30-39. Kích thước khối u thường > 30mm. Điều trị phẫu thuật cho kết quả khá, tuy nhiên nguy cơ tái phát còn cao.

SUMMARY

THE DIAGNOSTIC IMAGING AND THE RESULTS OF MEDULLOBLASTOMA

**Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Tuấn

Email: drtuanneurovn@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2020

Ngày duyệt bài: 14.4.2020

SURGICAL TREATMENT IN ADULT

Methods: Retrospective and prospective study on 13 patients with medulloblastoma underwent surgical treatment from 02/2016 to 6/2019. **Result:** Age from 19 - 43, the mean age was 29.4. Ratio Male / Female = 2,5/1. 15,4 % in cerebella hemisphere , 84,6% in cerebella vermis. Ratio hydrocephalus was 61.5%. Surgery removed all 53.8%. Postoperative results according to KPS group 1: 40%, group 2: 60%. **Conclusion:** Medulloblastoma in adults is more common in the age group 30-39. Tumor size almost > 30mm. Surgical treatment results are good, but risk of inflation was high.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào tủy (Medulloblastoma) là một thuật ngữ để chỉ các khối u tiền phát ác tính trong tiểu não. U này phát triển từ các nguyên bào thần kinh có nguồn gốc từ ống thần kinh trong giai đoạn phôi thai.[1], [2].

Theo phân loại của WHO 2016 đây là loại u ác tính độ IV , có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng gặp nhiều hơn ở trẻ em <16 tuổi với hơn 80%. [3],[4].

U nguyên bào tủy chiếm 4-10% các u não và chiếm 20-25% u não trẻ em. Nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ khoảng 2/1.

Độ tuổi hay gặp ở người lớn là 25,5 tuổi. Ở trẻ em hay gặp là 6,2 tuổi.

Tần suất mắc bệnh ở người lớn là 0,58/100000 dân/năm. Ở châu Âu và bắc Mỹ là 5 – 7/1triệu trẻ. Ở Pháp tần suất mắc bệnh trẻ em là 6,4 /1 triệu trẻ /năm. Ở Mỹ hàng năm có khoảng 250 – 300 ca bệnh u nguyên bào tủy được phát hiện.

Ở nước ta việc điều trị bệnh lý này chỉ được diễn ra tại các trung tâm lớn. Tuy vậy việc tiến hành nghiên cứu một cách chuyên sâu và bài bản còn diễn ra một cách riêng rẽ và nhỏ lẻ.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài : "Nhận xét về hình ảnh cộng hưởng từ và kết quả điều trị phẫu thuật u nguyên bào tủy ở người trưởng thành". Với mục tiêu:

- 1.Hình ảnh cộng hưởng từ trong bệnh lý u nguyên bào tủy ở người trưởng thành.
- 2.Kết quả điều trị phẫu thuật u nguyên bào tủy ở người trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu gồm 13 bệnh nhân với độ tuổi trên 18 tuổi được chẩn đoán và điều trị phẫu với chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh là u nguyên bào tủy với hồ sơ nghiên cứu đầy đủ, rõ ràng trong thời gian từ 2.2016 đến 6.2019.

Phương pháp nghiên cứu là phương pháp mô tả hồi cứu cắt ngang và tiến cứu không đối chứng.

Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo mẫu hồ sơ nghiên cứu.

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian từ khi bệnh khởi phát tới khi bệnh nhân đến bệnh viện.

Các chỉ tiêu biểu hiện lâm sàng: đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, hội chứng tăng áp lực nội sọ, hội chứng tiểu não, dấu hiệu thần kinh khu trú. Tình trạng tri giác của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật bằng chỉ số chức năng sống Karnofsky (Karnofsky Performances Status).

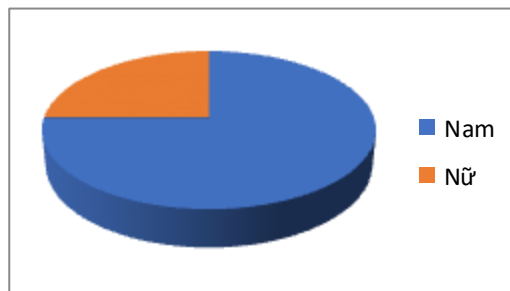
Phân tích các biến số: kích thước, vị trí, độ xâm lấn, chèn ép não thất, tình trạng bắt thuốc sau tiêm,... trong hình ảnh chụp cộng hưởng từ trước phẫu thuật.

Các bệnh nhân đều được khám lại sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

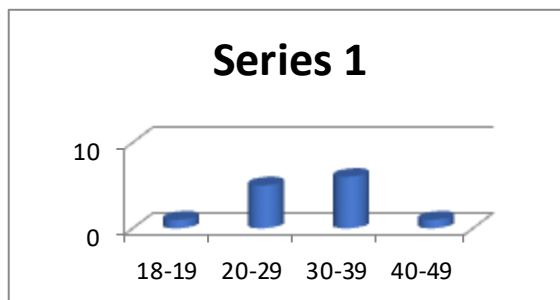
Qua tiến hành nghiên cứu 13 bệnh nhân ở độ tuổi trưởng thành được chẩn đoán u nguyên bào tủy và tiến hành phẫu thuật lấy u với chẩn đoán xác định là mô bệnh học là u nguyên bào tủy. Chúng tôi thu được kết quả như sau.

Trong 13 ca bệnh có 9 trường hợp là nam giới, 4 trường hợp là nữ giới. Tỷ lệ Nam/Nữ = 2,25.



Hình 1: Biểu đồ giới tính

Với độ tuổi trong nghiên cứu này từ 19 tuổi đến 43 tuổi. Độ tuổi trung bình 29,4 ± 5 (từ 19 đến 43).



Hình 2: Biểu đồ phân bố độ tuổi

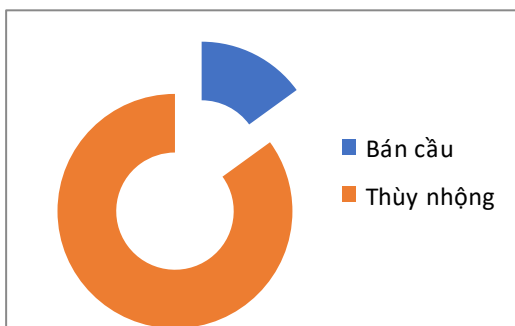
Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong nghiên cứu là hội chứng tăng áp lực nội sọ: đau đầu, nôn với 100% trường hợp.

Hội chứng tiểu não: rối loạn thăng bằng, đi lại loạng choạng, hay vấp ngã, lác hoặc rung giật nhãn cầu với 84,6%

Thời gian từ khi khởi phát đến khi bệnh nhân được chẩn đoán bệnh cũng là một vấn đề đáng quan ngại. Với đa số các ca bệnh đều có thời gian này khá dài, thường từ vài tháng đến một năm. Điều này có thể giải thích được là do khối u đã xuất hiện và phát triển trong thời gian khá dài trước đó. Khi có kích thước đủ lớn thì gây chèn ép vào nhu mô não, gây biểu hiện lâm sàng để người bệnh phải đi khám bệnh.

Về hình ảnh trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não kết hợp có tiêm thuốc đối quang tử cho thấy kích thước khối u khá lớn, kích thước thường trên 30mm, khối u đa số phát triển từ thùy nhộng và xâm lấn sang hai bên bán cầu tiểu não, gây chèn ép mạnh vào não thất bốn. Một số trường hợp còn gây giãn hệ thống não thất, tăng áp lực nội sọ.

Vị trí khối u trong nghiên cứu này thường gặp ở thùy nhộng với 11 trường hợp, bán cầu tiểu não chiếm tỉ lệ ít hơn với 2/11 trường hợp.



Hình 3: Vị trí khối u

Kích thước khối u càng lớn thì tình trạng chèn ép và giãn não thất càng nặng nề.

Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật theo chỉ số chức năng sống Karnofsky Performance Status (KPS) chúng tôi thấy toàn bộ các bệnh nhân đều ở nhóm I và II. Không có bệnh nhân nào ở nhóm III và IV.

Tình trạng bệnh nhân sau mổ theo KPS chúng tôi nhận thấy có 11 bệnh nhân có kết quả tốt. 1 bệnh nhân bị viêm màng não sau phẫu thuật điều trị ổn định, 1 bệnh nhân diễn biến nặng – gia đình xin về.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi mắc: Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 29,4. Độ tuổi 20-29 với 38,4% các trường hợp. Từ 30-39 với 46,1%. Có 1 trường hợp 19 tuổi, 1 trường hợp 43 tuổi. So sánh với nghiên cứu của Giordana và cs (1999)[5] thì độ tuổi hay gặp từ 20-29 với

31,11%. Có thể thấy độ tuổi hay mắc của nghiên cứu của tôi có xu hướng già hơn nghiên cứu của Giordana và cs.[5]

Giới mắc: Trong nghiên cứu này tỉ lệ Nam/Nữ = 2,25/1 và cao hơn so với nghiên cứu của Rodriguez và cs với tỉ lệ Nam/Nữ = 1,38/1[10] nhưng tương đồng với nghiên cứu của Giordana với tỉ lệ Nam/Nữ = 2,4/1.[5]

Vị trí khối u: Theo tác giả Rodriguez và cộng sự, tỉ lệ u nguyên bào ống tủy xuất hiện ở bán cầu tiểu não là 45%, thùy nhộng là 15%, còn lại 40% là các vị trí khác như não thất IV, khoang dưới nhện, góc cầu tiểu não[10]

Theo nghiên cứu của Hubbard (1989), tỉ lệ u ở bán cầu tiểu não là 61,76%, thùy nhộng là 38,24%, kết quả này ngược với nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ u xuất hiện ở bán cầu tiểu não (15,4%), với thùy nhộng tiểu não (84,6%)[11]. Theo Koeller, điều này có thể được giải thích do các tế bào không biệt hóa di chuyển từ màng tủy sau về phía bên và phía trước tiểu não. Trong những năm đầu đời, các tế bào này cư trú tại thùy nhộng tiểu não, khi các tế bào này phát triển thành khối u sẽ cư trú tại vị trí này. Những năm sau này, các tế bào này có khuynh hướng di chuyển sang bên bán cầu tiểu não, và phát triển thành khối u ở bán cầu tiểu não và càng rời xa đường giữa của thùy nhộng tiểu não.[8]

Kích thước u và giãn não thất: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ giãn não thất chiếm 61,5% các trường hợp và các khối u đều có kích thước trên 3cm. Tỉ lệ giãn não thất thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Kornienko (90%) (2009), tương đồng với nghiên cứu của tác giả Riffaud L (60%).[6],[7]

Kết quả phẫu thuật: Kết quả phẫu thuật u não hở sau, đặc biệt là u nguyên bào tủy phụ thuộc vào nhiều yếu tố: thể trạng của bệnh nhân, vị trí u, kích thước u, mức độ tăng sinh mạch của khối u, trình độ kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phương tiện và trang thiết bị. Trong nghiên cứu này: 07 bệnh nhân được phẫu thuật lấy u toàn bộ chiếm 53,8%, 46,2% lấy gần hết u. Thực tế việc lấy toàn bộ khối u nguyên bào tủy là rất khó, vì khi u phát triển lớn thường xâm lấn các cấu trúc quan trọng như não thất, thân não.

Tất cả các bệnh nhân đều được phân loại và đánh giá sau mổ dựa theo phân loại Karnofsky: Nhóm 1 (tốt và khá) nhóm 2 (trung bình và kém) tại thời điểm bệnh nhân ra viện. Bệnh nhân ra viện ở nhóm 1 (Karnofsky 60-100) là 40%, nhóm 2 (Karnofsky 0 - 50 điểm) là 60%. Tỷ lệ này có thể được giải thích bằng việc tại bệnh viện Việt Đức bệnh nhân sau mổ khi tình trạng bệnh nhân

tạm ổn định là sẽ được chuyển về bệnh viện tuyến tỉnh điều trị tiếp.

Bệnh nhân được đánh giá sau mổ sau 1, 3, 6 tháng. Chúng tôi kiểm tra bệnh nhân bằng các hình thức như: khám lại tại phòng khám, hỏi và trả lời qua điện thoại. Để thu nhập các thông tin trên lâm sàng, khai thác các diễn biến sau mổ: rối loạn tri giác, động kinh và liệt... Chụp kiểm tra sau mổ là vấn đề cần thiết được các tác giả tiến hành thường quy. Tuy nhiên ở Việt Nam việc chụp lại kiểm tra cho bệnh nhân sau mổ không phải là điều dễ dàng do điều kiện kinh tế và tâm lý của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

U nguyên bào tuỷ là khối u nguyên phát ở tiểu não, thường gặp ở trẻ em với 20-25% các khối u não trẻ em. Tuy nhiên bệnh lý này vẫn gặp ở người trưởng thành với tần suất ít hơn. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp nhiều ở nhóm tuổi 30-39. Kích thước khối u thường > 30mm. Điều trị phẫu thuật cho kết quả khá, tuy nhiên nguy cơ tái phát còn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quang Vinh (2013)**. Các u não vùng não thất IV. Phẫu thuật thần kinh, nhà xuất bản Y học: 151-160.

2. **Bùi Quang Tuyền (2003)**. Bệnh học thần kinh, sau đại học. Nhà xuất bản quân đội nhân dân: 207-224.
3. **The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System**. Acta Neuropathologica, Volume 131, Issue 6, pp 803-820
4. **The 2007 WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System**. Acta Neuropathol. 2007 Aug; volume 114, pp 97-109.
5. **Giordana MT et al. (1999)**. "Epidemiology of Adult Medulloblastoma", Int.J. Cancer, Italy, chapter 80, pp. 689-692.
6. **Kornienko, Pronin IN (2009)**. "Infratentorial Tumors", Diagnostic Neuroradiology, 1st edition, chapter 7, pp.618-640.
7. **Riffaud L et al. (2009)**. "Survival and prognostic in a series of adults of medulloblastoma", J.Neurosurg, Vol.111, pp.478-487.
8. **Koeller KK (2003)**. "Medulloblastoma: A Comprehensive Review with Radiologic-Pathologic Correlation", Radiographics, pp.1613-1637.
9. **Trần Quang Vinh (2007)**. "Chẩn đoán và điều trị vi phẫu thuật các u vùng não thất IV", Luận án tiến sĩ Y học chuyên ngành Phẫu thuật đại cương, Đại học Y Dược TP. HCM.
10. **Rodriguez FJ (2007)**. "Histopathology grading of adults medulloblastomas", Cancer, American cancer society, Vol.109, No.12, pp.2557-2565.
11. **Hubbard JL (1989)**, "Adult cerebellar medulloblastomas: the pathological, radiographic, and clinical disease spectrum", J.Neurosurg, Vol.70, pp.536-544.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN TỰ DO Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG LIỆU PHÁP ÁNH SÁNG ĐÈN LED TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH NĂM 2018

Hoàng Đức Hạ¹, Phạm Minh Khuê¹,
Nguyễn Minh Nguyệt², Khúc Văn Lập²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tiến hành nhằm đánh giá hiệu quả điều trị vàng da tăng bilirubin tự do (Bil TD) ở trẻ sơ sinh bằng liệu pháp ánh sáng đèn LED tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu gồm 25 sơ sinh vàng da tăng Bil TD, trẻ đủ tháng Bil TD >15 mg%, trẻ non tháng Bil TD >7 mg%. Phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng, đánh giá trước sau không có đối chứng. **Kết quả và kết luận:** Tất

cả trẻ được chiếu đèn LED đều giảm nồng độ bilirubin toàn phần trong máu sau 12 giờ chiếu đèn (giảm $2,2 \pm 1,1$ mg%) sau 24 giờ là $5,2 \pm 2,4$ mg%. Sau 48 giờ chiếu đèn nồng độ bilirubin trở về mức bình thường. Tác dụng không mong muốn của chiếu đèn là nhẹ (60% trường hợp mẩn đỏ da, 28% trường hợp tiêu chảy).

Từ khóa: Sơ sinh, vàng da, tăng bilirubin tự do, hiệu quả điều trị

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF TREATMENT IN NEONATAL JAUNDICE WITH FREE BILIRUBIN ELEVATION BY LED LIGHT IN THAIBINH CHILDREN'S HOSPITAL IN 2018

Objectives: This study was conducted to evaluate the effectiveness of treatment in neonatal jaundice with free bilirubin (FB) elevation by LED (light-emitting diode) therapy at Thai Binh Children's Hospital in

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng

²Trường Đại học Y dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ

Email: hdha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2020

Ngày duyệt bài: 14.4.2020

2018. **Materials and methods:** The study included 25 newborns with FB elevation jaundice, term infants with FB > 15mg%, preterm infants with FB > 7mg%. The method of clinical intervention study was implemented by evaluating the patients before and after treatment without control. **Results and conclusions:** The FB blood levels were reduced for 2.2 ± 1.1 mg% after 12 hours of phototherapy, for 5.2 ± 2.4 mg% after 24 hours of phototherapy in all patients. This levels returned to normal after 48 hours of phototherapy. Side effects of phototherapy were mild (60% of cases with skin rash, 28% of cases with diarrhea).

Keywords. Neonatal, Jaundice, unconjugated free bilirubin, treatment effectiveness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vàng da tăng Bilirubin tự do (Bil TD) là một biểu hiện khá thường gặp ở trẻ sơ sinh, chiếm tới 60% trẻ sơ sinh đủ tháng và gặp hầu hết ở trẻ đẻ non. Đa số các trường hợp vàng da sơ sinh là vàng da sinh lý. Vàng da sơ sinh được xem là vàng da bệnh lý khi có sự tăng sản xuất quá mức và sự giảm đào thải Bilirubin (Bil) trong những ngày đầu sau sinh. Biểu hiện này gặp ở 5-25% trẻ sơ sinh [7]. Vàng da do tăng Bil TD quá cao (>20mg%) nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn tới biến chứng vàng da nhân. Biến chứng này có thể gây tử vong hoặc nếu sống thì để lại di chứng thần kinh nặng nề [3, 9]. Thay máu là một trong các biện pháp hữu hiệu điều trị vàng da tăng Bil TD nhưng thay máu là một thủ thuật có xâm lấn, có tai biến rui ro và chưa được thực hiện phổ biến ở bệnh viện tuyến tỉnh [5]. Nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế đều chỉ ra rằng việc chiếu đèn sớm ngay khi phát hiện vàng da tăng Bil TD bệnh lý có kết quả cao và giảm được tỉ lệ thay máu. Tại Bệnh viện Nhi Thái Bình vàng da tăng Bil TD ở trẻ sơ sinh là một bệnh khá thường gặp và chủ yếu được điều trị bằng liệu pháp ánh sáng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả và các biến chứng khi điều trị vàng da tăng Bil TD bằng liệu pháp ánh sáng. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm Đánh giá kết quả điều trị vàng da tăng Bilirubin tự do ở trẻ sơ sinh bằng liệu pháp ánh sáng đèn LED tại Bệnh viện Nhi

Thái Bình ở những bệnh nhân trên năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm bệnh nhân sơ sinh vàng da tăng Bilirubin tự do được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Nhi Thái Bình trong thời gian nghiên cứu thời gian từ 1-6/2018. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Trẻ sơ sinh tuổi 0-28 ngày; vàng da tăng Bilirubin tự do >15 mg% với trẻ đủ tháng và bilirubin tự do > 10 mg% với trẻ đẻ non. Tiêu chuẩn loại trừ: vàng da tăng Bilirubin trực tiếp, trẻ đã có biến chứng vàng da nhân, trẻ mắc kèm nhiều dị tật bẩm sinh nặng về tim, thần kinh, tiêu hoá hay các bệnh rối loạn chuyển hoá bẩm sinh...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng, đánh giá trước sau, không có đối chứng. Những bệnh nhân vàng da tăng Bil TD đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu sẽ được chọn sử dụng điều trị bằng liệu pháp đèn LED theo phương pháp mù đơn.

Liệu pháp ánh sáng LED: đèn LED gồm 1008 bóng cung cấp ánh sáng xanh với bước sóng khoảng 460 nm tốt nhất trong điều trị vàng da, 2 mức độ chiếu sáng: $15 \mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$ ở mức điều trị tiêu chuẩn và $30 \mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$ ở mức điều trị tăng cường. Thời gian sử dụng liệu pháp: Chiếu liên tục cả ngày, đêm đến khi nào xét nghiệm nồng độ Bil TD về bình thường theo tiêu chuẩn đã đưa ra ở trên. Khi điều trị, cứ 3-4 giờ thay đổi tư thế cho bệnh nhân để ánh sáng tác dụng đều trên da trẻ. Làm lại xét nghiệm Bil TD sau 12, 24 và 48 giờ sau liệu pháp ánh sáng. Kết thúc liệu pháp khi lâm sàng trẻ hết vàng da, xét nghiệm Bil TD về bình thường. Trẻ đủ tháng <12 mg%, trẻ non tháng <7 mg% (Nelson) [6].

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 25 bệnh nhi, trong đó có 11 trẻ <37 tuần (chiếm 44,0%) và 14 trẻ ≥ 37 tuần (chiếm 56,0%). Cân nặng khi sinh <2500 g gồm 11 trẻ (chiếm 44,0%), trẻ ≥ 2500g có 14 trẻ (chiếm 56%).

Bảng 3.1. Ngày xuất hiện vàng da trung bình theo tuổi thai của nhóm can thiệp

TGVD Tuổi thai	Vàng da trong vòng 2 ngày đầu sau sinh		Vàng từ sau ngày thứ 2 sau sinh		Tổng	p
	n	%	n	%		
<37 tuần	8	72,7	3	27,3	11	>0,05
≥ 37 tuần	11	78,6	3	21,4	14	
<2500 g	8	72,7	3	27,3	11	>0,05
≥ 2500 g	11	78,6	3	21,4	14	
Tổng	19	73,2	6	26,8	25	

Nhận xét. Tỷ lệ vàng da xuất hiện trong vòng 2 ngày đầu của nhóm tuổi thai <37 tuần và từ trên 37 tuần lần lượt là 72,7% và 78,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả cho thấy tỷ lệ vàng da trong 2 ngày đầu của nhóm cân nặng <2500 g là 72,7% và cao hơn nhóm cân nặng khi sinh từ trên 2500 g là 78,6% tuy nhiên sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.2. Đánh giá nồng độ Bil TD sau liệu pháp ánh sáng đèn LED so với khi bệnh nhi vào viện

Bil TD (mg%)	X±SD	Số mg% Bil TD giảm	p
12 giờ sau chiếu đèn	17,8±4,4	2,2±1,1	<0,05
24 giờ sau chiếu đèn	15,1±3,6	5,2±2,4	<0,05
48 giờ sau chiếu đèn	2,7±0,4	17,9±2,8	<0,05

Nhận xét. Nồng độ Bil TD của bệnh nhi khi vào viện là $20,0 \pm 4,9$ mg%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau 12 giờ nồng độ Bil TD là $17,8 \pm 4,4$ mg%, sau 24 giờ chiếu đèn $15,1 \pm 3,6$ mg%, sau 48 giờ sau chiếu đèn là $2,7 \pm 0,4$ mg%, sự khác biệt so với lúc vào viện là có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 3.3. Một số tác dụng phụ của sử dụng đèn LED

Tác dụng phụ	n	%
Mẩn đỏ da	15	60,0
Tiêu chảy	5	20,0
Mất nước	2	8,0

Nhận xét. Tác dụng phụ thường gặp nhất ở bệnh nhân chiếu đèn là mẩn đỏ trên da trong khi chiếu chiếm 21,1%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.2) cho thấy sau liệu pháp chiếu đèn được 24 giờ sau khi vào viện thì nồng độ Bil TD trung bình giảm xuống $15,1 \pm 3,6$ mg%, giảm được $5,2 \pm 2,4$ mg%, sự khác biệt so với nồng độ Bil TD trung bình khi mới vào viện có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Điều trị bằng liệu pháp này sau 48 giờ, Bil TD trung bình giảm xuống $2,7 \pm 1,0$ mg%, sự khác biệt nồng độ Bil TD ở thời điểm sau khi vào 48 giờ so với nồng độ Bil TD lúc vào viện có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Ban đầu, nhóm nghiên cứu dự kiến đánh giá nồng độ Bil TD ở thời điểm 72 giờ sau khi vào viện nhưng thực tế nồng độ Bil TD đến 48 giờ sau vào viện đã giảm rất thấp không còn nguy hiểm cho bệnh nhi nên nghiên cứu này đã không tiến hành đánh giá thêm ở thời điểm sau 72 giờ. Theo nghiên cứu của Khu Thị Khánh

Dung [1], cho thấy ở thời điểm 24 giờ so với thời điểm 12 giờ sau liệu pháp chiếu đèn, nồng độ Bil TD trung bình giảm không có sự khác biệt ($p=0,125$), nhưng từ sau 48 giờ Bil TD trung bình giảm rất mạnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$. Đánh giá nồng độ Bil TD ở nhóm cân chiếu đèn sau 72 giờ, nồng độ Bil TD trung bình giảm không nhiều, có thể đây là những trường hợp có vàng da tăng Bil TD nặng, khả năng giảm do chiếu đèn thấp hơn tốc độ sản xuất Bil TD. Nghiên cứu của Đào Minh Tuyết (2009) ở Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên [4] so sánh hiệu quả điều trị vàng da tăng Bil TD ở trẻ sơ sinh giữa phương pháp chiếu đèn LED và chiếu đèn huỳnh quang, cho thấy sau 24 giờ hiệu quả đèn LED tốt hơn giảm được $57,7 \mu\text{mol/L}$ so với đèn huỳnh quang là $32,3 \mu\text{mol/L}$. Kết quả nghiên cứu của Sherbiny HS cho thấy tỷ lệ thành công trong trị liệu bằng chiếu đèn LED cao hơn đáng kể so với chiếu đèn huỳnh quang (87% so với 64%, $P = 0,003$) trong điều trị vàng da tăng Bil TD [10]. Hansen TWR và Cs (2020) đã đưa các mẫu máu có Bil TD chiếu dưới ánh sáng ban ngày, ánh sáng mặt trời, tia cực tím và ánh sáng nhân tạo, và đo lường bilirubin trong các khoảng thời gian khác nhau. Nhóm nghiên cứu thấy rằng tốc độ phân rã của bilirubin được tìm thấy là nhanh chóng và đi kèm với sự gia tăng sự hấp thụ ánh sáng ở bước sóng 680nm, các phản ứng oxy hoá chuyển Bil TD thành biliverdin, được thải qua đường mật [8].

Nghiên cứu này cũng đánh giá các tác dụng phụ của phương pháp chiếu đèn LED trên đối tượng nghiên cứu. Bảng 3.3 cho thấy tác dụng phụ phổ biến là mẩn đỏ da có 15 trường hợp (chiếm 60%), tiêu chảy có 5 trường hợp (chiếm 20%) và mất nước có 2 trường hợp (chiếm 8%), các dấu hiệu này đều rất nhẹ, thoáng qua và tự khỏi. Nghiên cứu của Đào Minh Tuyết tại bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên, tác dụng phụ của chiếu đèn gồm: Da mẩn đỏ: 5,2%, sốt 1,7%, mất nước: 5,2%, tiêu chảy: 1,7%, tỷ lệ xảy ra tác dụng phụ là 13,6% [4]. Bùi Thị Thùy Dương thấy tác dụng phụ chiếm 15,0% [2]. Nghiên cứu của Sherbiny HS và Cs cho thấy một số tác dụng phụ nhẹ ở cả hai nhóm chiếu đèn huỳnh quang và chiếu đèn LED. Khi so sánh biến chứng giữa nhóm được điều trị bằng liệu pháp chiếu đèn huỳnh quang so với đèn LED, tác giả thấy tỷ lệ tăng thân nhiệt cao hơn (12% so với 0%, $P = 0,03$), mất nước (8% so với 2%, $P = 0,26$) và phát ban da (39% so với 1%, $P = 0,002$) đã được báo cáo trong nhóm được điều trị bằng ống huỳnh quang so với nhóm LED [10].

V. KẾT LUẬN

Cả 25 trường hợp đều khỏi, vàng da giảm, xét nghiệm Bil TD về bình thường, không có biến chứng vàng da nhân hay hội chứng mật đặc. Không có trường hợp nào diễn biến nặng hơn phải chuyển tuyến, hay tử vong tại bệnh viện. Tất cả trẻ được chiếu đèn LED đều giảm nồng độ bilirubin toàn phần trong máu sau 12 giờ chiếu đèn (giảm 2,2 mg%) sau 24 giờ là 5,2± 2,4 mg%. Sau 48 giờ chiếu đèn nồng độ bilirubin trở về mức bình thường. Tác dụng không mong muốn của chiếu đèn là nhẹ như mẩn đỏ da nhẹ, mất nước và tiêu chảy nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khu Thị Khánh Dung (2016).** Vàng da tăng bilirubin gián tiếp ở trẻ sơ sinh. Nhi Khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2016: 269-276.
2. **Bùi Thị Thùy Dương (2008).** Nghiên cứu hiệu quả điều trị vàng da tăng bilirubin gián tiếp bằng đèn rạng đồng ánh sáng xanh ở trẻ sơ sinh đủ tháng tại Khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II. Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Thanh, Đặng Văn Chức (2007).** Tình hình vàng da tăng Bilirubin tự do ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 2005-2006. Tạp chí Y học Việt Nam; 2(336): 28-32.
4. **Đào Minh Tuyết (2009).** Đánh giá kết quả điều trị vàng da tăng Bilirubin tự do ở trẻ sơ sinh bằng liệu pháp ánh sáng tại Khoa Nhi Bệnh viện Đa Khoa Trung ương Thái Nguyên. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
5. **Comley A and Wood B (1968).** Albumin Administration in exchange Transfusion for Hyperbilirubinaemia. Arch Dis Child.; 43(228): 151-154.
6. **Grzegorz WT (2018).** Jaundice. Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis. ScienceDirect 2018; 3(15): 255-274.e1
7. **Hanko E, Lindemann R, Hansen TW (2001).** Spectrum of outcome in infant with extreme neonatal Jaundice. Acta Paediatr; 90(7): 782-785.
8. **Hansen TWR, Maisels MJ, Ebbesen F, et al. (2020).** Sixty years of phototherapy for neonatal jaundice - from serendipitous observation to standardized treatment and rescue for millions. J Perinatol. 2020 Feb; 40(2): 180-193.
9. **Ho CK, Roberson AF and Karp WB (1985).** Hematin and bilirubin binding to human serum albumin and newborn serum. Acta paediatr scand 74: 372.
10. **Sherbiny HS, Youssef DM, Sherbini AS, et al. (2016).** High-intensity light-emitting diode vs fluorescent tubes for intensive phototherapy in neonates. Paediatr Int Child Health; 36(2): 127-33.

KHỐI U TÓC DẠ DÀY Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH

Phạm Duy Hiền*, Trần Anh Quỳnh*, Lê Hoàng Long*

TÓM TẮT

Giới thiệu: Bã thức ăn là dạng thức ăn khó tiêu được tích tụ lâu ngày trong đường tiêu hóa dẫn đến sự hình thành khối bã thức ăn trong lòng đường tiêu hóa gây cản trở nhu động đường tiêu hóa và có thể dẫn đến tắc nghẽn dạ dày, ruột non hoặc ruột già. Có nhiều loại bã thức ăn khác nhau, được đặt tên theo loại vật liệu mà chúng được tạo ra như phytobezoar, lactobezoar, Pharmacobezoar, trichobezoar và polybezoar. Trichobezoars (khối u tóc, bóng tóc) thường nằm trong dạ dày nhưng có thể kéo dài qua môn vị vào tá tràng và ruột non (hội chứng Rapunzel). **Báo cáo ca bệnh:** chúng tôi báo cáo một trường hợp bé gái 11 tuổi bị đau bụng và nôn, có khối vùng thượng vị. Siêu âm là khối bã thức ăn trong lòng dạ dày. Nội soi dạ dày thấy hình ảnh khối u tóc chiếm gần hết lòng dạ dày không thể lấy ra được và bệnh nhân được phẫu thuật mở dạ dày lấy khối u tóc. Sau

phẫu thuật bệnh nhân được khám và điều trị tâm lý để ngăn ngừa tái phát.

Từ khóa: Khối u tóc, hội chứng nghiện ăn tóc, trẻ gái.

SUMMARY

GASTRIC TRICHOBEZOAR IN CHILDREN: A CASE REPORT

Backgrounds: Bezoars are concretions of foreign indigestible material accumulating in the gastrointestinal tract leading to intraluminal mass formation that impairs the gastrointestinal motility and can lead to gastric obstruction of the small or the large bowel. There are different types of bezoars, named according to the material they are made of. These include phytobezoar, lactobezoar, pharmacobezoar, trichobezoar, and polybezoar. Trichobezoars (hair ball) are usually located in the stomach but may extend through the pylorus into the duodenum and small bowel (Rapunzel syndrome).

Case report: we report an 11-year-old girl with abdominal pain, vomiting, epigastric mass. Abdominal ultrasound shows that a bezoar in the stomach. Endoscopy shows that a trichobezoar on the stomach but cannot be removed and the patient was operated to remove trichobezoar. After operation, the patient was examined and psychologically treated to prevent recurrence.

Keywords: Trichobezoar, Trichophagia, female.

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tóc thường được phát hiện ở những người mắc hội chứng nghiện ăn tóc (trichophagia), việc ăn tóc không kiểm soát, lâu dần thành nghiện dù rằng cơ thể người không có khả năng tiêu hóa tóc. Đây là một rối loạn tâm thần, thường thấy ở phụ nữ trưởng thành trẻ tuổi [1]. Khối u tóc thường nằm trong dạ dày. Tuy nhiên, nếu không được phát hiện sớm nó có thể phát triển thành hội chứng Rapunzel, đó là khối u tóc dạ dày kéo dài xuống ruột non. Vì hội chứng nghiện ăn tóc là cơ sở cho sự hình thành của khối u tóc. Bệnh có thể tái phát nếu biện pháp điều trị tâm lý không được đầy đủ sau khi phẫu thuật lấy khối u tóc.

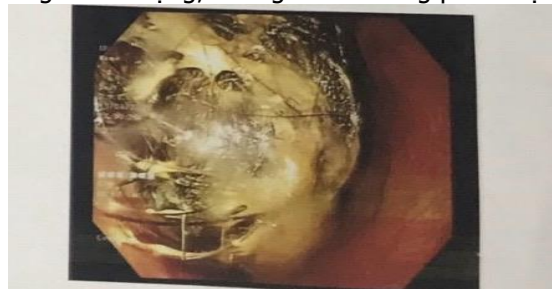
Mặc dù không phổ biến nhưng khối u tóc có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như tử vong nếu phát hiện bệnh muộn [2].

Phẫu thuật điều trị lấy khối u tóc thường được tiến hành trong trường hợp khối u tóc lớn không thể lấy được bằng nội soi dạ dày [3].

Ở đây, chúng tôi trình bày một trường hợp trẻ gái bị tắc dạ dày bởi khối u tóc lớn trong dạ dày được chẩn đoán bằng siêu âm, nội soi dạ dày và được điều trị phẫu thuật sau khi nội soi dạ dày lấy khối u tóc thất bại.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 11 tuổi có tiền sử bứt tóc ăn từ lúc 2 tuổi. Tuy nhiên gia đình không chú ý để điều trị. Khoảng 1 tháng trước ngày vào viện, trẻ xuất hiện đau bụng vùng thượng vị, đau âm ỉ, kèm theo thỉnh thoảng có nôn, nôn ra thức ăn, không nôn ra dịch vàng, dịch máu và phát hiện có khối vùng thượng vị. Khám trẻ có các dấu hiệu sinh tồn bình thường, không nôn, không sốt, không có vàng da, thể trạng gầy, cân nặng 30kg. Bụng mềm, chướng vùng thượng vị, sờ thấy khối cứng vùng thượng vị, không có phản ứng thành bụng, không có cảm ứng phúc mạc.



Hình 1. Hình ảnh khối u tóc trong dạ dày

Các xét nghiệm máu trong giới hạn bình thường. Chụp Xquang bụng không chuẩn bị thấy khối mờ lớn ở vùng thượng vị ngang mức dạ dày, không có mức nước hơi. Siêu âm ổ bụng

thấy có khối bã thức ăn lớn trong dạ dày và bệnh nhân được nội soi dạ dày phát hiện khối u tóc lớn trong dạ dày chiếm gần hết dạ dày nên không thể lấy khối u tóc bằng nội soi dạ dày (hình 1).

Bệnh nhân được chuyển phẫu thuật mở dạ dày theo đường dọc thân vị mặt trước dạ dày dài 8cm cách môn vị 6cm thấy khối u tóc 20x10x8cm chiếm gần hết lòng dạ dày, phần cuối khối u tóc đã qua môn vị vào phần đầu tá tràng (hình 2). Đường mở dạ dày được đóng 2 lớp mũi rời bằng chỉ Vicryl 4/0. Thành bụng được đóng 3 lớp theo giải phẫu.



Hình 2: Khối u tóc

IV. BÀN LUẬN

Khối u tóc dạ dày là một rối loạn hiếm gặp, hầu như chỉ ảnh hưởng đến phụ nữ trẻ. Hầu hết bệnh nhân có khối u tóc dạ dày bị rối loạn tâm thần bao gồm chứng bứt tóc (Trichotillomania) và hội chứng nghiện ăn tóc (Trichophagia) [1]. Bứt tóc có thể được gây ra bởi một loạt các tình trạng, bao gồm lo lắng, trầm cảm và căng thẳng gia đình. Trẻ thường chú ý nhiều vào việc nhổ tóc, ngày càng tăng thêm sự chú ý vào hành động đó và trở thành một thói quen rất mạnh mẽ và bắt buộc. Vị trí nhổ tóc phổ biến nhất là từ da đầu, nhưng có thể xảy ra từ lông mi, lông mày [4]. Hiếm khi bệnh nhân mắc chứng rối loạn này nhai tóc từ các nguồn khác bao gồm cả tóc từ tóc già [3].

Tóc người có khả năng chống tiêu hóa cũng như nhu động do bề mặt mịn màng của nó, dẫn đến sự tích tụ giữa các nếp gấp niêm mạc của dạ dày. Trong một khoảng thời gian, việc ăn tóc liên tục không tiêu hóa được cùng với chất nhầy và thức ăn, gây ra sự hình thành của một khối u tóc [5], [6].

Trong hầu hết các trường hợp, khối u tóc bị giới hạn trong dạ dày. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, nó kéo dài qua môn vị vào hồng tràng, hồi tràng hoặc thậm chí đại tràng. Tình trạng này được gọi là hội chứng Rapunzel. Hội chứng này được mô tả lần đầu tiên bởi Vaughan J. và cộng sự năm 1968 [7].

Trong trường hợp nghiên cứu của chúng tôi thì khối u tóc đã sang tới phần đầu của tá tràng. Bệnh nhân không có triệu chứng của việc tồn tại khối u tóc ở dạ dày trong nhiều năm. Các triệu chứng phát triển khi khối u tóc tăng kích thước. Các triệu chứng phổ biến nhất là đau bụng, buồn nôn hoặc nôn, tắc ruột và viêm phúc mạc. Ít gặp hơn các triệu chứng như biểu hiện giảm cân, chán ăn, chảy máu và lồng ruột [1],[7].

Các biến chứng khác bao gồm loét dạ dày, vàng da tắc mật, viêm tụy cấp cũng có thể gặp do khối u tóc dạ dày gây ứ đọng dịch dạ dày, gây tắc, chèn ép vào ống mật tụy chung chổ đổ vào khúc 2 tá tràng. Ngoài ra, các biến chứng liên quan đến kém hấp thu bao gồm mất protein, thiếu sắt và thiếu máu.

Các phương pháp điều trị khác nhau đã được sử dụng để điều trị bệnh này, bao gồm phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mở bụng, nội soi dạ dày để lấy bỏ khối u tóc [1],[5]. Nội soi dạ dày thông thường vẫn là phương pháp lựa chọn điều trị đầu tiên. Tuy nhiên, phải tùy thuộc vào kích thước và vị trí của trichobezoar [3].

Đánh giá và hỗ trợ tâm lý sau phẫu thuật là rất quan trọng đối với một trẻ bị khối u tóc trong dạ dày. Điều trị dứt tóc bao gồm sửa đổi hành vi, tư vấn gia đình hoặc cá nhân. Ngoài ra có thể áp dụng biện pháp cắt tóc ngắn để trẻ không có khả năng bắt tóc nữa.

V. KẾT LUẬN

Khối u tóc dạ dày ở trẻ em là hiếm gặp với ảnh hưởng về tâm lý. Điều trị bằng nội soi dạ dày hoặc mở dạ dày lấy khối u tóc có thể thực hiện được một cách an toàn và hiệu quả. Điều trị nên được kết hợp với đánh giá và liệu pháp tâm lý để ngăn ngừa tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **FalahS.Q., Amanullah A. (2016).** Huge trichobezoar in the stomach of a young femalepatient.Gomal J. Med. Sci., 14:118–119.
2. **Ahmad Z., Sharma A., Ahmed M. et al (2016).** Trichobezoar causing gastricperforation: a case report, Iran. J. Med. Sci. 41(1):67.
3. **Czerwinska K., Bekiesinska-Figatowska M., Brzewski M. et al (2014).** Trichobezoar, rapunzel syndrome, tricho-plaster bezoar-a report of three cases.Pol. J. Radiol. Pol. Med. Soc. Radiol., 80:241–246.
4. **Al-Janabi I.S., Al-SharbatyM.A., Al-Sharbaty M.M. et al (2014).** Unusual trichobezoar of the stomach and the intestine: a case report.J. Med.Case Rep., 8:79.
5. **Khattak S., Kamal A. (2004).** Trichobezoar. Gomal. J. Med. Sci., 2.
6. **Mewa Kinoo K., Singh B. (2012).** Gastric trichobezoar: an enduring intrigue.Case Rep Gastrointest Med., 2012:136963
7. **Obinwa O., Cooper D., Khan F.et al (2017).** Rapunzelsyndrome is not just a mere surgical problem: a case report and review ofcurrent management. World J. Clin., 5(2):50–55.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐỨT DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC

Võ Thành Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: xác định đặc điểm lâm sàng của tổn thương đứt DCCT khớp gối. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang. Trong đó theo dõi 322 bệnh nhân (326 gối) được chẩn đoán đứt DCCT được điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất – TP HCM từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2019. **Kết quả:** tuổi trung bình là $31,7 \pm 8,3$ (17 đến 50 tuổi), tỷ lệ nam/nữ = 2,4 ($p < 0,01$). Nguyên nhân bị đứt DCCT thường gặp là TNGT (57,1%) và CTTT (22,4%). Có 45% trường hợp tổn thương DCCT gối bên phải và 53,7% bị gối bên trái, có 1,2% bị đồng thời cả hai gối. Thời điểm từ khi BN bị chấn

thương đến khi được phẫu thuật trung bình là $12,1 \pm 18,8$ tháng (0,7-180 tháng). Có 31,4% BN vào viện vì lý do lỏng lẻo khớp gối, trong khi có đến 54,7% BN vào viện vì đau khi vận động. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau khớp gối (92,3%) và lỏng lẻo khớp (64,1%), các triệu chứng khác ít gặp hơn gồm đi lại khó khăn (32,8%), sưng nề khớp (20,2%), tràn dịch khớp (15,6%), teo cơ đùi (14,1%) và kẹt khớp (3,1%). Khám lâm sàng dấu Lachman dương tính ở 98,5% các trường hợp, dấu ngăn kéo trước dương tính 81,3%, và dấu Pivot shift dương tính 48,5%. **Kết luận:** nghiên cứu đặc điểm lâm sàng đứt DCCT khớp gối cho phép chẩn đoán sớm đứt dây chằng chéo trước và đưa ra chiến lược điều trị phù hợp.

Từ khóa: dây chằng chéo trước, lâm sàng đứt dây chằng chéo trước, khớp gối.

SUMMARY

EVALUATION OF THE CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENT WITH ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT INJURIES

*Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2020

Ngày duyệt bài: 14.4.2020

Objectives: identify the clinical characteristics in patient with anterior cruciate ligament injuries.

Methods: prospective, descriptive, cross-sectional study, 322 patients (326 knees) with ACL rupture was monitored and treated at Thong Nhat Hospital - Ho Chi Minh City from January, 2017 to January, 2019.

Results: the average age is 31.7 ± 8.3 (17 to 50 years), the male/female ratio is 2.4 ($p < 0.01$). The common causes of ACL rupture are traffic accidents (57.1%) and sport trauma (22.4%). There are 45% of cases with right knee trauma and 53.7% with left knee trauma, 1.2% with both knee trauma. The average time before surgery is 12.1 ± 18.8 months (0.7-180 months). 31.4% patients were hospitalized due to knee joint laxity, while up to 54.7% of patients were hospitalized because of pain during exercise. Common clinical symptoms are knee pain (92.3%) and joint laxity (64.1%), other less common symptoms include difficulty walking (32.8%), joint swelling (20.2%), joint effusion (15.6%), muscular atrophy (14.1%) and joint locking (3.1%). Clinical examination of Lachman's test was positive in 98.5% of cases, the anterior drawer sign was positive for 81.3%, and the pivot shift test was positive for 48.5%. **Conclusions:** analyzing the clinical characteristics of ACL injury allows early diagnosis and propose appropriate treatment strategies.

Keywords: anterior cruciate ligament, clinical diagnosis of an ACL rupture, knee joint.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rách dây chằng chéo trước (DCCT) xảy ra phổ biến nhất ở những người trẻ tuổi và năng động và có thể có những tác động tiêu cực về thể chất và tâm lý lâu dài. Chẩn đoán được thực hiện với sự kết hợp của tiền sử bệnh nhân, khám lâm sàng và, nếu thích hợp, chụp cộng hưởng từ^[1].

DCCT giúp hạn chế dịch chuyển ra trước của xương chày so với lõi cầu đùi, và giúp ổn định xoay trong mặt phẳng trán và ngang^[2]. Tổn thương DCCT thường dẫn đến tràn dịch khớp, thay đổi cơ sinh học và dáng đi, yếu cơ và giảm chức năng, và chúng có liên quan đến các di chứng lâm sàng lâu dài như rách sụn chêm, tổn thương sụn khớp và phát triển viêm xương khớp hậu chấn thương khởi phát sớm^[3]. Do đó việc xác định các đặc điểm lâm sàng, để có chẩn

đoán sớm dứt DCCT, từ đó chỉ định điều trị phẫu thuật tái tạo lại dây chằng là rất cần thiết.

Tại Bệnh viện Thống nhất – Tp HCM, việc chẩn đoán và điều trị dứt DCCT trước đã được thực hiện từ hơn 10 năm, số lượng BN tổn thương DCCT ngày càng tăng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân dứt DCCT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 322 bệnh nhân (326 gối) được chẩn đoán dứt DCCT được điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất – TP HCM từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2019.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:* Những bệnh nhân (BN) dứt DCCT do chấn thương được khám và điều trị tại khoa CTCH bệnh viện Thống Nhất – TP HCM từ 1/2017 đến 1/2019. Tuổi từ 17 đến 50 tuổi.

**Tiêu chuẩn loại trừ:* những BN dứt DCCT có tổn thương xương khớp gối phức tạp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang

+ Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng

2.2.1. Nghiên cứu các đặc điểm chung

- Tuổi, giới, nguyên nhân: do tai nạn giao thông (TNGT), tai nạn lao động (TNLD), tai nạn sinh hoạt (TNSH) hay do chấn thương thể thao (CTTT).

2.2.2. Nghiên cứu các đặc điểm bệnh sử

- Khoảng thời gian từ khi bị chấn thương đến khi được phẫu thuật: dưới 1 tháng, 1 - 3 tháng, 4 - 12 tháng hay trên 12 tháng.

- Lý do vào viện: Đau gối, lỏng lẻo khớp, đi lại khó khăn, đi sụn chân hoặc kẹt khớp...

2.2.3. Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng

- Bên gối bị tổn thương.
- Triệu chứng: đau khớp, sưng, tràn dịch khớp, teo cơ vùng đùi, lỏng khớp, đi lại khó khăn và kẹt khớp.

- Nghiệm pháp: ngăn kéo trước, Lachman, Pivot shift (dấu chuyển trục).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n = 322):

Giới	Tuổi	17 – 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	Tổng	
						Số BN	%
Nam	Số BN	5	111	76	35	227	
	%	01,6	34,5	23,6	10,9		70,5
Nữ	Số BN	10	30	25	30	95	
	%	31,2	09,3	07,8	09,3		29,5
Tổng	Số BN	15	141	101	65	322	
	%	04,7	43,8	31,4	20,2		100

Qua 322 bệnh nhân (326 khớp gối) chúng tôi thấy: tuổi nhỏ nhất là 17, tuổi lớn nhất là 50, tuổi trung bình là $31,7 \pm 8,3$. Lứa tuổi bị tổn thương DCCT nhiều nhất là từ 21-40 tuổi, chiếm 75,2%.

Hầu như tất cả các nghiên cứu về tổn thương DCCT của các tác giả trong nước cũng như trên thế giới đều ghi nhận đây là tổn thương hay gặp trong độ tuổi lao động. Khi so sánh với các tác giả khác trong và ngoài nước thì thấy cũng có sự tương đương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi thường gặp tổn thương DCCT là 21-30 tuổi (43,8%), tiếp đó là 31 - 40 tuổi (31,4%) và 41 - 50 tuổi (20,2%). Càng lớn tuổi tỷ lệ gặp đứt DCCT càng giảm. Nghiên cứu của Trần Trung

Dũng với tỷ lệ lần lượt là 44,8%, 34,4%, 16,7% và của Huỳnh Lê Anh Vũ cũng có kết quả tương tự là 41,2%, 32,3%, 20,6%^[5].

- Tỷ lệ nam/nữ = 2,4. Nam bị đứt DCCT nhiều hơn nữ, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Chúng tôi thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa nam và nữ trong số liệu nghiên cứu, nam chiếm tỷ lệ 70,5%, nhiều hơn hẳn so với nữ chỉ chiếm tỷ lệ 29,5%, tỷ lệ nam/nữ = 2,4 ($p < 0,01$). Kết quả này cũng phù hợp với số liệu nghiên cứu của các tác giả khác. Tuy tỷ lệ về giới có khác nhau theo từng nghiên cứu nhưng tất cả đều có điểm chung là nam bị đứt DCCT nhiều hơn nữ ($p < 0,05$).

3.1.2. Nguyên nhân

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân (n = 322):

Nguyên nhân	TNGT	CTTT	TNSH	TNLĐ	Tổng
Số BN	184	72	45	21	322
%	57,1	22,4	14	06,5	100

Nguyên nhân bị đứt DCCT thường gặp là TNGT (57,1%) và CTTT (22,4%). Trong tình hình phát triển chung của xã hội, sự phát triển mạnh mẽ của các phương tiện giao thông và các hoạt động thể thao, ngày càng có nhiều người tham gia giao thông và chơi thể thao hơn đã gây nên nhiều chấn thương dây chằng khớp gối, đặc biệt là đứt DCCT. Điều này cũng phù hợp với kết quả các nghiên cứu trong nước^{[4],[5]}.

Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi khác kết quả của một số tác giả trong nước và đặc biệt là các tác giả nước ngoài. Sahngoon Lee nghiên cứu 247 bệnh nhân đứt DCCT, nguyên nhân hàng đầu là CTTT (85%)^[6], các nguyên nhân khác ít gặp hơn: ngã (11%), TNGT (4%). Theo nghiên cứu của Laffargue Ph. có 74,0% trường hợp đứt DCCT là do CTTT^[7]. Theo tác giả Shelbourne K. D. có 65,3% BN đứt DCCT do CTTT^[8]. Điều này có lẽ do tỷ lệ TNGT ở nước ta cao hơn, trong khi các hoạt động thể dục thể thao ở các nước phát triển hơn ở nước ta.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Vị trí tổn thương. Trong nghiên cứu, có 145 trường hợp (45%) tổn thương DCCT gối bên phải và 173 trường hợp (53,7%) tổn thương DCCT gối bên trái. Có 4 BN (1,2%) bị đồng thời cả hai gối. Tỷ lệ gối trái/gối phải = 1,2. Không có sự khác biệt bên bị thương tổn ở BN chấn thương đứt DCCT trong nghiên cứu. Kết quả này cũng phù hợp kết quả của nhiều tác giả trong và ngoài nước.

Tuy nhiên, kết quả này khác với nghiên cứu của tác giả Trịnh Minh Quân, tỷ lệ gối trái cao (66,7%), tỷ lệ gối phải thấp (33,3%). Mà trong

nghiên cứu này, nguyên nhân chiếm đa số là TNGT (60%). Kết quả của tác giả Texier A., Bệnh viện Caen, Cộng hòa Pháp, gối phải chiếm 61%, gối trái chiếm 39%. Tương tự trong kết quả của tác giả Trương Trí Hữu, Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh, chiếm tỷ lệ cao là gối phải (63,5%), còn gối trái chiếm tỷ lệ thấp hơn (36,5%)^[9]. Trong hai nghiên cứu này, nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao lại là CTTT. Có thể thấy rằng, trong TNGT, chân trái là chân không thuận, phản xạ né tránh chậm hơn và dễ bị chấn thương hơn do va chạm ngược chiều. Còn trong CTTT, chân phải là chân thuận nên chịu nhiều lực hơn khi chạy, nhảy, xoay và tiếp đất nên dễ bị chấn thương hơn, nhất là khi thực hiện các động tác này quá mức hoặc sai tư thế.

3.2.2. Thời điểm phẫu thuật. Thời điểm từ khi BN bị chấn thương đến khi được phẫu thuật trung bình là $12,1 \pm 18,8$ tháng (0,7-180 tháng); sớm nhất: 0,7 tháng; lâu nhất: 15 năm; chiếm đa số thuộc nhóm 1 - 3 tháng (27 BN, chiếm 42,2%) và sau 12 tháng (25 BN, chiếm 39,1%). Phần lớn các trường hợp được mổ vào giai đoạn muộn, di chứng sau chấn thương, chỉ có 4,7% BN được mổ sớm sau chấn thương 3 tuần.

Rõ ràng theo thời gian, số liệu trong nước cũng như ngoài nước cho thấy thời điểm phẫu thuật có khuynh hướng ngày càng sớm hơn so với trước đây.

Trong số liệu của chúng tôi, thời điểm mổ sau chấn thương 1 - 3 tháng chiếm tỷ lệ lớn 42,2%. Đây là thời điểm thích hợp. Thời điểm dưới 1 tháng cũng không được các tác giả chọn để

phẫu thuật vì lúc này khớp gối còn sưng nề, tu máu gây khó khăn cho chẩn đoán, các tổn thương kèm theo (đứt DCBT...) chưa tự liền lại, khớp gối còn hạn chế vận động gây khó khăn cho việc tập luyện sau mổ.

Nhóm được phẫu thuật sau chấn thương 12 tháng cũng chiếm tỷ lệ khá cao (39,1%). Phẫu thuật muộn, khi đã xuất hiện các tổn thương thứ phát như thoái hóa sụn chêm, sụn khớp... thì kết quả không còn tốt nữa. Vì vậy việc chẩn đoán đúng và có chỉ định phẫu thuật kịp sớm hơn là cần thiết.

3.2.4. Lý do vào viện

Bảng 3.4. Phân bố BN theo lý do vào viện (n = 322):

Lý do vào viện	Số bn	%
Đau gối	176	54,7
Lồng lẹo khớp	101	31,4
Đi lại khó	30	09,3
Đi sụn chêm	10	03,1
Kẹt khớp	05	01,6
Tổng	322	100

Đau khớp gối (54,7%) và lồng lẹo khớp gối (31,4%) chiếm tỷ lệ cao.

3.2.5. Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng

Thăm khám số BN này chúng tôi thấy có 321/326 trường hợp (98,5%) có dấu hiệu Lachmann dương tính, 265/326 trường hợp (81,3%) có dấu hiệu ngăn kéo trước dương tính. Nghiệm pháp Pivot shift dương tính chỉ có 158/326 trường hợp (48,5%).

Bảng 3.5. Phân bố BN theo triệu chứng lâm sàng (n = 326):

Triệu chứng lâm sàng	Số bn	%
Đau gối	301	92,3
Lồng lẹo khớp	209	64,1
Đi lại khó	107	32,8
Sưng nề khớp	66	20,2
Tràn dịch khớp	51	15,6
Teo cơ	46	14,1
Kẹt khớp	10	03,1

Đau khớp gối (92,3%) và lồng lẹo khớp gối (64,1%) chiếm tỷ lệ cao.

* Giá trị của các dấu hiệu lâm sàng

Đứt DCCT sẽ dẫn đến lồng lẹo khớp gối, tuy nhiên chỉ có 31,4% BN vào viện vì lý do lồng lẹo khớp gối, trong khi có đến 54,7% BN vào viện vì đau khi vận động. Đây là hai lý do thường gặp đưa BN đến viện khi giai đoạn cấp tính sau chấn thương đã qua mà gối BN vẫn chưa trở về hoạt động như bình thường. Các lý do khác ít gặp hơn bao gồm đi lại khó khăn (9,3%), đi lại dễ bị sụn chêm (3,1%) và thỉnh thoảng bị kẹt khớp (1,6%).

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau

khớp gối (92,3%) và lồng lẹo khớp (64,1%), các triệu chứng khác ít gặp hơn gồm đi lại khó khăn (32,8%), sưng nề khớp (20,2%), tràn dịch khớp (15,6%), teo cơ đùi (14,1%) và kẹt khớp (3,1%). Đa số các BN nhập viện khi tình trạng chấn thương cấp tính (sưng nề, tràn dịch và bầm tím) đã qua, mà thay vào đó là các triệu chứng của tình trạng mạn tính (đau kéo dài, lồng lẹo khớp, teo cơ, đi lại khó khăn) do phần lớn BN vào viện muộn. Chỉ một số ít BN vào viện sớm khi gối vẫn còn sưng nề tràn dịch.

Có ba nghiệm pháp lâm sàng để phát hiện đứt DCCT gồm nghiệm pháp Lachman, nghiệm pháp ngăn kéo trước và nghiệm pháp Pivot shift.

Chúng tôi cũng đồng ý với nhận định cho rằng nghiệm pháp Lachman đã hoàn toàn làm lu mờ nghiệm pháp ngăn kéo trước ở tư thế gấp gối. Nghiệm pháp Lachman được làm ở tư thế gối gấp nhẹ nên những thành phần dây chằng bao khớp ngoại biên ít căng nhất, sụn chêm trong không cản trở sự di động ra trước của mâm chày. Khi đó, thành phần duy nhất chống lại di động ra trước của mâm chày đối với xương đùi chính là DCCT.

Nghiệm pháp ngăn kéo trước cũng là một nghiệm pháp kinh điển để phát hiện đứt DCCT. Tuy nhiên, nghiệm pháp này có độ nhạy kém. Theo Tria A. J., nghiệm pháp ngăn kéo trước nhạy hơn với bó trước trong còn nghiệm pháp Lachman nhạy hơn với bó sau ngoài. Nghiệm pháp ngăn kéo trước lại nhạy hơn khi có tổn thương DCCS phối hợp. Khi thực hiện nghiệm pháp ngăn kéo trước mà có sự di chuyển mâm chày ra trước nhiều hơn khi thực hiện nghiệm pháp Lachman, người khám phải nghi ngờ có tổn thương DCCS.

Nghiệm pháp Pivot shift (dấu bán trật xoay) là nghiệm pháp phức tạp và đặc trưng cho đứt DCCT. Nghiệm pháp này liên quan đến hiện tượng nắn sửa bán trật xoay trước của mâm chày so với xương đùi. Nghiệm pháp này có giá trị trong chẩn đoán đứt DCCT hoàn toàn và đến muộn, tuy nhiên kỹ thuật thăm khám này khá phức tạp và kết quả thăm khám không chỉ phụ thuộc vào kinh nghiệm của người khám mà còn phụ thuộc vào sự hợp tác hoàn toàn của BN trong quá trình khám.

Kết quả của chúng tôi cho thấy dấu Lachman dương tính ở 98,5% các trường hợp BN, dấu ngăn kéo trước dương tính: 81,3%, và dấu Pivot shift dương tính: 48,5%.

Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Trần Trung Dũng với tỷ lệ lần lượt là 84,4%, 79,2% và 65,6%^[4]. Ngược lại theo tác giả Trịnh Minh Quân, dấu ngăn kéo trước (86,7%) lại là

dấu hiệu chính để chẩn đoán đứt DCCT, còn dấu hiệu Lachman (76,7%) và dấu hiệu Pivot shift (50%) chiếm tỷ lệ thấp hơn. Rõ ràng mỗi tác giả lại có thói quen riêng trong khám lâm sàng. Mặt khác việc thăm khám và đánh giá các dấu hiệu phụ thuộc rất nhiều vào kỹ thuật và kinh nghiệm của người khám.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng đứt DCCT khớp gối cho phép chẩn đoán sớm đứt dây chằng chéo trước với độ nhạy cao 98,5% và đưa ra chiến lược điều trị sớm, phù hợp nhất cho BN, cũng như giúp bổ sung các vũ khí lâm sàng cho các bác sĩ chính hình. Tuy nhiên cần nghiên cứu lớn hơn, cũng như phân tích sâu hơn về các triệu chứng, nghiệm pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Timothy E. Hewett, Gregory D. Myer, Kevin R. Ford, Mark V. Paterno, and Carmen E. Quatman (2016), "Mechanisms, Prediction, and Prevention of ACL Injuries: Cut Risk With Three Sharpened and Validated Tools". J Orthop Res. 2016 Nov; 34(11): 1843-1855.
2. Benjamin Todd Raines, Emily Naclerio, and Seth L Sherman (2017), "Management of Anterior Cruciate Ligament Injury: What's In and What's Out?". Indian J Orthop. 2017 Sep-Oct; 51(5): 563-575.
3. Levine JW, Kiapour AM, Quatman CE, Wordeman SC, Goel VK, Hewett TE, Demetropoulos CK (2013), "Clinically relevant injury patterns after an anterior cruciate ligament injury provide insight into injury mechanisms". Am J Sports Med. 2013 Feb; 41(2):385-95.
4. Trần Trung Dũng (2014), "Tạo hình dây chằng chéo trước khớp gối qua nội soi". Nhà xuất bản Y học. Sách tham khảo sau đại học Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Duy Huệ, Huỳnh Lê Anh Vũ (2008), "Phân tích đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 0.2 tesla trong chẩn đoán tổn thương dây chằng chéo trước khớp gối do chấn thương", Tạp chí Y học Việt Nam, số 2, Tr. 219-224.
6. Lee, Sahngoon, MD, PhD; Seong, Sang Cheol, MD, PhD; Jo, Chris Hyunchul, MD, PhD; Han, Hyuk Soo, MD; An, Joon Hwan, MD; Lee, Myung Chul, MD, PhD (2007), "Anterior Cruciate Ligament Reconstruction with Use of Autologous Quadriceps Tendon Graft". BJS: October 2007 - Volume 89 - Issue suppl_3 - p 116-126.
7. Ph. Laffargue, J.L. Delalande, M. Maillet, C. Vanhecke, J. Decoulx (1999), "Reconstruction du ligament croisé antérieur: arthrotomie versus arthroscopie". Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Vol 85, N° 4 - août 1999, p. 367.
8. Shelbourne KD, Mollabashy A, De Carlo M. (1990), "Acute anterior cruciate ligament injury". Indiana Med. 1990 Dec;83(12):896-900.
9. Trương Chí Hữu (2009), "Tái tạo đứt dây chằng chéo trước kèm rách sụn chêm do chấn thương thể thao qua nội soi". Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh, 2009, LATS Y học : 62.72.07.25.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NIÊM TRÙNG SƠ SINH SỚM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH THUẬN

Lê Huy Thạch¹, Phan Hùng Việt²,
Lê Văn Thanh¹, Phan Nguyễn Quang Tùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Niêm trùng sơ sinh sớm là một nguyên nhân quan trọng của tử vong và bệnh tật ở trẻ sơ sinh. **Mục tiêu:** Mô tả lâm sàng, xét nghiệm và kết quả điều trị niêm trùng sơ sinh sớm. **Phương pháp:** Nghiên cứu theo dõi dọc. **Kết quả:** Lâm sàng: Toàn thân: cân nặng không đổi (69,5%), da tím (58,8%), khòe yếu (58,8%), xuất huyết (13,0%), sốt (11,5%). Tim mạch: tần số tim ≥ 160 lần/ phút (20,6%), CRT >2 giây (12,2%). Hô hấp: tần số thở \geq

60 lần/ phút (58,8%), dấu găng sức (71,8%), cơn ngưng thở (48,9%). Thần kinh: giảm phản xạ (47,3%), giảm trương lực cơ (43,5%), kém linh hoạt (24,4%). Tiêu hóa: bú kém/ bỏ bú (90,1%). Xét nghiệm: Bạch cầu giảm <6.000/ mm³ (4,6%), tăng >30.000/ mm³ (7,6%). Tiểu cầu giảm <150.000/ mm³ (9,2%), tăng >500.000/ mm³ (0,8%). CRP >10 mg/l (14,5%). Tỷ lệ cấy máu dương tính là 15,3%. Trung vị ngày điều trị là 13 ngày, sơ sinh đẻ non có số ngày điều trị cao hơn sơ sinh đủ tháng và già tháng (P <0,05). Tỷ lệ đáp ứng tốt là 60,3%, có mối liên quan giữa tuổi thai và đáp ứng điều trị (P <0,05). **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng của niêm trùng sơ sinh sớm đa dạng, mức độ biểu hiện khác nhau phụ thuộc vào độc lực của mầm bệnh và các cơ chế bảo vệ của cơ thể.

Từ khóa: Niêm trùng sơ sinh sớm, Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận.

¹Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

²Trường Đại học Y-Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Thạch

Email: lh.thach67@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2020

Ngày duyệt bài: 14.4.2020

SUMMARY**STUDY CLINICAL CHARACTERISTICS, PARA CLINICAL AND OUTCOME OF TREATMENT EARLY-ONSET NEONATAL INFECTIONS AT GENERAL HOSPITAL NINH THUAN PROVINCE**

Introduction: Early-onset neonatal infection is a significant cause of mortality and morbidity in newborn babies. **Objective:** Describe clinical, tests and outcome of treatment early-onset neonatal infections. **Methods:** Longitudinal study. **Results:** Clinical: Systemic: weight did not increase (69.5%), purple skin (58.8%), poor cry (58.8%), hemorrhage (13.0%), fever (11.5%). The cardiac: heart rate \geq 160 beats/minute (20.6%), CRT $>$ 2 seconds (12.2%). Respiratory: breathing rate \geq 60 beats/minute (58.8%), breathlessness (71.8%), apnea (48.9%). Nerve: decreased reflexes (47.3%), poor muscle tone (43.5%), inflexibility (24.4%), lethargy/coma (19.8%). Gastrointestinal: poor sucking/give up sucking (90.1%). Tests: WBC $<$ 6.000/mm³ (4.6%), $>$ 30.000/mm³ (7.6%). PLT $<$ 150.000/mm³ (9.2%), $>$ 500.000/mm³ (0.8%). CRP $>$ 10mg/l (14.5%). The rate of positive blood cultures was 15.3%. Median treatment day was 13 days, preterm neonates had a higher number of treatment days than term and elderly (P $<$ 0.05). The response rate to good treatment was 60.3%, there was a relationship between gestational age and response to treatment (P $<$ 0.05). **Conclusion:** The degree of clinical manifestations is highly variable depending on the virulence of pathogens and on the mechanisms of host defense.

Keyword: Early-onset neonatal infections, General hospital Ninh thuan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có khoảng 2,995 triệu trẻ sơ sinh trên toàn thế giới tử vong, chiếm gần 43% tổng số tử vong của trẻ em dưới 5 tuổi và có khoảng 73% trường hợp tử vong dưới 5 tuổi xảy ra ở hai khu vực trong năm 2017 là châu Phi và Đông Nam Á. Tại Việt Nam, có khoảng 18.000 trẻ sơ sinh (SS) tử vong mỗi năm, tỷ lệ tử vong SS là 14/1000 trẻ sinh sống, chiếm gần 60% tỷ lệ tử vong trẻ dưới 5 tuổi. Ba nguyên nhân chiếm hơn 80% tử vong SS là đẻ non, ngạt và nhiễm trùng sơ sinh. Tại các bệnh viện (BV), nhiễm trùng do vi khuẩn luôn chiếm vị trí quan trọng trong mô hình bệnh tật cũng như nguyên nhân gây tử vong ở giai đoạn sơ sinh sớm. Tại BV Đa khoa tỉnh Ninh Thuận, những năm gần đây đã có nhiều cố gắng trong lĩnh vực hồi sức SS, triển khai điều trị và nuôi dưỡng trẻ SS đẻ non tháng và có nhiều nỗ lực trong công tác chống nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều hạn chế về trang thiết bị, nhân lực và trình độ chưa ngang tầm. Để củng cố và nâng cao chất lượng chăm sóc SS, góp phần nâng cao công tác điều trị, đào tạo cán bộ và phối hợp Sản-Nhi, chúng tôi đã tiến hành

thực hiện đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm trùng sơ sinh sớm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận" nhằm hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng nhiễm trùng sơ sinh sớm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị nhiễm trùng sơ sinh sớm tại điểm nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ sơ sinh 1-7 ngày tuổi có biểu hiện nghi ngờ nhiễm trùng sơ sinh sớm (NTSSS) vào điều trị tại khoa Nhi BV Đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ 01/02/2019 đến 01/03/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Trẻ thuộc giai đoạn SS sớm từ 1-7 ngày tuổi, được chẩn đoán NTSSS theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế (2015) gồm: Lâm sàng: thân nhiệt không ổn định, da tái, thời gian phục hồi màu da chậm, bất thường về thần kinh (li bì, rối loạn trương lực cơ, co giật...), suy hô hấp, bất thường về tiêu hóa (bú chậm, bú kém, bỏ bú, nôn...). Cận lâm sàng: có ít nhất một trong các yếu tố như bạch cầu (BC) $>$ 25.000/mm³, hoặc $<$ 5000/mm³; Tiểu cầu (TC) $<$ 100.000/mm³; CRP $>$ 10mg/l; Cây tìm vi khuẩn trong máu, dịch não tủy, dịch mắt.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Không thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu; Trẻ có kèm hạ đường huyết, ngạt sau sinh, suy hô hấp cấp do các dị vật kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc.

2.3. Cách chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện liên tiếp, thu thập số liệu trên phiếu điều tra bằng phương thức phỏng vấn trực tiếp người mẹ theo bộ câu hỏi sẵn, khám lâm sàng trẻ sơ sinh, ghi nhận các kết quả cận lâm sàng, điều trị cũng như các thông tin khác qua tham khảo hồ sơ bệnh án.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu được mã hóa và được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng phép kiểm χ^2 và Exact Fisher để kiểm định, có ý nghĩa khi P $<$ 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu**

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	68	51,9
	Nữ	63	48,1
Cách sanh	Sanh ngã âm đạo	76	58,0
	Sanh mổ	53	40,5
	Thủ thuật	02	1,5
Tuổi thai	Đẻ non (< 37 tuần)	80	61,1
	Đủ tháng (37 -	49	37,4

	<42 tuần)		
	Già tháng (≥ 42 tuần)	02	1,5
Phân loại cân nặng	Nhỏ so với tuổi thai	39	29,8
	Phù hợp so với tuổi thai	86	65,6
	Lớn so với tuổi thai	06	4,6

Tỷ lệ mắc NTSS ở nam là 51,9%, phần lớn sanh bằng ngã âm đạo (58,0%), tỷ lệ mắc ở trẻ sơ sinh đẻ non (61,1%), cao hơn sơ sinh đủ tháng và già tháng.

Bảng 2. Phân bố các yếu tố nguy cơ trong tiền sử sản khoa

Yếu tố nguy cơ (YTNC)	Tần số	Tỷ lệ %
YTNC chính (n=131)		
Trẻ đẻ non không giải thích được < 35 tuần	56	42,7
Vỡ ối sớm trước 37 tuần	48	36,6
Nhiễm trùng đường tiết niệu trong khi mang thai	15	11,5
Trẻ sinh đôi mắc NTSS sớm mẹ-thai	13	9,9
Nhiệt độ mẹ trước và bắt đầu chuyển da ≥ 38°C	10	7,6
Thời gian vỡ ối ≥ 18 giờ	04	3,1
Tiền sử NTSS mẹ-thai	02	1,5
YTNC phụ (n=131)		
Nhịp tim thai bất thường/suy thai không giải thích được	57	43,5
Nước ối bẩn hoặc có phân su	21	16,0
Ồi vỡ sớm ≥ 12 giờ, nhưng <18 giờ	15	11,5
Ồi vỡ sớm tự nhiên < 37 tuần và ≥ 35 tuần	04	3,1

YTNC chính có tỷ lệ cao nhất là trẻ đẻ non không giải thích được < 35 tuần (42,7%) và YTNC phụ là nhịp tim thai bất thường hoặc ối bẩn/suy thai không giải thích được (43,5%).

3.2. Các triệu chứng lâm sàng

Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng (n=131)		Số trẻ mắc	Tỷ lệ %
Triệu chứng toàn thân	Thân nhiệt (°C)	Sốt	15 11,5
		Hạ	01 0,8
	Cân nặng	Không đổi	90 69,5
		Giảm	35 26,7
	Da, niêm mạc	Tím	77 58,8
		Vàng tái	18 13,7
Xuất huyết		17 13,0	
Khóc	Khóc yếu	77 58,8	
Triệu chứng tim mạch	Tần số tim	≥ 160 lần/phút	27 20,6
		< 100 lần/phút	09 6,9
	CRT	> 2 giây	16 12,2
Triệu	Tần số	≥ 60	77 58,8

chứng hô hấp	thở	lần/phút < 20 lần/phút	20	15,3
		Cơ ngưng thở	Có	64
	Dấu gắng sức	Có	94	71,8
Triệu chứng thần kinh	Tri giác	Giảm phản xạ	62	47,3
		Kém linh hoạt	32	24,4
		Li bì/hôn mê	26	19,8
		Kích thích	08	6,1
	Trương lực cơ	Tăng	05	3,8
		Giảm	57	43,5
	Cử động	Co giật	03	2,3
Bất thường		01	0,8	
Thóp	Phồng	06	4,6	
Triệu chứng tiêu hóa	Bú kém /bỏ bú		118	90,1
		Nôn	17	13,0
	Chướng bụng	15	11,5	
	Tiêu chảy	02	1,5	
	Gan lớn	01	0,8	
Dấu hiệu tại chỗ	Da	Hồng ban	20	15,3
		Nốt mụn	04	3,1
		Cứng bì	07	5,3
	Rốn	Viêm rốn	06	4,6
	Mắt	Chảy mủ	02	1,5

Triệu chứng toàn thân biểu hiện nhiều nhất là cân nặng không đổi (69,5%), da tím (58,8%), khóc yếu (58,8%), xuất huyết (13,0%), sốt (11,5%). Tim mạch biểu hiện là tần số tim ≥ 160 lần/ phút (20,6%), CRT > 2 giây (12,2%). Triệu chứng hô hấp là tần số thở ≥ 60 lần/phút (58,8%), dấu gắng sức (71,8%) và cơ ngưng thở (48,9%). Triệu chứng thần kinh chủ yếu là giảm phản xạ (47,3%), kém linh hoạt (24,4%) và li bì/ hôn mê (19,8%). Triệu chứng tiêu hóa là bú kém/ bỏ bú (90,1%), nôn (13,0%) và chướng bụng (11,5%).

3.3. Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng

Số lượng BC từ 6.000-30.000/ mm³ (87,8%), < 6.000/ mm³ (4,6%) và > 30.000/ mm³ (7,6%); Số lượng TC từ 150.000-500.000/ mm³ (90,1%), < 150.000/ mm³ (9,2%) và > 500.000/ mm³ (0,8%); Nồng độ CRP ≤ 10 mg/l là 85,5% và > 10 mg/l (14,5%).

Bảng 4. Kết quả cấy máu

Kết quả cấy máu		n=131	%
Am tính		111	84,7
Dương tính n=20% =15,3	Acinetobacter spp.	04	3,1
	Klebsiella spp.	04	3,2
	Staphylococci coagulase âm	04	3,1
	Staphylococcus aureus	02	1,5

Escherichia coli (ESBL+)	02	1,5
Enterococcus spp.	02	1,5
Streptococcus agalactia	01	0,8
Pseudomonas spp.	01	0,8

Tỷ lệ cấy máu dương tính là 15,3%, phân lập được 20 chủng vi khuẩn.

3.4. Kết quả điều trị nhiễm trùng sơ sinh sớm

Bảng 5. Số ngày điều trị

Bảng 6. Kết quả điều trị

Tuổi thai (tuần)	Số bệnh nhân	Tốt		Biến chứng		Kém		P
		n	%	n	%	n	%	
< 37 tuần	80	38	47,5	22	27,5	20	25,0	0,001
≥ 37 tuần	51	41	80,4	07	13,7	03	5,9	
Tổng	131	79	60,3	29	22,1	23	17,6	

Tỷ lệ đáp ứng tốt là 60,3%, biến chứng và kém lần lượt là 22,1% và 17,6%, có mối liên quan giữa tuổi thai và đáp ứng điều trị (P < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhiễm trùng sơ sinh sớm

4.1.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu 131 trường hợp NTSSS cho thấy tỷ lệ bé trai mắc NTSSS (51,9%) cao hơn bé gái (48,1%) và đa số các trẻ được sanh ra bằng ngã âm đạo (58,0%), tương tự với nghiên cứu tại BV Đại học Y Dược TP. HCM [2]. Cân nặng SS phần lớn là phù hợp với tuổi thai (65,6%), Đổ Hồ Tĩnh Tâm tỷ lệ này là 72,5% [3].

4.1.2. Một số yếu tố nguy cơ trong tiền sử sản khoa. Việc kết hợp khai thác tiền sử của mẹ đã có vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm NTSS. Kết quả nghiên cứu cho thấy các YTNC chính trong tiền sử sản khoa gồm có trẻ đẻ non không giải thích được < 35 tuần (42,7%) và vỡ ối sớm trước 37 tuần (36,6%) là hai YTNC chính thường gặp nhất. Tuy nhiên, tỷ lệ các YTNC thay đổi theo từng nghiên cứu, theo Đổ Hồ Tĩnh Tâm thì thời gian vỡ ối > 18 giờ và mẹ sốt ≥ 38°C là hai YTNC chính thường gặp nhất với tỷ lệ là 27,5% và 22,1%, thấp nhất là viêm màng ối (1,5%) và nhiễm trùng đường tiết niệu trong khi mang thai chiếm 3,8% [3]. Nghiên cứu của tôi, tỷ lệ nhiễm trùng đường tiết niệu trong khi mang thai là 11,5%, tương tự tại BV Đại học Yaounde, Cameroon (9,2%). Ngoài ra, kết quả ở bảng 3 còn cho thấy một số YTNC phụ giống với nhận xét của Hoàng Thị Thúy Yên (2018) [4].

4.1.3. Đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu 131 trường hợp NTSSS chúng tôi có nhận xét, dấu hiệu lâm sàng biểu hiện khác nhau, đa số biểu hiện từ 1 đến nhiều dấu hiệu lâm sàng, vài trường hợp có đầy đủ các dấu hiệu. Theo kết quả ở bảng 3, dấu hiệu lâm sàng phổ biến nhất là các triệu chứng về tiêu hóa (90,1%), tương tự

Thời gian điều trị (ngày)	< 37 tuần	≥ 37 tuần	Chung
Trung vị	16,0	9,0	13,0
25 th - 75 th	9,0-23,5	7,0-13,0	8,0-20
Tối thiểu	3,0	3,0	3,0
Tối đa	48	49	49

Test Mann-Whitney: P < 0,001

Trung vị ngày điều trị là 13 ngày, SS đẻ non có số ngày điều trị cao hơn so với SS đủ tháng (P < 0,05).

với Võ Hữu Đức và Tạ Văn Trâm (87,50%) [1]. Ngoài ra, các đặc điểm lâm sàng của NTSSS rất đa dạng, không điển hình, tỷ lệ biến hiện các dấu hiệu khác nhau tùy thuộc vào đặc điểm của đối tượng cũng như khu vực nghiên cứu. Theo Trần Thị Bích Huyền, dấu hiệu lâm sàng phổ biến là vàng da trước 24 giờ (32%), bú kém, bú ọc (18%) và có đến 48% các trường hợp không có triệu chứng [2]. Thở nhanh là triệu chứng xuất hiện sớm nhất của triệu chứng hô hấp khi trẻ bị viêm phổi, nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thở nhanh (≥ 60 lần/phút) chiếm 58,8%, tương tự với Đổ Hồ Tĩnh Tâm (42%) trong bệnh lý NTSSS [3]. Đặc biệt, Đổ Hồ Tĩnh Tâm còn cho thấy tỷ lệ sốt là 12,2% và hạ thân nhiệt là 3,1% [3], tương tự với kết quả của chúng tôi. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng đã ghi nhận một số triệu chứng thần kinh như co giật (2,3%), thóp phồng (4,6%), tương tự với Mhada, co giật (3,0%) và thóp phồng (10%) [6].

4.1.4. Đặc điểm xét nghiệm cận lâm sàng. Ở trẻ SS, số lượng BC trong 1 mm³ máu có thể thay đổi từ 6.000-30.000/ mm³, trung bình là 18.000/ mm³, sau đó giảm dần còn 11.000/ mm³ sau 2 tuần. Kết quả nghiên cứu chỉ có 4,6% trường hợp có BC giảm và tỷ lệ BC tăng > 30.000/ mm³ là 7,6%. Trần Thị Bích Huyền cũng chỉ có 2% trường hợp có số lượng BC ≤ 5.000/ mm³ và BC ≥ 25.000/ mm³ là 10% [2]. Ngoài ra, số lượng TC cũng là một gợi ý cho NTSSS, theo Hoàng Thị Thúy Yên, TC < 150.000/ mm³ là một gợi ý cho NTSSS do vi khuẩn [4]. Kết quả nghiên cứu, tỷ lệ TC < 150.000/ mm³ là 14,1%. Giá trị CRP phản ánh tình trạng nhiễm trùng trong giai đoạn sớm, tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi thì CRP > 10mg/l chiếm 14,5%, tương tự với Trần

Thị Bích Huyền, CRP > 10-20 có tỷ lệ là 18% [2]. Cây máu là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán NTSS, tuy nhiên, tỷ lệ cây máu lại dương tính thấp. Kết quả ở bảng 4 chỉ có 20 trường hợp dương tính (15,3%), tương tự với tác giả Kalathia cây máu lấy từ tĩnh mạch ngoại biên (17,8%) [5]. Các tác nhân gây NTSSS gồm có *Acinetobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Staphylococcus coagulase negative* và một số vi khuẩn khác có số lượng ít hơn như *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*. Nghiên cứu của Kalathia, các vi khuẩn được phân lập trong các trường hợp dương tính với cây máu là *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Pseudomonas* spp. và *Acinetobacter* spp. [5].

4.2. Kết quả điều trị nhiễm trùng sơ sinh sớm. Thời gian điều trị nhiễm trùng huyết khi đã xác định được tác nhân gây bệnh thay đổi ít nhất 10-14 ngày dựa trên tác nhân vi sinh vật và khi bị viêm màng não, thời gian có thể là 21 ngày hoặc hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy trung vị ngày điều trị là 13 ngày, trong đó, trung vị ngày điều trị ở nhóm đẻ non cao hơn so với nhóm đủ tháng và già tháng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Võ Hữu Đức và Tạ Văn Trâm, thời gian điều trị NTSSS từ 4-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (58,3%) [1]. Như vậy, thời gian điều trị trong nghiên cứu của tôi cũng tương tự với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Về kết quả điều trị, tỷ lệ đáp ứng tốt là 60,3%, kém là 17,6% và có mối liên quan giữa tuổi thai và đáp ứng điều trị ($P < 0,05$). Điều này chứng tỏ rằng trẻ càng nhỏ tuổi khi mắc bệnh dễ dẫn đến tử vong hơn.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng trong NTSSS rất đa dạng, phong phú vì vậy rất dễ nhầm lẫn hoặc bỏ sót làm chậm trễ

điều trị. Các triệu chứng thường gặp nhất là triệu chứng tiêu hóa, toàn thân, hô hấp, thần kinh. Tỷ lệ cây máu dương tính là 15,3%. Trung vị ngày điều trị là 13 ngày. Đáp ứng điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao (60,3%), 17,6% đáp ứng điều trị kém và có mối liên quan giữa tuổi thai với đáp ứng điều trị ($P < 0,05$).

VI. KIẾN NGHỊ

Cần phối hợp tốt sản nhi để khai thác tốt các yếu tố nguy cơ tử mẹ, nhằm chẩn đoán sớm qua đó điều trị sớm để giảm tử vong giai đoạn sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Võ Hữu Đức và Tạ Văn Trâm (2018)**, "Đặc điểm nhiễm khuẩn sơ sinh sớm tại đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh, Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang từ 01/2015 đến 12/2016", Y học TP. HCM. 22(4), 234-238.
- Trần Thị Bích Huyền (2013)**, "Tình hình nhiễm trùng sơ sinh sớm tại Bệnh viện Đại học Y dược cơ sở 2", Tạp chí Y học Tp. HCM. 4(17), 93-97.
- Đỗ Hồ Tinh Tâm (2016)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và kết quả điều trị nhiễm trùng sơ sinh sớm tại khoa Nhi bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Dược Huế.
- Hoàng Thị Thủy Yên (2018)**, Nhiễm trùng sơ sinh do vi khuẩn, Giáo trình sau đại học Nhi khoa, tập 1 sơ sinh-cấp cứu, Huế, 175-183.
- Kalathia M.B, Shingala P. A, Parmar P. N, and et al (2013)**, "Study of umbilical cord blood culture in diagnosis of early-onset sepsis among newborns with high-risk factors", Journal of clinical neonatology. 2(4), 169.
- Mhada T.V, Fredrick F, Matee M. I, and et al (2012)**, "Neonatal sepsis at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania; aetiology, antimicrobial sensitivity pattern and clinical outcome", BMC public health. 12(1), 904.
- Swarnkar K and Swarnkar M (2012)**, "A study of early onset neonatal sepsis with special reference to sepsis screening parameters in a tertiary care centre of rural India", Internet J Infect Dis. 10(1).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI NGƯỜI LỚN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG ĐINH NỘI TỤY CÓ CHỐT

Võ Thành Toàn

TÓM TẮT

**Bệnh viện Thống Nhất*

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2020

Ngày duyệt bài: 13.4.2020

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị gầy thân xương đùi bằng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Thống Nhất. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang. **Đối tượng và phương pháp:** 52 bệnh nhân gãy kín thân xương đùi được phẫu thuật đóng nội tủy có chốt, tại Bệnh viện Thống Nhất, trong thời gian từ tháng 2/2017 đến tháng 1/2019. **Kết quả:** Đánh giá kết quả gần theo tiêu chuẩn Larson - Bostmant và kết quả xa theo tiêu chuẩn phục hồi chức năng của Ter - Schiphorst. Kết

quả xa: rất tốt 83,3%, tốt 10%. **Kết luận:** Đóng đinh nội tủy có chốt cho gãy kín thân xương đùi là một phương pháp hiệu quả trong việc duy trì chiều dài và trục chi, với tỉ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Gãy kín thân xương đùi, đinh nội tủy có chốt.

SUMMARY

EVALUATION OF LOCKED INTRAMEDULLARY NAILING FOR TREATMENT OF ADULT FEMORAL SHAFT FRACTURES

Objective: Evaluation of locked intramedullary nailing for treatment of femoral shaft fractures at Thong Nhat Hospital. **Study design:** Cross sectional. **Materials and methods:** 52 patients with closed femur body fracture operated by intra-medullary fixation with interlocking rod at Thong Nhat Hospital from February 2018 to January 2019. **Results:** Evaluation of early result follow Larson - Bostman criteria and long term result by Ter-Schipphorst criteria with excellent result of 83.3% and good result of 10%. **Conclusion:** Locked intramedullary nailing fixation for treatment of femoral shaft fractures is an effective method that maintains the length and alignment, with a low incidence of complications.

Key words: Femoral shaft fractures, locked intramedullary nailing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở người lớn, khi gãy kín thân xương đùi, phẫu thuật kết hợp xương là chỉ định gần như tuyệt đối. Thực tiễn lâm sàng cho thấy, kết xương nẹp vít đã bộc lộ nhiều nhược điểm như nguy cơ nhiễm khuẩn cao, thời gian liền xương kéo dài, có thể gặp biến chứng gãy nẹp, bật vít... Đóng đinh nội tủy có chốt điều trị gãy kín thân xương đùi được coi là biện pháp điều trị tốt nhất hiện nay vì ưu điểm cố định ổ gãy vững chắc, chống được di lệch xoay. Về mặt cơ-sinh học, đinh nội tủy sẽ chịu lực trung tâm; khi bệnh nhân (BN) đi thì nén sớm, trọng lượng cơ thể dồn ép đều lên diện gãy, kích thích quá trình liền xương diễn ra nhanh hơn. Phương pháp này đã được nhiều tác giả trên thế giới và trong nước áp dụng, thu được kết quả rất tốt.

Bệnh viện Thống Nhất áp dụng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt điều trị gãy thân kín xương đùi thu được kết quả khả quan. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi ở người lớn bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt" nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương đùi bằng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Thống Nhất.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 52 BN gãy kín thân xương đùi do chấn thương tuổi từ 19-85, được chẩn đoán gãy kín thân xương

đùi, có chỉ định và được điều trị theo phương pháp phẫu thuật đóng đinh nội tủy có chốt, tại Bệnh viện Thống Nhất, trong thời gian từ tháng 2/2017 đến tháng 1/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng, hình thức mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc.

- Phương pháp điều trị phẫu thuật: đóng đinh nội tủy có chốt (hãng Trauson sản xuất), xuôi dòng, có mở nhỏ ổ gãy, trên màn hình tăng sáng.

- Đánh giá kết quả:

+ Kết quả gần: căn cứ vào diễn biến tại vết mổ và kết quả nắn chỉnh, kỹ thuật đóng đinh và bắt các vít chốt theo tiêu chuẩn Larson – Bostman.

+ Kết quả xa (tối thiểu sau mổ 12 tháng): căn cứ vào mức độ liền xương và phục hồi chức năng theo Ter - Schiphorst.

2.3. Thu thập dữ liệu. Thu thập số liệu theo mẫu hồ sơ bệnh án thống nhất (Bệnh án, chẩn đoán, phim Xquang trước và sau mổ, biên bản phẫu thuật) bao gồm:

- Đặc điểm dân số: tuổi, giới

- Nguyên nhân cơ chế chấn thương: trực tiếp, gián tiếp, tai nạn giao thông, tai nạn lao động...

- Đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh: vị trí ổ gãy, tính chất tổn thương

- Đặc điểm điều trị: kỹ thuật kết hợp xương, kết quả nắn chỉnh, kết quả điều trị liền vết mổ, liền xương, vận động...

2.3. Kỹ thuật đóng đinh

- Tư thế BN nằm nghiêng, đùi gấp 20 độ, lổ vào trên mẫu chuyển lớn, tiến hành khoan ống tủy tăng dần tại 1/2 sau đỉnh của mẫu chuyển lớn.

- Tất cả trường hợp đều được đóng đinh xuôi dòng, có mở ổ gãy nhỏ và có khoan ống tủy trước khi đóng đinh.

- Tất cả trường hợp đều bắt vít chốt, đa số bắt vít cả hai đầu ngoại vi và trung tâm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi và giới

Bảng 3.1. Tuổi, giới (n = 52)

Tuổi \ Giới	Nam	Nữ	Cộng
19-40	31	6	37 (71,2%)
41-60	10	1	11 (21,2%)
> 60	3	1	4 (7,6%)
Cộng	44	8	52 (100%)

52 BN nghiên cứu có độ tuổi từ 19-85, trong đó độ tuổi từ 19-40 chiếm 71,2%, là lứa tuổi tham gia giao thông nhiều và là lao động chính của xã hội. BN nữ chiếm tỉ lệ thấp hơn nam tương tự nghiên cứu Đặng Hoàng Anh [3].

Vì vậy việc điều trị hiệu quả, trả lại chức năng tốt nhất và thời gian điều trị ngắn nhất sẽ làm giảm đi tổn thất thiệt hại cho xã hội và BN.

3.2. Đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh

Bảng 3.2. Vị trí ổ gãy (n = 52)

Vị trí	Số BN	Tỉ lệ %
1/3 Trên	8	15,4
1/3 Giữa	32	61,5
1/3 Dưới	12	23,1
Cộng	52	100

Bảng 3.3. Tính chất tổn thương (n = 52)

Tính chất tổn thương	Số BN	Tỉ lệ %
Gãy xương đơn giản	38	73,1
Gãy xương có mảnh rời	12	23,1
Gãy 3 đoạn	2	3,8

Vị trí gãy thường ở 1/3 giữa hoặc 1/3 dưới, do nguyên nhân chấn thương trực tiếp, trong số đó, gãy xương đơn giản không có mảnh rời chiếm đa số, điều này tương tự nghiên cứu Đặng Hoàng Anh[3]

Đây là một điều kiện thuận lợi cho phương pháp mổ kết xương bằng đinh nội tủy có chốt, vừa kết hợp xương được vững chắc, vừa phục hồi được hình thể giải phẫu.

3.3. Kỹ thuật kết hợp xương

Bảng 3.4. Kỹ thuật kết hợp xương (n = 52)

Kỹ thuật kết xương	Số BN	Tỉ lệ %
Đóng đinh đơn thuần	40	76,9
Đóng đinh + buộc vòng đai thép	12	23,1

Tất cả các trường hợp gãy xương có mảnh rời chúng tôi đều đặt các mảnh rời về vị trí giải phẫu và buộc vòng đai thép

Theo bảng 4.5, chúng tôi thường chỉ phải đóng đinh nội tủy đơn thuần có bắt chốt cố định 2 đầu đinh, kể cả những trường hợp gãy chéo vát, gãy 3 đoạn. Chúng tôi chọn đinh vừa với ống tủy, nên đường gãy cũng khớp nhau, không có di lệch. Có 9 trường hợp gãy xương có mảnh rời, chúng tôi tăng cường bằng buộc vòng đai thép để cố định mảnh vỡ.

3.4 Kết quả điều trị

Bảng 3.5. Liên vết mổ (n = 52)

Diễn biến tại vết mổ	Số BN	Tỉ lệ %
Liên vết mổ kỳ đầu	51	98,1
Nhiễm khuẩn vết mổ nông	1	1,9
Nhiễm khuẩn vết mổ sâu	0	0

BN bị nhiễm khuẩn vết mổ nông do bị ứ đọng dịch

Bảng 3.6. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy (n = 52)

Kết quả	Hình thái gãy		
	Đơn giản	Phức tạp	Cộng
Hết di lệch	43	6	49 (94,2%)

Di lệch ít	0	3	3 (5,8%)
Di lệch nhiều	0	0	0
Cộng	43	9	52 (100%)

Đa số BN đạt kết quả nắn chỉnh hết di lệch. Trên phim chụp X quang sau mổ nhận thấy: kỹ thuật đóng đinh đạt yêu cầu 100%; bắt vít trúng lỗ ở đầu ngoại vi và đầu trung tâm cũng đạt tỉ lệ 100%.

Bảng 3.7. Kết quả điều trị chung (n = 52)

Kết quả	Số BN	Tỉ lệ %
Rất tốt	45	86,5
Tốt	6	11,5
Trung bình	1	19,2
Kém	0	0
Cộng	52	100

Kết quả gần đánh giá theo tiêu chuẩn Larson - Bostman, cơ bản ổ gãy hết di lệch hoặc di lệch rất ít, không BN nào có di lệch nhiều. Một phần do ưu điểm của đinh nội tủy là được thiết kế theo hình dáng giải phẫu của xương. Chỉ có 1 BN bị nhiễm khuẩn vết mổ nông do dẫn lưu không tốt để ứ đọng dịch. BN này chúng tôi đã cắt chỉ mở rộng vết mổ, dẫn lưu dịch sau đó khâu da kỳ 2, kết quả tốt.

Kết quả điều trị chung theo tiêu chuẩn đánh giá của Ter - Schiphorst, đa số BN có kết quả rất tốt và tốt. BN được kết hợp xương chắc chắn, tập vận động sớm nên đã tránh được tối đa di chứng teo cơ, cứng khớp. Chỉ có 1 BN hạn chế biên độ vận động khớp gối (ở mức trung bình) do xương gãy phức tạp, nhiều mảnh, không vận động sớm được. Điều này tương tự với nghiên cứu Đặng Hoàng Anh[3], Trần Văn Hợp[4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu điều trị 52 BN gãy kín thân xương đùi bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi thấy: phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt cho gãy kín thân xương đùi mang lại hiệu quả tốt về liền xương và vận động cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Xuân Lành:** Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật 270 trường hợp gãy kín thân xương đùi do chấn thương. Luận văn thạc sĩ Y học – Học viện quân y.
- Nguyễn Tiên Bình (2003):** "Phương pháp kết hợp xương đinh nội tủy kín". Một số vấn đề cơ bản trong chấn thương chỉnh hình, tài liệu tập huấn nâng cao cho cán bộ chuyên khoa tuyến trước, tr.167-176.
- Đặng Hoàng Anh (2013):** Kết quả phẫu thuật kết hợp xương đinh nội tủy có chốt sign điều trị gãy kín thân xương đùi tại bệnh viện 103.
- Trần Văn Hợp (2010):** Đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương đùi bản định sign tại Bệnh viện 103.