PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG BÚP NGÓN TAY ĐỨT RỜI BẰNG PHƯƠNG PHÁP GHÉP BÚP

Trần Tiến Lâm*, Phạm Thị Việt Dung*, Nguyễn Vũ Hoàng*, Tạ Thị Hồng Thúy*, Vũ Hồng Chiến*

TÓM TẮT

Bài báo nhằm đánh giá kết quả điều trị tổn thương búp ngón tay đứt rời bằng phương pháp ghép búp. Nghiên cứu trên 29 bệnh nhân với 31 tổn thương đứt rời búp ngón tay được thực hiện phương pháp ghép búp tại tại khoa Phẫu thuật tạo hình- Bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 1/2017 đến tháng 7/2020. Tổn thương được phân loại theo Ishikawa, kết quả tổn thương vùng 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 58.1% (18 tổn thương), vùng 2 chiếm 38.7% (12 tổn thương), vùng 3 chỉ chiếm 3.2% (1 tổn thương), không có tổn thương vùng 4. Tỷ lệ sống đạt 96.8% (30/31) trong đó sống hoàn toàn 35.5%, sống một phần 61.3% tất cả đều tổn thương ở vùng 1 và vùng 2; có 01 tổn thương (3.2%) tổn thương ở vùng 3 cho kết quả hoại tử hoàn toàn. Tỷ lệ mảnh ghép sống hoàn toànchủ yếu trongnhóm cơ chế cắt gọnvới tỷ lệ cao nhất 9/17 búp ngón (47.1%), cơ chế dập 2/11 (18.2%), cơ chế bật nhổ không có mảnh ghép nào sống hoàn toàn. Không có trường hợp nào có biến chứng nhiễm trùng hay phải can thiệp phẫu thuật tạo hình đầu búp ngón tay thì 2. Như vậy, ghép búp là kỹ thuật đơn giản và hiệu quả đối với tổn thương đứt rời búp ngón vùng 1 và vùng 2 đặc biệt với thương tổn cắt gọn.

Từ khóa: Ghép phức hợp, tổn thương búp ngón tay

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF FINGERTIPS INJURY WHICH WERE TREATED BY COMPOSITE GRAFTING

This study aims to evaluate the results of fingertips injury which were treated by composite grafting and the factors that influence the survival of the graft. Twenty-nine patients with 31 complete fingertip amputations, all were treated by composite grafting from January 2017 to July 2020 at Saint-Paul Hospital. **Results**: The amputation level was classified according to Ishikawa's classification, zone 1 58.1% (18 cases), zone 2 38.7% (12 cases), zone 3 3.2% (1 case), no case in zone 4. Graft survival was categorized as complete, partial, or no survival. Survival rate was 96.8% (30/31) (complete=35.5%, partial=61.3%) – all was in zone 1 and zone 2. The graft seems to exhibit complete survival in clean-cut injuries (47.1%) than in blunt-cut (18.2%) and crush-avulsion injuries (0%). There was no significant difference among injuries which had exposed bone or not, operated before 6 hours or later, and no case had infected complication or had to be operated once again. Hence, composite grafting is a simple and effective method to treat fingertip injuries in zone 1 and zone 2.

Keyword: Composite graft, fingertip injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương đứt rời búp ngón tay là tổn thương thường gặp trong cuộc sống hằng ngày, ở mọi lứa tuổi và có thể gây những hậu quả về cả chức năng và thẩm mỹ bàn tay [1]. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt như ngón tay bị chèn vào kẹt cửa, bị dao cắt khi nội trợ; tai nạn lao động cho tay vào máy xay, máy đột dập; tai nạn giao thông. Việc điều trị gồm một số phương pháp như: lành thương thì 2, ghép da, vạt tại chỗ, vạt từ xa, vi phẫu thuật. Điều trị tổn thương búp ngón tay bằng phương pháp ghép búp đã có lịch sử hàng trăm năm [2]. Tuy nhiên, hiệu quả của nó vẫn chưa được khẳng định rõ ràng do kết quả tỷ lệ mảnh ghép sống được giữa các nghiên cứu trước đây còn có sự khác biệt. Trong y văn, phương pháp điều trị này luôn được khuyến cáo áp dụng nhiều hơn ở đối tượng trẻ em [3]. Ở người lớn, một số nghiên cứu gần đây cũng cho kết quả khả quan. Nghiên cứu của Borrelli (2018) [3] trên đối tượng 100 trẻ em có tổn thương đứt rời búp ngón tay cho kết quả tỷ lệ mảnh ghép sống hoàn toàn 13%, sống một phần 46%, hoại tử hoàn toàn 41%. Nghiên cứu của Tomoki Kiuchi (2015) [4] thực hiện trên 32 người trưởng thành cho kết quả tỷ lệ mảnh ghép sống hoàn toàn 18.8%, sống một phần 53.1%, hoại tử 28.1%. Ở Việt Nam, phương pháp ghép búp đã được thực hiện từ lâu. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ kết quả điều trị để kiểm chứng tính hiệu quả của phương pháp này. Vì vậy, bài bào nhằm mô tả những đặc điểm tổn thương đứt rời búp ngón tay thường gặp và đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp ghép búp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 29 bệnh nhân (với 31 búp ngón) có tổn thương đứt rời búp ngón tay được phẫu thuật bằng phương pháp ghép búp tại Khoa Phẫu thuật tạo hình-Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn thời gian từ tháng 01/2017 đến tháng 07/2020.

**Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Tiến Lâm
Email: tienlam214@gmail.com
Ngày nhận bài: 15/10/2020
Ngày phản biện khoa học: 9/11/2020
Ngày duyệt bài: 20/11/2020

2.2. Quy trình kĩ thuật

+ Với trẻ em: phẫu thuật ghép búp ngón tay được tiến hành dưới gây mê nội khí quản.

+ Với người lớn: gây tê gốc ngón bằng dung dịch Lidocain 1%.

Tiến hành phẫu thuật ghép búp bằng kĩ thuật cắt lọc tối thiểu tương tự như cách làm của Shih-Yi Chen[5]:

+ Chuẩn bị mảnh ghép: mảnh ghép được làm sạch, tiến hành cắt lọc mảnh ghép tổ chức dập nát, hoại tử. Móng tay và xương (nếu có) thường loại bỏ.

+ Chuẩn bị nền nhận: Tiến hành cắt bỏ mô đụng dập, làm sạch nền nhận mảnh ghép. Cầm máu kĩ nền nhận. Tăng tối đa diện tích tiếp xúc giữa mảnh ghép-nền nhận bằng cách lạng bỏ thượng bì vòng xung quanh mỏm cụt, chiều rộng khoảng 3mm.

+ Kĩ thuật ghép: Mảnh ghép được cố định vào nền nhận bằng 01 kim lấy thuốc xuyên từ phía mảnh ghép vào nền nhận. Sau đó, khâu vòng chu vi nền mảnh ghép các mũi khâu rời chỉ Dafilon. Đắp urgotul và đặt gạc ẩm che phủ. Nẹp bột cẳng bàn tay bảo vệ tránh sang chấn va đập. Sau 2 tuần, nẹp bột sẽ được thay thế bằng nẹp Iselin.

Quá trình sau mổ: Chăm sóc sau mổ bao gồm: sử dụng thuốc kháng sinh, giảm đau, chống phù nề trong 5-7 ngày và vệ sinh, thay băng, giữ ẩm mảnh ghép. Trong những giờ đầu sau phẫu thuật, mảnh ghép được giữ ẩm liên tục bằng cách nhỏ nước muối sinh lý vào đốc kim lấy thuốc. Liều lượng trung bình mỗi 10 giọt/3h. Từ ngày thứ 2 sau mổ, giữ ẩm bằng dung dịch pha thuốc tím với liều lượng 1g thuốc tím pha vào 1 lít nước muối sinh lý. Từ ngày thứ 11, chăm sóc mảnh ghép bằng cách bôi kem kháng sinh Derimucin (Mupirocin 2%) hằng ngày.Thay băng lần đầu sau 6 ngày. Cắt chỉ sau 21 ngày.

2.3. Đánh giá kết quả gần: Sau mổ 21 ngày.

Kết quả gần (sau mổ 21 ngày): đánh giá thông qua các chỉ số: tình trạng mảnh ghép, có hay không biến chứng nhiễm trùng, phẫu thuật tạo hình đầu búp ngón tay lần 2.

Bảng 1. *Đánh giá tình trạng mảnh ghép theo phân loại của Borrelli[3]*

Tình trạng mảnh ghép	Mô tả
Hoại tử	Mảnh ghép không có mô sống
Sống một phần	Mảnh ghép sống một phần, bao gồm phần mô sống xen lẫn phần mô chết
Sống hoàn toàn	Mảnh ghép sống hoàn toàn, không có phần mô hoại tử

2.4. Đánh giá kết quả xa: Sau mổ >3 tháng.

Bảng 2. *Đánh giá kết quả xa*

Chức năng ngón tay	Bình thường	3 điểm
	Giảm	2 điểm
Chiều dài ngón	Giữ được nguyên vẹn	3 điểm
	Có sự biến đổi (ngắn lại)	2 điểm
Hình thể móng	Bình thường	3 điểm
	Biến dạng	2 điểm
	Không có	1 điểm
Kết quả thẩm mỹ (mức độ hài lòng của BN)	Rất hài lòng	3 điểm
	Chấp nhận được	2 điểm
	Không hài lòng	1 điểm

Xếp loại :tốt (10-12 điểm); vừa (8-9 điểm); kém (6-7 điểm)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 31 tổn thương đứt rời búp ngón tay, có 4, 11, 6, 9, 1 lần lượt tương ứng với tổn thương ở ngón cái, ngón trỏ, ngón giữa, ngón áp út và ngón út. Cơ chế tổn thương cắt gọn, dập, bật nhổ lần lượt là 54.8%, 35.5%, 9.7%. Theo phân loại Ishikawa, tổn thương ở vùng 1, 2, 3 lần lượt là 18, 12, 1 tổn thương; không có tổn thương vùng 4.

Bảng 3. *Đặc điểm tổn thương búp ngón tay*

Ngón tổn thương	Ngón út: 1 (3.2%) ngón áp út: 9 (29%) ngón giữa: 6 (19.4%) ngón trỏ: 11(35.5%) ngón cái: 4 (12.9%)		
Tuổi	Trung bình 29	(1-65 tuổi)	
Giới	Nữ 14 (45.2%)	Nam 15 (51.7%)	
Hút thuốc	Có: 4 (13.8%)	Không: 25 (86.2%)	
Thời gian PT	≤6h: 18 (58.1%)	≥6h: 13 (41.9%)	
Cơ chế	Cắt gọn: 17 (54.8%)	Dập: 11 (35.5%)	Bật nhổ: 3 (9.7%)
Vùng	1: 18 (58.1%)	2: 12 (38.7%)	3: 1 (3.2%)
Lộ xương	Có: 18 (58.1%)	Không: 13 (41.9%)	
Gãy xương	Có: 15 (48.4%)	Không: 16 (51.6%)	
Kết quả	Sống hoàn toàn: 11 (35.5%)	Sống một phần: 19 (61.3%)	Hoại tử: 1 (3.2%)
Nhiễm trùng	Không		
PT lần 2	Không		

3.1. Kết quả gần: Kết quả sống của mảnh ghép: sống hoàn toàn 11(35.5%); sống một phần 19(61.3%); có 01 trường hợp hoại tử hoàn toàn (3.2%). Mảnh ghép có kết quả sống hoàn toàn ở vùng 1 (50%) là tốt hơn ở vùng 2 (8.3%) và vùng 3 (0%) (p=0.002). Theo cơ chế tổn thương, mảnh ghép do cơ chế cắt gọn có kết quả sống hoàn toàn tốt hơn cơ chế dập và bật nhổ (47.1% và 18.2%, 0%). Xét yếu tố thói quen hút thuốc, ở nhóm những bệnh nhân có hút thuốc, không có trường hợp nào mảnh ghép sống hoàn toàn. Ở nhóm bệnh nhân không hút thuốc, tỷ lệ mảnh ghép sống hoàn toàn là 37%. Tuy nhiên, kết quả này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0.362), điều này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu không đủ lớn. Không có sự khác biệt khi so sánh tỷ lệ mảnh ghép sống hoàn toàn giữa các nhóm: ≤6 tuổi hay >6 tuổi, thời gian chờ phẫu thuật trong vòng 6h hay ngoài 6h. Không có trường hợp nào có biến chứng nhiễm trùng hay phải can thiệp thì 2.

Bảng 4. *Kết quả tình trạng mảnh ghép (N=31) (p<0.05)*

	Sống hoàn toàn (N=11)	%	Sống một phần (N=19)	%	Hoại tử (N=1)	%	P
Tuổi PT: ≤6	2	25	6	75	1	4.3	1.000
>6	9	34.8	13	60.9			
Hút thuốc: Có	0	0	4	100	1	3.7	0.362
Không	11	37	15	59.3			
Cơ chế: Cắt gọn	9	47.1	7	47.1	1	5.9	0.111
Dập	2	18.2	9	81.8			
Bật nhổ	0	0	3	100			
Lộ xương: Có	2	11.1	15	83.3	1	5.6	0.002
Không	9	61.5	4	38.5			
Vùng: 1	10	50	8	50	0	100	0.002
2	1	8.3	11	91.7	0		
3	0	0	0	0	1		
Thời gian PT: ≤6h	6	27.7	11	66.7	1	5.6	0.829
>6h	5	38.5	8	61.5			

3.2. Kết quả xa: Tỷ lệ chiều dài ngón tay bình thường là 58.1%, ngắn lại 41.9%; tỷ lệ hình thể móng bình thường 67.8%, biến dạng 32.2% (7 tổn thương móng quặp, 3 tổn thương móng ngắn). Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với kết quả thẩm mỹ là 83.9%, chấp nhận được 9.7%, không hài lòng 6.4%. Kết quả chung: tốt 61.3%, khá 32.3%, kém 6.4%

IV. BÀN LUẬN

Về cơ chế tổn thương, cơ chế cắt gọn chiếm tỷ lệ nhiều nhất chiếm 54.8%; cơ chế dập chiếm 35.5% và cơ chế bật nhổ chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9.7%. Đặc điểm này có sự khác biệt với nghiên cứu của Tomoki Kiuchi [4] và nghiên cứu của Borrelli [3]. Nghiên cứu của Tomoki Kiuchi, cơ chế bật nhổ chiếm tỷ lệ cao nhất 50%; cơ chế cắt gọn chiếm tỷ lệ thấp nhất 18.8% và cơ chế dập chiếm 31.3%. Nghiên cứu của Borrelli, cơ chế dập chiếm tỷ lệ cao nhất 75%; cơ chế cắt gọn và cơ chế bật nhổ lần lượt chiếm 12% và 13%. So sánh tỷ lệ mảnh ghép sống (sống hoàn toàn và sống một phần) giữa các nhóm tổn thương có cơ chế cắt gọn, dập và bật nhổ cho kết quả là không có sự khác biệt (lần lượt 94.2%, 100%, 100%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Tomoki Kiuchi- tỷ lệ mảnh ghép sống được không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm, cụ thể: cắt gọn 83.3%; dập 70%; bật nhổ 68.8%. Theo T.Kiuchi, về mặt lý thuyết, có thể dễ tiên lượng được là ở nhóm những tổn thương có cơ chế cắt gọn, mảnh ghép có tỷ lệ sống cao hơn khi so sánh với cơ chế dập hay bật nhổ. Điều này dựa trên đặc điểm trong cơ chế tổn thương cắt gọn, tổn thương hệ thống mạch máu có thể là nhỏ nhất, giúp tăng tỷ lệ sống của mảnh ghép. Trước đó, Son và cộng sự[6] báo cáo rằng tổn thương những mạch máu từ cung động mạch gan búp ngón tay ảnh hưởng nghiêm trọng đến kết quả sống của mảnh ghép. Ở mặt đối diện, Heistein và Cook[7] báo cáo rằng cơ chế dập có khả năng liên quan đến mảnh ghép thất bại khi so sánh với cơ chế cắt gọn và bật nhổ. Nghiên cứu của Borrelli thì chỉ ra rằng tỷ lệ mảnh ghép sống của nhóm tổn thương cơ chế dập là lớn hơn nhóm cơ chế bật nhổ. Cụ thể, tỷ lệ mảnh ghép sống được của các nhóm theo cơ chế dập, bật nhổ, cắt gọn lần lượt là 34.7%; 23.1%; 58.3% (p=0.016). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mảnh ghép sống hoàn toàn ở nhóm cơ chế cắt gọn là lớn hơn ở nhóm cơ chế dập (47.1% và 18.2%). Nhóm cơ chế bật nhổ, không có trường hợp nào mảnh ghép sống hoàn

toàn. Kết quả này tương đồng với kế quả nghiên cứu của Tomoki Kiuchi – tỷ lệ mảnh ghép sống hoàn toàn do cơ chế cắt gọn, dập, bật nhổ lần lượt là 50%, 10%, 12.5%. Từ những điều trên, chúng tôi rút ra nhận xét rằng: theo cơ chế tổn thương, cơ chế cắt gọn có tiên lượng khả năng sống của mảnh ghép là tốt nhất so với cơ chế dập và bật nhổ.

Về vùng tổn thương, xét theo phân loại Ishikawa, có thể thấy rằng vùng tổn thương càng xa về phía ngoại vi, kết quả mảnh ghép càng tốt. Tổn thương càng xa, chỉ số tỷ lệ giữa bề mặt tiếp xúc với thể tích của mảnh ghép càng lớn. Theo sinh lý ghép phức hợp,mảnh ghép ban đầu được nuôi dưỡng bởi huyết thanh và sau đó được nuôi dưỡng bằng tái tạo tuần hoàn. Một mảnh ghép phức hợp có một mạng lưới mạch máu phong phú có thể nhận được dưỡng chất đầy đủ thông qua huyết thanh thẩm thấu trước khi mảnh ghép tái tạo được tân mạch tuần hoàn. Bởi vì không giống với ghép da, mảnh ghép phức hợp được tái tạo tuần hoàn bởi những mạch máu được giữ lại ở mạng lưới mạch máu dưới da nằm ở bề mặt tiếp xúc giữa mảnh ghép – đầu mỏm cụt đứt rời. Quá trình này xảy ra trong khoảng 2-5 ngày. Sau đó là quá trình tái tạo mao mạch, xảy ra sau 5 ngày. Với những tổn thương vùng 1, mảnh ghép có thể tích nhỏ. Hơn nữa, vùng 1 gần như thiếu mạch máu có thể nối vi phẫu. Do đó, những tổn thương vùng này là chỉ định tốt cho ghép phức hợp hơn là nối vi phẫu. Với những tổn thương vùng 2 – gồm những tổn thương ở xa hơn (về phía ngoại vi) so với cung động mạch gan búp ngón tay, vi phẫu vẫn còn nhiều khó khăn. Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi (tỷ lệ sống ở vùng 2 là 100%), có thể thấy rằng ghép phức hợp là một lựa chọn tốt, không phụ thuộc vào cơ chế tổn thương. Với những tổn thương ở vùng 3 và vùng 4 – là những tổn thương ở gần hơn (về phía trung tâm) cung động mạch gan búp ngón. Trong vùng này, vi phẫu thuật được chỉ định phổ biến. Hơn nữa, bề mặt tiếp xúc giữa mảnh ghép và đầu mỏm cụt là nhỏ so với thể tích mảnh ghép. Do đó, mảnh ghép ít khi được hoàn toàn nuôi dưỡng bởi thẩm thấu trước khi hệ tân mạch được tái tạo hoàn chỉnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 01TH tổn thương ở vùng 3 và kết quả mảnh ghép hoại tử hoàn toàn. Từ kết quả trên,chúng tôi cho rằng, vi phẫu thuật nên được lựa chọn đầu tiên cho những tổn thương ở vùng 3 và vùng 4.

Về thời gian phẫu thuật, được tính từ lúc bệnh nhân bị tai nạn đứt rời búp ngón tay đến khi được phẫu thuật ghép lại. Chúng tôi lựa chọn điểm cắt là mốc thời gian 6h để chia thành 2 nhóm đối tượng nghiên cứu giống với nghiên cứu của Borrelli [3]. Theo tác giả, mảnh búp ngón đứt rời thường bao gồm da và mỡ-là những mô có thời gian thiếu máu lạnh kéo dài đến 24h. Trong khoảng thời gian này, từ mốc thời gian 6h sẽ bắt đầu xuất hiện những tổn thương thiếu máu. Tác giả cũng cho rằng, việc bảo quản lạnh mảnh búp ngón đứt rời làm giảm nhu cầu trao đổi chất, tránh gây tổn thương và sự sinh sản của vi khuẩn, tránh biến chứng nhiễm trùng. So sánh tỷ lệ mảnh ghép sống (bao gồm sống hoàn toàn và sống một phần) giữa 2 nhóm được phẫu thuật trong vòng 6h và nhóm được phẫu thuật trong khoảng thời gian từ 6h đến 24h, là không có sự khác biệt (94.4% và 100%, p=1.000). Kết quả này giống với nghiên cứu của Borrelli và nghiên cứu của Eberlin và cộng sự [8] So sánh tỷ lệ mảnh ghép sống hoàn toàn giữa 2 nhóm đối tượng trên cũng cho ra kết quả tương tự là không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu (27.7% và 38.5%, p=0.829). Từ những điều trên, chúng tôi đồng thuận với quan điểm của tác giả Borrelli, đó là: Trong khoảng thời gian 24h đầu sau tai nạn, yếu tố thời gian ít ảnh hưởng đến kết quả ghép búp ngón tay trong điều kiện mảnh đứt rời được bảo quản lạnh.

Về biến chứng nhiễm trùng, một số nghiên cứu trước đây ghi nhận tình trạng nhiễm trùng mảnh ghép: nghiên cứu Butler [2] 17%; Borrelli [3] 16%. Một số nhận xét về nguyên nhân nhiễm trùng có thể là do tổn thương lộ xương với phần xương lộ còn nguyên màng ngoài xương, dẫn đến ngắn cản tổ chức hạt phát triển và kéo dài thời gian lành thương; từ đó, có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Cả 2 tác giả trên đều nhận xét rằng mảnh ghép nhiễm trùng sẽ dẫn đến kết quả hoại tử mảnh ghép. Bên cạnh đó, quá trình chăm sóc sau mổ là yếu tố đóng vai trò quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, quá trình chăm sóc, giữ ẩm sau mổ được duy trì ngày đầu tiên bằng cách nhỏ nước muối sinh lý; từ ngày thứ 2 - 11, nhỏ dung dịch pha thuốc tím; sau đó, bôi kem kháng sinh derimucin hằng ngày cho đến khi mảnh ghép đạt kết quả cuối cùng. Từ kết quả nghiên cứu là không có trường hợp nào có biến chứng nhiễm trùng, chúng tôi khuyến cáo các tác giả khác có thể xem xét áp dụng cách chăm sóc này và nghiên cứu thêm về hiệu quả tránh biến chứng nhiễm trùng của nó trong tương lai.

Kết quả chung tỷ lệ mảnh ghép sống đạt

96.8% cho thấy phương pháp ghép búp có giá trị thực tiễn trong điều trị tổn thương đứt rời búp ngón tay ở cả người lớn và trẻ em. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Shih-Yi Chen [5} (93.5%) và tốt hơn so với một số nghiên cứu trước đó: Moiemen và Elliot [1] – 74%; Heistein và Cook [7] – 84.2%; Uysal và cộng sự - 87%. Sự khác biệt này có thể đến từ kĩ thuật ghép búp ngón của chúng tôi và của Shih-Yi Chen có chung một số điểm lưu ý sau: (1) Chuẩn bị mảnh ghép: Loại bỏ phần xương gãy và lạng bỏ bớt lớp mô mỡ phần mềm búp ngón đứt rời nhằm mục đích giảm chiều dày của mảnh ghép. (2) Lạng bỏ lớp biểu bì xung quanh phần mỏm cụt (khoảng 3mm) nhằm mục đích tối đa bề mặt tiếp xúc giữa mảnh ghép và nền nhận. (3) Sau khi mảnh ghép đã được cố định vào nền nhận, tiến hành quấn chặt gạc ẩm và đặt nẹp cố định ngón tay nhằm mục đích giảm tối đa khả năng tụ máu giữa mảnh ghép - nền nhận và khả năng tai nạn sang chấn.

V. KẾT LUẬN

Ghép búp là phương pháp kỹ thuật đơn giản và hiệu quả tốt với những tổn thương đứt rời búp ngón tay ở vùng 1 và vùng 2 theo phân loại Ishikawa. Trong nghiên cứu tỉ lệ thành công với những thương tổn cắt gọn là cao nhất, một số yếu tố như thời gian ghép, thời gian phẫu thuật ít ảnh hưởng tới kết quả. Với những tổn thương ở vùng 3 và vùng 4, từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu trước đây thấy rằng tỷ lệ thành công thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elliot D, Moiemen NS.** COMPOSITE GRAFT REPLACEMENT OF DIGITAL TIPS. 1997;22(3):5.
2. **Butler DP, Murugesan L, Ruston J, Woollard AC, Jemec B.** The outcomes of digital tip amputation replacement as a composite graft in a paediatric population. J Hand Surg Eur Vol. 2016;41(2):164-170.
3. **Borrelli MR.** Composite Grafts for Pediatric Fingertip Amputations: A Retrospective Case Series of 100 Patients.
4. **Kiuchi T, Shimizu Y, Nagasao T, Ohnishi F, Minabe T, Kishi K.** Composite grafting for distal digital amputation with respect to injury type and amputation level. Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery. 2015;49(4):224-228.
5. **Chen S-Y, Wang C-H, Fu J-P, Chang S-C.** Composite Grafting for Traumatic Fingertip Amputation in Adults: Technique Reinforcement and Experience in 31 Digits: The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. 2011;70(1):148-153.
6. **Son D, Han K, Chang DW.** Extending the limits of fingertip composite grafting with moist-exposed dressing. Int Wound J. 2005;2(4):315-321.
7. **Heistein JB, Cook PA.** Factors affecting composite graft survival in digital tip amputations. Ann Plast Surg. 2003;50(3):299-303.
8. **Eberlin KR, Busa K, Bae DS, Waters PM, Labow BI, Taghinia AH.** Composite Grafting for Pediatric Fingertip Injuries. Hand (New York, N,Y). 2015;10(1):28-33.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Inthavong Vongmixay*, Vũ Anh Hải**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Quân Y 103. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu là 39 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2019. Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu, tiến cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng sau mổ (7,7%); thời gian phẫu thuật trung bình 165,9 ± 56,95 phút; lượng máu mất trung bình 146,92 ± 70,23ml; thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 13,72 ± 6,95 ngày; đau ngực sau mổ chủ yếu mức độ nhẹ, điểm VAS trung bình 2,26 ± 1,04; kết quả điều trị hậu phẫu tốt (89,7%), không có kết quả điều trị xấu. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ hiệu quả, an toàn, kết quả sau mổ tốt.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi lồng ngực, ung thư phổi không tế bào nhỏ.

**Học viện Quân Y*
***Bệnh viện Quân Y 103*
Chịu trách nhiệm chính: Inthavong Vongmixay
Email: vongmixay143@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/10/2020
Ngày phản biện khoa học: 9/11/2020
Ngày duyệt bài: 21/11/2020

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF ENDOSCOPIC THORACIC SURGERY IN THE TREATMENT OF NON SMALL CELL LUNG CANCER AT 103 MILITARY HOSPITAL

Aim: To evaluate the results of endoscopic thoracic surgery in the treatment of non small cell lung cancerat 103 Military Central Hospital. **Objects and methods:** 39 patients with non small cell lung cancer

were treated by endoscopic thoracic surgery from January, 2016 to December, 2019.The study method was cross-sectional, retrospective and prospective. **Results:** The rate of complications is 7.7%; the average surgery time is 165.9 ± 56.95 minutes; the average blood loss is 146.92 ± 70.23 ml; the average postoperative hospital stay was 13.72 ± 6.95 days; postoperative chest pain was mostly mild, the average VAS score is 2.26 ± 1.04; Good results of postoperative treatment (89.7%), no bad treatment results. **Conclusion:** Laparoscopic surgery to remove the lung lobe to treat non small cell lung canceris effectively, safely and bringgood postoperative results.

Keywords: endoscopic thoracic surgery, non small cell lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi nguyên phát là bệnh lý ác tính có tỷ lệ mắc cao [1]. Trong điều trị ung thư phổi, phẫu thuật mở ngực là phương pháp được áp dụng phổ biến và hiệu quả. Tuy vậy, phẫu thuật mở ngựccòn có một số hạn chế như: tỷ lệ tai biến, biến chứng cao, thời gian nằm viện dài, bệnh nhân đau nhiều sau mổ… [2]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi lồng ngực đã và đang dần khẳng định ưu thế trong chẩn đoán và điều trị ung thư phổi. Các công trình nghiên cứu của các chuyên gia hàng đầu về phẫu thuật nội soi lồng ngực trên thế giới đã được công bốcho thấy sự an toàn, tính khả thi và những ưu điểm như: giảm biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm cảm giác đau sau mổ … của phương pháp phẫu thuật này [3], [4]. Ở Việt Nam, một số tác giả như Vũ Anh Hải (2017) [5], Trần Minh Bảo Luân (2018) [6] đã nghiên cứu về điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực. Tuy vậy, việc đánh giá kết quả của phương pháp này trong những điều kiện đặc thù cần tiếp tục được thực hiện.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Quân Y 103.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 39 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2019.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ dựa theo kết quả kết quả mô bệnh học.
- Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi điều trị.
- Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi điều trị nhưng chỉ thực hiện thăm dò, chẩn đoán giai đoạn bằng phẫu thuật nội soi hoặc chuyển sang phẫu thuật mở.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

***Quy trình phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi, vét hạch**: Gồm4 bước:

- Bước 1: Xác định vị trí đặt trocar và đường mở ngực hữu dụng.

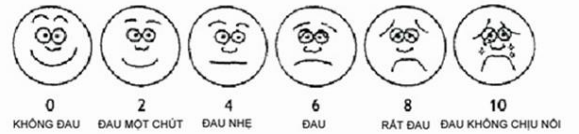
+ Phổi phải: Trocar camera ở khoang liên sườn 7 hoặc 8 đường nách giữa hoặc nách sau. Trocar dụng cụ ở khoang liên sườn 5, 6 đường nách trước.

+ Phổi trái: Trocar camera ở khoang liên sườn 7 hoặc 8 đường nách giữa hoặc nách trước. Trocar dụng cụ ở khoang liên sườn 5 hoặc 6 đường nách sau.

- Bước 2: Quan sát, phát hiện và đánh giá tổn thương và sinh thiết chẩn đoán (nếu chưa chẩn đoán được trước mổ): Đánh giá tình trạng khoang màng phổi, phân độ dày dính khoang màng phổi. Xác định vị trí u phổi, thực hiện sinh thiết u phổi, gửi xét nghiệm mô bệnh học tức thì chẩn đoán nếu bệnh nhân chưa được chẩn đoán xác định trước mổ.
- Bước 3: Cắt thùy phổi, vét hạch.
- Bước 4: Kết thúc phẫu thuật: lấy bệnh phẩm, cầm máu, kiểm tra khả năng nở phổi, dẫn lưu, đóng vết mổ.

*** Đánh giá đau sau mổ:** Dựa theo tác giả Frank D. (2009) [7], mức độ đau sau mổ do bệnh nhân tự đánh giá theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) vào ngày thứ 5 sau mổ qua thước đánh giá điểm đau.

- Mức độ I (0 điểm): không thấy bất kỳ đau đớn gì.
- Mức độ II (1-3 điểm): bệnh nhân thấy đau nhẹ.
- Mức độ III (4-6 điểm): bệnh nhân thấy đau vừa.
- Mức độ IV (7-8 điểm): bệnh nhân thấy đau nhiều.
- Mức độ V (9-10 điểm): bệnh nhân thấy đau rất nhiều.



Hình 1. *Mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS [7]*

***Đánh giá kết quả tại thời điểm bệnh nhân ra viện:** Dựa vào 4 mức độ của Clavien và

Anthony [8]:

- Kết quả tốt: tương ứng ức độ biến chứng độ I Clavien. Bệnh nhân không có biến chứng hay biến chứng nhẹ như: tràn khí dưới da. Bệnh nhân không có bất thường cơ năng.

- Kết quả trung bình: tương ứng mức độ biến chứng độ II Clavien.

+ Mức độ biến chứng IIA: Bệnh nhân có biến chứng nguy cơ đe dọa cuộc sống: tràn khí màng phổi, dò khí, xẹp phổi, nhưng không cần phẫu thuật lại để điều trị biến chứng.

+ Mức độ biến chứng IIB: Bệnh nhân có biến chứng đe dọa cuộc sống: chảy máu trong, sau phẫu thuật, tràn khí màng phổi cần phẫu thuật lại. Bệnh nhân không có bất thường cơ năng.

- Kết quả xấu: tương ứng mức độ biến chứng độ III, IV Clavien. Bệnh nhân có biến chứng gây bất thường hay mất cơ năng như liệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. *Phân bố theo tuổi, giới*

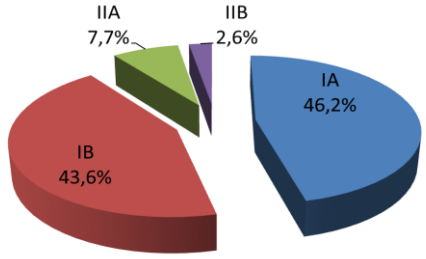
Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dưới 50	11	35,9	3	42,9	14	35,9
Từ 50 - 60	8	25,6	2	28,6	10	25,6
Trên 60	13	38,5	2	28,6	15	38,5
Tổng	32	100,0	7	100,0	39	100,0
Trung bình	56,2±10,66		52,43±9,18		55,54±10,40	
P	0,83					

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 55,54±10,40 tuổi (nam 56,22±10,66 tuổi, nữ 52,43±9,18 tuổi), sự khác biệt về tuổi giữa hai giới nam và nữ không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Lứa tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,5%). Tỷ lệ nam/nữ là 6,2/1.

Bảng 3.2. *Vị trí u phổi*

Phổi phải	Thùy trên	12	30,8
	Thùy giữa	2	5,1
	Thùy dưới	11	28,2
Phổi trái	Thùy trên	9	23,1
	Thùy dưới	5	12,8

Vị trí u phổi phải nhiều hơn phổi trái (tỷ lệ 1,8:1); thùy trên chiếm tỷ lệ cao nhất (21/39 trường hợp, tỷ lệ 53,9%), sau đó đến thùy dưới (16/39 trường hợp, tỷ lệ 41,0%) và thùy giữa (5,1%).



Biểu đồ 3.1. *Giai đoạn TNM trước mổ*

Hầu hết bệnh nhân nghiên cứu tập trung ở giai đoạn sớm với giai đoạn IA, IB và giai đoạn IIA, IIB và không có bệnh nhân giai đoạn IIIA.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.3. *Một số chỉ tiêu sau mổ*

Các chỉ tiêu	X ± SD
Thời gian phẫu thuật	165,9 ± 56,95 phút
Lượng máu mất	146,92 ± 70,23ml
Thời gian rút dẫn lưu khoang màng phổi	4,7 ± 1,3 ngày
Thời gian nằm viện	13,72 ± 6,95 ngày
Mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS	2,26 ± 1,04 điểm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có thời gian phẫu thuật từ 180 phút trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 41(%), nhóm có lượng máu mất từ 100ml đến dưới 150ml chiếm tỷ lệ cao nhất (48,7%), dẫn lưu khoang màng phổi được rút sau từ 4-6 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (82,8%). Thời gian nằm viện từ 7 - 14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (53,8%). Các bệnh nhân sau mổ đau ngực chủ yếu mức độ 2 (đau nhẹ) (43,6%), mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS trung bình là 2,26 ± 1,04 điểm.

Bảng 3.4. Tai biến, biến chứng

Phân loại		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Biến chứng	Chảy máu sau mổ	0	0
	Dò khí kéo dài	2	5,1
	Nhiễm khuẩn vết mổ	1	2,6

Có 3 trường hợp (7,7%) có biến chứng sau mổ, trong đó có 2 trường hợp rò khí kéo dài (5,1%), 1 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ (2,6%).

Bảng 3.5. *Phân loại kết quả điều trị khi bệnh nhân ra viện*

Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tốt	35	89,7
Trung bình	4	10,3
Xấu	0	0
Tổng	39	100

Đa số bệnh nhân có kết quả điều trị hậu phẫu tốt (89,7%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu. Tuổi là yếu tố nguy cơ lớn nhất của ung thư phổi, tỷ lệ ung thư phổi tăng dần theo tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 55,54±10,40 tuổi (nam 56,22±10,66 tuổi, nữ 52,43±9,18 tuổi),sự khác biệt về tuổi giữa hai giới nam và nữ không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Lứa tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,5%). Tuổi trung bình nghiên cứu của chúng tôi tương tự trong nghiên cứu của tác giả Vũ Anh Hải (2017) (55,5 ± 10,8 tuổi) [5], Trần Minh Bảo Luân (2018) (59,18 ± 10,8) [6].

Nam giới mắc ung thư phổi chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới, tuy nhiên tỷ lệ nam/nữ khác nhau trong các báo cáo. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,6/1, cao hơn so với tác giả Vũ Anh Hải (2017) (tỷ lệ nam/nữ 1/1) [5], Trần Minh Bảo Luân (tỷ lệ nam/nữ 1,2/1) [6].Theo chúng tôi, tỷ lệ này bị chi phối bởi rất nhiều yếu tố, liên quan đến nhóm đối tượng mà mỗi nghiên cứu hướng tới cũng như cỡ mẫu nghiên cứu.

U phổi phải nhiều hơn phổi trái (tỷ lệ 1,8:1), thùy trên nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó đến thùy dưới, thùy giữa.Đặc điểm phân bố u theo vị trí thùy phổi trong nghiên cứu chúng tôi tương tự với các nghiên cứu đã công bố của Vũ Anh Hải (2017) [5], Trần Minh Bảo Luân (2018) [6].

Trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị cho những bệnh nhân xếp giai đoạn TNM lâm sàng từ I đến IIB. Các nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật nội soi điều trị được chỉ định giới hạn ở những bệnh nhân giai đoạn sớm, như Yamamoto K. và cs (2010) chỉ tiến hành phẫu thuật nội soi cho ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, hạch N1 và N2 không phì đại..

4.2. Kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 165,9 ± 56,95 phút, lượng máu mất trung bình là 146,92 ± 70,23 ml, thời gian rút dẫn lưu khoang màng phổi trung bình là 4,7 ± 1,3 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 13,72 ± 6,95 ngày, mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS là 2,26 ± 1,04 điểm.Chúng tôi, thực hiện đề tài với những trang thiết bị phẫu thuật nội sẵn có tại Bệnh viện Quân Y 103, việc áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ trong nghiên cứu mặc dù chưa bắt kịp xu thế hiện đại, nhưng phù hợp điều kiện thực tiễn để đảm bảo an toàn và khả thi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự nghiên cứu của Vũ Anh Hải (2018)[5] và Trần Minh Bảo Luân (2018) [6].

Biến chứng sau phẫu thuật điều trị ung thư phổi là một vấn đề được chú ý, quan tâm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng thấp (7,7%), trong đó có 2 trường hợp rò khí kéo dài (5,1%), 1 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ (2,6%). Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Vũ Anh Hải (2018)[5] và Trần Minh Bảo Luân (2018) [6]. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả điều trị hậu phẫu tốt (89,7%). Như vậy, đây là một phương pháp mang lại nhiều hiệu quả trong điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ hiệu quả, an toàn, kết quả sau mổ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Soerjomataram I. et al (2018),** Globocan Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.
2. **Santambrogio L., Nosotti M., Bellaviti N. et al. (1995),** Videothoracoscopy versus Thoracotomy for the Diagnosis of the Indeterminate Solitary Pulmonary Nodule, Ann Thorac Surg, 59: 868 - 871.
3. **Choi M.S., Park J.S., Kim H.K et al. (2011),** Analysis of 1,067 Cases of Video-Assisted Thoracic Surgery Lobectomy.Korean J Thorac Cardiovasc Surg, 44(2): 169–177.
4. **Kim R. H., Takabe K., Lockhart C.G. (2010),** Outcomes of a hybrid technique for video - assisted thoracoscopic surgery (VATS) pulmonary resection in a community setting, J Thorac Dis, 2: 210 - 214.
5. **Vũ Anh Hải (2017),** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Luận án tiến sỹ y học. Học viện Quân Y.
6. **Trần Minh Bảo Luân (2018),** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo hạch.Luận án tiến sỹ y học. Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Frank D.(2009),**Thoracoscopic versus open lobectomy debate: the pro argument. GMS Thoracic Surgical Science,6: p. 1-9.
8. **Yim A.P.(1996).** Complications and failures of video-assisted thoracic surgery: experience from two centers in Asia. Ann Thorac Surg, 61: 538-541.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC ĐƯỢC CHỤP TỦY GIÁN TIẾP BẰNG BIODENTINE

Nguyễn Thị Thu Thủy*, Nguyễn Thế Hạnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị răng viêm tủy có hồi phục được chụp tủy gián tiếp bằng Biodentinetại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 42 bệnh nhân với 60 răng có tổn thương sâu răng với triệu chứng viêm tủy có hồi phục tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội. Thực hiện che tủy gián tiếp bằng vật liệu Biodentine và phục hồi thân răng bằng compsite. Đánh giá kết quả điều trị dựa vào các triệu chứng lâm sàng và phim Xquang cận chóp tại các thời điểm trước điều trị, sau điều trị 3 tháng và 6 tháng. **Kết quả:** Sau 6 tháng tỷ lệ thành công cao với 80% các răng tủy sống và không có tổn thương thứ phát trên Xquang. 5 răng được chụp tủy có triệu chứng viêm tủy không hồi phục và được điều trị tủy toàn bộ chiếm 8,33%. **Kết luận:** Chụp tủy gián tiếp bằng Biodentin thấy tỷ lệ thành công khả quan trongđiều trị các tổn thương sâu răng có biểu hiện viêm tủy có hồi phục.

Từ khóa: Chụp tủy gián tiếp, Biodentine.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT REVERSIBLE PULPITIS BY INDIRECTLY PULP CAPPING BY BIODENTINE

Purpose: Evaluating the results of treatment of indirectly pulp capping by Biodentine at National Hanoi Odonto-Stomatology Hospital. **Subjects and Methods:** An uncontrolled clinical intervention study on 42 patients with 60 teeth with deep carious lesionswith reversible pulpitis. Indirect pulp capping with Biodentine™ and restoring by compsite. Periapical radiographs were acquired prior tothe treatment as well as at 3 and6 monthsposttreatment. Evaluate treatment results based on clinical symptoms and periapical radiograph at pre-treatment, 3 months and 6 months after treatment. ***Result:*** The success rates of pulp vitalitywere 80% after 6 months following. Five teeth (8,33%) capped with Biodentine received endodontic emergency treatment becauseof symptoms of irreversible pulpitis. **Conclusion:** Indirectly pulpcappingwith Biodentin showed a satisfactory success rate in the treatment of deep carious lesionswithreversible pulpitis.

Keyword: Indirect pulp capping, Biodentine, reversible pulpitis.

**Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy
Email: bsthuy89@gmail.com
Ngày nhận bài: 11/10/2020
Ngày phản biện khoa học: 2/11/2020
Ngày duyệt bài: 16/11/2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tủy răng là bệnh hay gặp, đứng thứ 3 trong các bệnh lý răng miệng, sau sâu răng và bệnh vùng quanh răng. Bệnh thường có biến chứng từ sâu răng hoặc tổn thương không do sâu như chấn thương, gẫy vỡ răng, núm phụ mặt nhai, thiểu sản, mòn răng….

Răng sâu thường được điều trị bằng việc loại trừ những mô răng tổn thương và trám lỗ sâu bằng vật liệu thích hợp. Nghiên cứu của Stanley khẳng định rằng khi tủy răng bị hở, tủy sẽ nhiễm trùng và trên lâm sàng nên tiến hành điều trị nội nha bằng chụp tủy hoặc lấy tủy toàn bộ[1].

Nhiều nghiên cứu trước đây đã sử dụng calcium hydroxide như là tiêu chuẩn vàng trong việc chụp tủy. Calcium hydroxide có độ pH cao, có tác dụng kích thích đối với sự hình thành ngà răng và bảo tồn khả năng sống của tủy [2]. Tuy nhiên, nó cũng tồn tại nhiều nhược điểm như khả năng đông cứng, thời gian kích thích tạo ngà răng thứ phát hay hiệu quả bảo tồn tủy. Trong những năm gần đây, MTA được biết đến như là vật liệu chụp tủy lý tưởng, nhờ khả năng hình thành cầu ngà, không kích thích gây viêm tủy. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra tính tương hợp sinh học, hoạt tính kháng khuẩn và các đặc tính hóa học tốt hơn hẳn so với calcium hydroxidetrong chụp tủy [3]. Mặc dù vậy, nhược điểm của MTA là khó thao tác, khả năng đông cứng lâu (2 tiếng 45 phút), làm đổi màu răng và giá thành khá cao. Gần đây, một trong những vật liệu mới được hãng Septodont giới thiệu để chụp tủy, đó là Biodentine với thời gian đông cứng chỉ 12 phút và có hiệu quả tốt trong việc bảo tồn tủy cũng như kích thích hình thành cầu ngà [4].

Ở Việt Nam, hiện nay việc chụp tủy gián tiếp được sử dụng rất thường xuyên trên lâm sàng. Tuy nhiên do Biodentine mới được đưa vào sử dụng nên chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của vật liệu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện ở 42 bệnh nhân trên 18 tuổi, với 60 răngcó lỗ sâu loại I theo phân loại của Black, được chẩn đoán viêm tủy có hồi phục, có chỉ định chụp tủy gián tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên

cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu. 60 răng, bao gồm 7 răng hàm nhỏ và 53 răng hàm lớn đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn, được chúng tôi đưa vào nghiên cứu. Tất cả các răng được khám lâm sàng và chụp Xquang cận chóp trước điều trị.Tiến hành làm sạch lỗ sâu, sử dụng chất nhuộm màu Seek (Ultradent) để nhuộm màu lớp ngà không có khả năng táikhoáng, sát khuẩn lỗ sâu bằng Chlohexidine 2%. Sử dụng Biodentine™ hàn kín các lỗ sâu, sau đó hàn phục hồi thân răng bằng composite.Đánh giá kết quả lâm sàng và Xquang cận chóp tại các thời điểm sau hàn 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 42 bệnh nhân trong đó bệnh nhân nam chiếm 26,2% thấp hơn so với số bệnh nhân nữ (73,8%). Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi từ 18 đến 62, trung bình là 29,3 tuổi. Trong 60 răng nghiên cứu có 53 răng hàm lớn chiếm 88,33% và 7 răng hàm nhỏ, chiếm 11,67.

3.1. Phân bố răng tổn thương theo kích thước và vị trí

Bảng 1. *Phân bố vị trí răng và độ sâu ở răng tổn thương*

Kích thước / Nhóm răng	< 3,5 mm		≥ 3,5mm		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Răng hàm nhỏ	6	10,0	1	1,67	7	11,67
Răng hàm lớn	35	58,33	18	30,0	53	88,33
Tổng	**41**	**68,33**	**19**	**31,67**	**60**	**100**

Chúng tôi tiến hành phân loại răng điều trị theo độ sâu của tổn thương, gồm hai nhóm là <3,5mm và ≥ 3,5 mm. Kết quả cho thấy, hay gặp nhất là răng có kích thước lỗ sâu < 3,5mm, chiếm tỷ lệ 68,33%; răng có kích thước lỗ sâu ≥ 3,5 mm chiếm tỷ lệ 31,67%. Hầu hết các trường hợp tổn thương tủy có hồi phục được thấy ở những người trẻ tuổi và một số ít hơn các trường hợp gặp ở người trung niên. Theo chúng tôi, buồng tủy ở những người trẻ thường rộng, khi bị tổn thương sâu răng, vi khuẩn dễ dàng xâm nhập vào buồng tủy dẫn đến viêm tủy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các răng được nghiên cứu hầu hết là răng hàm lớn (chiếm 88,33%) và chỉ có 7 trường hợp là răng hàm nhỏ (chiếm 11,67%). Điều này là do cấu trúc giải phẫu của răng hàm lớn và vị trí của nó. Răng hàm lớn có kích thước bề mặt lớn, có nhiều hố rãnh, là răng chịu lực chính của quá trình ăn nhai, hơn nữa, răng này lại nằm ở sâu trong khoang miệng, việc vệ sinh khó hơn các nhóm răng khác, vì vậy tỷ lệ sâu răng và sang chấn ở nhóm răng này thường cao hơn các nhóm răng còn lại.

3.2. Kết quả lâm sàng

Bảng 2*. Đánh giá kết quả lâm sàng*

Kết quả	Tốt		Trung bình		Kém		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ngay sau điều trị	53	88,33	7	11,67	0	0	60	100
Sau điều trị 1 tháng	53	88,33	5	8,33	2	3,34	60	100
Sau điều trị 3 tháng	52	89,66	4	6,9	2	3,44	58	100
Sau điều trị 6 tháng	55	98,21	0	0	1	1,79	56	100

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, ngay sau điều trị có 53/60 răng (chiếm 88,33%) không có triệu chứng lâm sàng được chúng tôi xếp vào kết quả tốt, 7 răng (chiếm 11,67%) có triệu chứng đau nhẹ, chúng tôi xếp vào kết quả trung bình. Ở thời điểm sau 1 tháng, kết quả tốt chiếm 88,33%, kết quả trung bình chiếm tỷ lệ 8,33% và 2 răng có triệu chứng đau của viêm tủy không hồi phục. Chúng tôi đã tiến hành tiêm tê, lấy tủy toàn bộ và hàn kín hệ thống ống tủy cho những trường hợp này. Ở giai đoạn sau 3 tháng, 52/58 răng được theo dõi có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 89,66%. 4 răng (chiếm 6,9%) có triệu chứng đau nhẹ, chúng tôi sẽ theo dõi ở các thời điểm tiếp theo. Kết quả kém có 2 trường hợp, trong đó 1 trường hợp bệnh nhân có cơn đau tủy điển hình và 1 trường hợp có kết quả tốt ở các thời điểm theo dõi trước đó.Khi thăm khám thấy, bệnh nhân không có cảm giác đau nhưng thấy răng đổi mầu, thử tủy thấy không đáp ứng với kích thích. Chúng tôi đã tiến hành điều trị nội nha cho những răng này.Ở thời điểm sau điều trị 6 tháng, kết quả tốt được thấy ở 55/56 răng, chiếm tỷ lệ 98,21% và chỉ có 1 răng có kết quả kém cần điều trị nội nha. Như vậy, 60 răng viêm tủy có hồi phục được chụp tủy bằng Biodentin, sau 6 tháng điều trị có 55 răng đạt kết quả tốt trên lâm sàng, chiếm tỷ lệ 91,67%.

3.3. Kết quả trên phim Xquang

Bảng 3. *Đánh giá kết quả trên Xquang*

Kết quả	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	31	53,45	48	85,71
Trung bình	25	43,1	8	14,29
Kém	2	3,45	0	0
Tổng	**58**	**100**	**56**	**100**

Để đánh giá mức độ thành công của kỹ thuật chụp tủy bằng Biodentin, ngoài các dấu hiệu lâm sàng, chúng tôi tiến hành phân tích trên phim trước và sau điều trị. Quá trình hình thành cầu ngà được quan sát trên phim X-quang cận chóp bắt đầu từ tháng thứ 3 sau khi hàn.

Kết quả sau 3 tháng, 31/58 răng có kết quả tốt (chiếm tỷ lệ 53,45%), 25 răng chưa có sự khác biệt so với hình ảnh Xquang trước điều trị và 2 răng có kết quả kém. Sau 6 tháng thấy, có sự hình thành cầu ngà ở 85,71% các trường hợp và 14,29% trường hợp còn lại tuy không thấy xuất hiện hình ảnh cầu ngà trên phim Xquang nhưng cũng không có các tổn thương khác kèm theo. Trong nghiên cứu này, 3 trong số 5 trường hợp có triệu chứng viêm tủy không hồi phục cần được điều trị tủy nhưng không quan sát được các dấu hiệu trên Xquang như giãn rộng dây chằng quanh răng hay tổn thương thấu quang chóp răng.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 3.4. *Đánh giá kết quả điều trị.*

Kết quả	Sau điều trị 3 tháng		Sau điều trị 6 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Thành công	30	50,0	48	80,0
Nghi ngờ	28	46,67	7	11,67
Thất bại	2	3,33	5	8,33
Tổng	**60**	**100**	**60**	**100**

Chúng tôi đánh giá kết quả điều trị dựa vào các triệu chứng lâm sàng và Xquang. Sau 3 tháng, 50% các trường hợp có kết quả thành công và chỉ có 3,33% có kết quả thất bại. Sau điều trị 6 tháng, tỷ lệ thành công được thấy ở 80,0% các trường hợp; 7 răng không có triệu chứng tổn thương tủy trên lâm sàng nhưng chưa thấy hình ảnh cầu ngà trên Xquang được xếp vào kết quả nghi ngờ và 5 răng (chiếm tỷ lệ 8,33%) có kết quả điều trị thất bại, chúng tôi đã điều trị nội nha lấy tủy toàn bộ và hàn kín ống tủy cho những răng này.

Tỷ lệ thành công cao có thể giải thích do các ưu điểm vượt trội của Biodentine khiến Biodentin được ứng dụng trong điều trị nội nha tương tự như MTA. Tuy nhiên, so với MTA, vật liệu này cải tiến được một số đặc tính về tính chất vật lý và độ cứng, giữ được sự ổn định về màu sắc, không gây độc tế bào, bảo tồn tính sống của nguyên bào sợi [4]. Trong một số nghiên cứu trên invitro, Biodentine cho thấy khả năng tương hợp với mô tủy và kích thích hình thành ngà sửa chữa, nó cũng có khả năng biệt hóa tế bào tủy thành tế bào giống nguyên bào ngà bằng cách tập trung yếu tố tăng trưởng TGF-β1, để kích thích sự khoáng hóa và hình thành cầu ngà giống như MTA và $Ca(OH)_2$ [4]. Sự thủy phân của tricalcium silicate trong quá trình đông cứng tạo ra silicate calci hydrat và $Ca(OH)_2$.$Ca(OH)_2$ được tạo ra trong quá trình thủy phân của Biodentine tạo một môi trường kiềm hóa, khi chúng tiếp xúc với mô tủy sẽ hình thành nên vùng hoại tử ở ngay trên bề mặt của mô tủy, do đó kích thích phản ứng viêm có lợi để bắt đầu quy trình sửa chữa. Có giả thuyết cho rằng khi $Ca(OH)_2$ bị hòa tan sẽ giải phóng ra ion canxi và hydroxyl, do Biodentine có thời gian đông cứng nhanh nên giải phóng được một lượng lớn ion canxi trong thời gian ngắn, do đó tạo điều kiện thuận lợi hơn cho việc sửa chữa mô tủy và hình thành cầu ngà [6]. Về lâm sàng, nhờ khả năng kết dính trực tiếp với composite nên tiết kiệm được thời gian làm việc trên ghế răng, dễ dàng có được sự hợp tác của bệnh nhân. Nhờ tính chất lưu giữ vi cơ học tự nhiên nên mối trám kín khít tốt mà không cần chuẩn bị bề mặt và loại bỏ nhạy cảm ngà ở hầu hết các trường hợp ngay sau khi trám.

Việc đánh giá khả năng sống của tủy răng cần được theo dõi trong thời gian dài. Trong nghiên cứu này, chúng tôi mới chỉ đánh giá kết quả ở thời điểm sau điều trị 6 tháng, do vậy kết quả điều trị có thể cao hơn ở những thời điểm theo dõi sau đó. Mặc dù vậy, từ kết quả nghiên cứu có thể thấy Biodentin là vật liệu chụp tủy khá tốt, giúp duy trì sự sống của tủy răng.

Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như trong nghiên cứu của Hashem và Cs [6], so sánh hiệu quả chụp tủy gián tiếp ở 53 bệnh nhân viêm tủy răng có hồi phục. 72 răng được chia làm 2 nhóm (n=36). Nhóm I, các răng được chụp tủy bằng Biodentine, nhóm II, được chụp tủy bằng Fuzi IX. Đánh giá kết quả dựa trên các triệu chứng lâm sàng và phim Xquang. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau điều trị 12 tháng, tỷ lệ thành công của cả 2 nhóm đều chiếm 83,3% và không có sự khác biệt giữa 2 loại vật liệu. Peskersoy và Cs

[7], nghiên cứu ở 525 răng viêm tủy có hồi phục, chia làm 5 nhóm (n=105 răng), mỗi nhóm được chụp tủy bằng 1 loại vật liệu khác nhau. Đánh giá kết quả trên lâm sàng và phim Xquang ở các thời điểm sau điều trị 1, 6, 12 và 36 tháng. Tác giả báo cáo rằng, kết quả thành công được thấy nhiều nhất ở nhóm chụp tủy bằng MTA và Biodentine. Tỷ lệ thành công trên lâm sàng và X quang của nhóm chụp tủy bằng MTA lần lượt là 86,3% và 85,4%; các tỷ lệ tương ứng của nhóm chụp tủy bằng Biodentine là 79,4% và 80,1%. Trong khi đó, các tỷ lệ thành công trên lâm sàng và X quang của nhóm chụp tủy bằng Theracal LC là 72,1% và 73,6%; nhóm Dycal là 69,4% và 70,2%. Nghiên cứu đưa ra kết luận, cả MTA và Biodentine đều là vật liệu thích hợp để chụp tủy ở răng vĩnh viễn.

IV. KẾT LUẬN

Che tủy gián tiếp bằng Biodentin™ cho thấy tỷ lệ thành công khả quan trongđiều trị các tổn thương sâu răng có biểu hiện viêm tủy có hồi phục. Với các ưu điểm về thời gian đông cứng, thao tác dễ, giá thành chấp nhận được, Biodentine™ có thể trở thành vật liệu che tủy gián tiếp được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dubner R, Stanley HR** (1962), "Reaction to the human pulp to temporary filling materials", Oral Surg 1962;15:1009.
2. **Faraco IM Jr, Holland R** (2004), "Histomorphological response of dogs dental pulp capped with whitemineral trioxide aggregate", Braz Dent J 15, 104-8.
3. **Pariokh M, Torabinejad M**, (2010)a, "Mineral trioxide aggregate: A comprehensive literature review-Part I: Chemical, physical and antibacterial properties", J Endod, 36, 16-27.
4. **Laurent P, Camps J, About I**(2012), "Biodentine™induces TGF-b1 release from human pulp cellsand early dental pulp mineralization", Int Endod J,45, 439-48.
5. **Orhan AI, Oz FT, & Orhan K** (2010),"Pulp exposureoccurrence and outcomes after 1- or 2-visit indirect pulptherapy vs complete caries removal in primary andpermanent molars", Pediatric Dentistry 32(4) 347-355.
6. **D. Hashemet all** (2015). "Clinical and Radiographic Assessmentof the Efficacy of Calcium SilicateIndirect Pulp Capping: A RandomizedControlledClinical Trial",Journal of Dental, Vol. 94(4) 562–568.
7. **Peskersoy C., Lukarcanin J., et al**. (2020), "Efficacy of different calcium silicate materials as pulp-capping agents: Randomized clinical trial", Journal of Dental Sciences, pp.1-9.

GIẢM MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ GIẢM NỒNG ĐỘ OXY MÁU TRÊN BỆNH NHÂN TIM BẨM SINH NGƯỜI LỚN

Nguyễn Thị Thúy Hoa[1], Nguyễn Thị Mai Ngọc[2], Đỗ Doãn Lợi[1,2], Kim Ngọc Thanh[1,2], Trương Thanh Hương[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Quan sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến mật độ xương trên bệnh nhân TBSNL, sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân TBS tím và TBS không tím. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu ngang phân tích 2 nhóm bệnh nhân tương đồng về tuổi giới chia thành 2 nhóm: TBS không tím và TBS có tím. Đo mật độ xương (MĐX), khối lượng xương (KLX) tại 2 vị trí cổ xương đùi (CXĐ) và cột sống thắt lưng (CSTL). MĐX được đo bằng phương pháp Hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA), trên máy Hologic Explorercủa Mỹ**. Kết quả:** 38 bệnh nhân có bệnh TBS, trong đó 19 người (50%) là nữ. Độ tuổi trung bình là 35.05. Chẩn đoán của các bệnh nhân phổ biến nhất là Thông liên thất (TLT) (31.6%), tiếp theo là Thông liên nhĩ (TLN) (28.9%). Giữa 2 nhóm bệnh nhân, sự khác biệt được quan sát thấy ở Độ bão hòa Oxy mao mạch (SpO2), Nồng độ Albumin máu, Nồng độ hemoglobin máu (Hb), Nồng đô PTH và vitamin D3, Phân suất tống máu thất trái (EF), Áp lực động mạch phổi tâm thu (ALĐMP) với p lần lượt là <0.05,0.02,<0.05, 0.01, 0.004, 0.04,0.002. Trong đó, SpO2, BMI, EF, ALĐMP có tương quan với MĐX, T score hay Z score tại 2 vị rí CSTL và CXĐ. **Kết luận:** Trên các bệnh nhân TBS có tím so với nhóm bệnh nhân TBS không có tím có sự giảm MĐX rõ rệt. Mối tương quan giữa nồng độ oxy trong máu và MĐX được thể hiện chưa chặt chẽ và không thể khẳng định có tồn tại mối quan hệ nhân quả trực tiếp.

Từ khóa: Tim bẩm sinh, tim bẩm sinh người lớn, giảm mật độ xương, tim bẩm sinh có tím

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Viện Tim Mạch Quốc gia
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Hoa
Email: nguyenthithuyhoa611@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/10/2020
Ngày phản biện khoa học: 27/10/2020
Ngày duyệt bài: 16/11/2020

SUMMARY

BONE DENSITY IN PATIENTS WITH CHD AND THE DIFFERENCE BETWEEN CYANOSIS AND CYANOSIS CHD PATIENTS

Target: Observe the clinical and laboratory

characteristics relating to bone density in patients with CHD and compare between cyanosis and cyanosis CHD patients**. Subject and method:** Analytical cross-sectional study compares two groups of patients incuding cyanotic and acyanotic CHD who were similar in gender proportion and age. Measurements of bone density (BD), bone mass (BM) enhanced at 2 positions: femoral neck (FN) and lumbar spine (LP). BD measured by Dual energy X-ray absorption (DEXA) method, on Hologic Explorer System**. Result:** 38 patients had CHD, of which 19 (50%) were female, average age was 35,05. The most common patient's diagnosis was ventricular septal defect (VSD) (31.6%), followed by atrial septal defect (ASD) (28.9%). Between the 2 patient groups, a difference was observed in Capillary Oxygen Saturation (SpO2), Blood Albumin Concentration, Blood Hemoglobin Concentration (Hb), PTH and Vitamin D3, Left Ventricular Ejection Fraction. (EF), Systolic pulmonary artery pressure (PAP) with p <0.05,0.02, <0.05, 0.01, 0.004, 0.04,0.002, respectively. In which, SpO2, BMI, EF, ALDMP are correlated with BD, T score or Z score at 2 locations of FN, LS**. Conclusions:** In cyanosis CHD patients, there was a marked decrease in BMD comparing to acyanosis ones. The blood oxygen concentration and BMD have a weak correlation and our results cannot confirm the existence of a direct causal relationship.

Keywords: Congenital heart disease, adult congenital heart disease, reduced bone density, cyanosis congenital heart disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim bẩm sinh (TBS) là bất thường cấu trúc và chức năng của tim xuất hiện từ khi sinh ra, ngay cả khi bất thường đó được phát hiện muộn,và gặp trong các trường hợp sau: bệnh nhân TBS đã được phẫu thuật từ nhỏ, vẫn cần được chăm sóc nội ngoại khoa ở tuổi trưởng thành; bệnh TBS chưa được phẫu thuật, cần khảo sát về chỉ định điều trị nội ngoại khoa, và nhóm bệnh TBS không thể phẫu thuật cần chăm sóc nội khoa suốt đời.

Nhờ có sự phát triển của phẫu thuật và can thiệp tim mạch Nhi mà hiện tại, trên 85% bệnh nhi có TBS sống đến tuổi trưởng thành. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân TBS đã lên đến 40 tuổi và lượng bệnh nhân > 65 tuổi ngày một nhiều. Vì vậy, những bệnh lý phổ biến ở bệnh nhân lớn tuổi ví dụ như đái tháo đường, bệnh mạch vành, tăng huyết áp có ảnh hưởng đến tiên lượng sống ở bệnh nhân TBS người lớn, loãng xương là một bệnh lý trong số đó.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố nguy cơ tác động gây ra giảm quá trình tạo xương, tăng nguy cơ loãng xương thường gặp trên đối tượng mắc TBS bao gồm: thiếu oxy[1], đa hồng cầu[2], thiếu máu, sử dụng các thuốc chống đông kháng vitamin K, tăng áp động mạch phổi[3], chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp.

Cả bệnh TBS và bệnh loãng xương đều là nguyên nhân phổ biến gây giảm khả năng độc lập của mỗi cá nhân và trở thành gánh nặng cho hệ thống y tế. Một số nghiên cứu trước đây cho thấy rằng ở bệnh nhân bị suy tim, sự giảm MĐX xảy ra nhanh hơn so với nhóm cá thể khỏe mạnh[4], giảm MĐX rõ rệt cũng được quan sát thấy trên các bệnh nhân tim một buồng thất[5]. Bên cạnh đó, mối liên quan giữa giảm nồng độ oxy máu và loãng xương đã được chứng minh với nhiều bằng chứng in vitro. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tìm hiểu mối liên quan giữa MĐX và nồng độ bão hòa oxy máu ở bệnh nhân TBS người lớn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu. 38 bệnh nhân có bệnh TBS được thu thập tại Khoa khám bệnh và Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai. Tất cả các bệnh nhân viết cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu. 38 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: TBS có tím (19 BN) và TBS không có tím (19 BN). Trong đó, 2 nhóm bệnh nhân này được lựa chọn đối chứng về tuổi và giới. Các bệnh nhân chọn vào nghiên cứu được loại trừ các bệnh lý kèm theo, việc sử dụng các thuốc gây ảnh hưởng đến MĐX, khảo sát tình trạng sử dụng rượu bia, hút thuốc lá.Các bệnh nhân được chọn vào nhóm TBS có tím nếu SpO2 <90% và nhóm TBS không có tím nếu SPO2 ≥90%.

2.2. Các chỉ số nghiên cứu. Các chỉ số xét nghiệm và thông tin lâm sàng cần thiết được thu thập bao gồm: chiều cao, cân nặng, phân loại NYHA, tiền sử sử dụng thuốc, các bệnh lý kèm theo, SpO2, siêu âm tim, pro – BNP, 25 OH – vitamin, calci toàn phần, billirubin toàn phần, albumin, PTH, xét nghiệm cơ bản (AST, ALT, Creatinine), công thức máu.

2.3. Đo MĐX bằng kỹ thuật DEXA. Tất cả các bệnh nhân được đo MĐX bằng kỹ thuật DEXA trên máy đo MĐX là máy Hologic Explorercủa Mỹ, thực hiện tại 2 vị trí gồm cổ xương đùi và cột sống thắt lưng. Quần thể so sánh là quần thể người Châu Á, tính toán tự động theo phần mềm của nhà sản xuất.

2.3.1. Giá trị tham chiếu. Điểm cắt sử dụng choT-scorebình thường khi T-score ≥ -1.0, giảm MĐX khi -2,5 < T-score < -1, T-score dưới -2.5 để chẩn đoán loãng xương, loãng xương nặng khi T-score ≤ -2,5 và có gãy xương[6].

2.3.2. Phân tích số liệu. Phân tích số liệu được thực hiện trên phần mềm SPSS statistic 20. Số liệu được tính toán phân tích trung bình, độ

lệch chuẩn, tương quan dùng mô hình hồi quy đơn biến, đa biến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của bệnh nhân. 38 bệnh nhân có bệnh TBS, trong đó 19 người (50%) (là nữ, độ tuổi trung bình là 35.05. Chẩn đoán của các bệnh nhân phổ biến nhất là TLT (31.6%), tiếp theo là Thông liên nhĩ (28.9%).

***Bảng 1**. Chẩn đoán bệnh Tim bẩm sinh*

Chẩn đoán	TBS có tím (n=19)	TBS không tím (n=19)
TLN	1	10
TLT	5	7
Fallot 4	5	0
TLT, teovan ĐMP	2	0
CODM	2	0
Bất thường Ebstein	0	1
TMBT	1	0
Hc Lutembacher	1	0
TP2DR, ĐGĐM	1	0
TLT và CODM	1	1

TLN: Thông liên nhĩ, TLT: Thông liên thất,CODM: còn ống động mạch, TMBT: Tim một buồng thất, TBS: Tim bẩm sinh, ĐMP: động mạch phổi, TP2DR: Thất phải hai đường ra, ĐGĐM: Đảo gốc động mạch.

3.2 Các chỉ số lâm sàng và xét nghiệm. Các bệnh nhân trong 2 nhóm TBS tím và nhóm TBS không tím có độ tuổi tương đương nhau (34.49± 10.79, 35.16± 10.83, p = 0.952), không có bệnh nhân nào đang dùng các thuốc chống đông, kháng ngưng tập tiểu cầu, 1/38 bệnh nhân đang dùng lợi tiểu spironolactone, và không dùng các nhóm thuốc điều trị suy tim khác, không có bệnh nhân lạm dụng rượu hay hút thuốc lá.Trên các xét nghiệm cận lâm sàng, sự khác biệt được thể hiện trong Bảng 2.

***Bảng 2.** Các chỉ số lâm sàng và xét nghiệm*

	TBS có tím (n=19)	TBS không tím (n=19)	p
SpO2(%)	80.95 ± 6.09	96.84 ± 1.57	<0.05
Hb (g/L)	184.21 ± 40.64	137.68 ± 16.41	<0.05
Hct	0.57 ± 0.12	0.41 ± 0.04	<0.05
Alb (g/L)	38.15 ± 7.12	43.56 ± 4.55	0.017
Vit D3 (ng/ml)	17.02 ± 4.00	22.66 ±6.34	0.004
PTH (pmol/L)	9.90 ± 5.86	5.11 ± 2.69	0.005
ALDMP (mmHg)	97.78 ± 29.61	53.40 ± 28.18	0.002
EF % (biplain)	58.92 ±7,96	64.79 ± 7.02	0.036

Alb: Albumin máu, Cal tp: Calci máu toàn phần, Bil tp: Billirubin máu toàn phần, Vit D3: Vitamin D3, Cre: Creatinine máu, ALDMP: Áp lực động mạch phổi tâm thu

3.3 Mật độ xương. MĐ Xtổng đo tại vị trí cột sống thắt lưng (CSTL) ở nhóm bệnh nhân TBS có tím là 0.84 ± 0.10, ở nhóm bệnh nhân TBS không có tím 0.90 ± 0.15 với p = 0.106; ở vị trí cổ xương đùi (CXĐ) thì giá trị này là 0.85 ± 0.11 ở bệnh nhân TBS có tím và là 0.93 ± 012 ở bệnh nhân TBS không tím với p = 0.044 (Bảng 3)

***Bảng 3.** Mật độ xương, T score và Z score so sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân*

	TBS có tím (n=19)	TBS không tím (n=19)	p
MĐX tổng CSTL (g/cm2)	0.84 ± 0.10	0.90 ± 0.15	0.106
T score tổng CSTL	-1.89 ± 1.01	-1.06 ± 1.17	0.026
Z score tổng CSTL	-1.67 ± 1.01	-0.88 ± 1.15	0.038
MĐX CXĐ tổng g/cm2	0.85 ± 0.11	0.93 ± 012	0.044
T score tổng CXĐ	-0.72 ± 0.98	-0.08 ± 0.96	0.016
Z score tổng CXĐ	-0.61 ± 0.93	0.19 ± 0.96	0.020
CXĐ: Cổ xương đùi, CSTL: Cột sống thắt lưng			

Trong các bệnh nhân TBS có tím, có 6 bệnh nhân (31.6%) có T score MĐX tại vị trí CSTL ≤ 2.5, 7 bệnh nhân thiếu xương (có T score trong khoảng -1 đến -2) và 6 bệnh nhân có T score trong giới hạn bình thường, số lượng này đo tại vị trí CXĐ lần lượt là 0, 6, 13 bệnh nhân. Ở nhóm bệnh nhân TBS không có tím, số lượng bệnh nhân có T score trong ngưỡng loãng xương tại vị trí CSTL là 3 bệnh nhân, 6 bệnh nhân thiếu xương, còn lại 10 bệnh nhân có MĐX trong giới hạn bình thường. Tại vị trí CXĐ, số lượng này lần lượt là: 1, 0, 18 bệnh nhân.

3.5 Mô hình hồi quy. Khi phân tích hồi quy đơn biến các giá trị lâm sàng và cận lâm sàng, các biến Áp lực động mạch phổi tâm thu (ALĐMP TT), biến BMI, EF có tương quan với MĐX tại 2 vị trí CSTL và CXĐ (Bảng 4). Bên cạnh đó, phân tích hồi quy đơn biến với T score vị trí CSTL và

CXĐ cho thấy tương quan với hemoglobin, hematocrit, SpO2, Albumin, BMI, EF, và áp lực động mạch phổi tâm thu.

Bảng 4. *Tương quan giữa các chỉ số LS, CLS và MĐX*

	MĐX tổng CSTL		**MĐX tổng CXĐ**	
	r	p	r	p
ALDMP (mmHg) (n=)	-0.413	0.040	-0.601	0.001
BMI (n=38)	0.518	0.001	0.514	0.001
EF % (n=32)	0.318	0.076	0.400	0.026

Alb: Albumin máu, Hb: Hemoglobin máu, Cal tp: Calci máu toàn phần, Bil tp: Billirubin máu toàn phần, Vit D3: Vitamin D3, Cre: Creatinine máu, ALDMP: Áp lực động mạch phổi tâm thu, MĐX: Mật độ xương, CSTL: Cột sống thắt lưng, CXĐ: Cổ xương đùi

Bảng 5. *Tương quan giữa các chỉ số LS, CLS và T – score*

	T score tổng CSTL		**T score tổng CXĐ**	
	r	p	r	p
SpO2(%) (n= 38)	0.258	0.118	0.368	0.025
Hb (g/L) (n= 38)	-0.352	0.030	-0.239	0.153
Hct (n= 38)	-0.360	0.027	-0.280	0.093
Alb (g/L) (n=30)	0.363	0.049	0.344	0.067
ALDMP (mmHg) (n=)	-0.444	0.026	-0.630	0.001
BMI (n=38)	0.554	0.000	0.485	0.002
EF % (n=32)	0.369	0.038	0.496	0.005

Alb: Albumin máu, Hb: Hemoglobin máu, Cal tp: Calci máu toàn phần, Bil tp: Billirubin máu toàn phần, Vit D3: Vitamin D3, Cre: Creatinine máu, ALDMP: Áp lực động mạch phổi tâm thu

Bảng 6. *Tương quan giữa các chỉ sốLS, CLS và Z – score*

	Z score tổng CSTL		**Z score tổng CXĐ**	
	r	**p**	**r**	**p**
SpO2(%) (n= 38)	0.280	0.103	0.392	0.022
Hb (g/L) (n= 38)	-0.468	0.005	-0.295	0.091
Hct (n= 38)	-0.479	0.004	-0.338	0.051
BMI (n=38)	0.455	0.006	0.408	0.017
EF % (n=32)	0.267	0.161	0.406	0.032

Alb: Albumin máu, Hb: Hemoglobin , Cal tp: Calci máu toàn phần, Bil tp: Billirubin máu toàn phần, Vit D3: Vitamin D3, Cre: Creatinine máu, ALDMP: Áp lực động mạch phổi tâm thu

IV. BÀN LUẬN

Hai nhóm bệnh nhân có đặc điểm tương đồng tuổi, giới với tỷ lệ nam/ nữ là 9/10, độ tuổi trung bình là 35 ± 10.67. Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi lớn tuổi hơn các bệnh nhân trong nghiên cứu của Cordelia Witzel hay nghiên cứu của Avitabile năm 2015. Có nhiều tác giả đã tiến hành các nghiên cứu về mối liên quan giữa MĐX và áp lực động mạch phổi. Theo các tác giả này, tình trạng tăng áp lực động mạch phổi là yếu tố ảnh hưởng mạnh mẽ góp phần gây suy dinh dưỡng và chậm phát triển ở trẻ nhỏ có TBS, đặc biệt khi tình trạng này đi kèm trên bệnh nhân TBS có tím. Mối liên hệ này cũng được tìm thấy trên các bệnh nhân Tăng áp lực động mạch phổi vô căn hay TALDMP do huyết khối mạch phổi mạn tính, với tỷ lệ bệnh nhân thiếu xương trong nhóm bệnh này lên đến 80%[3]. Các tác giả trong các nghiên cứu kể trên cũng nhận định nguyên nhân xuất hiện tình trạng giảm MĐX trong nhóm bệnh nhân này có thể liên quan đến vấn đề hạn chế vận động do khó thở và tăng nhu cầu oxy khi gắng sức hoặc giả thiết do gen chung ảnh hưởng đến tăng áp lực động mạch phổi vô căn và MĐX hoặc tác động của hệ serotonin – một hệ thống có ảnh hưởng lên nhiều dạng TADMP và có vai trò trong điều hòa quá trình tạo xương[3].

Chỉ số khối cơ thể cũng cho thấy mối tương quan chặt chẽ với MĐX ở 2 vị trí được khảo sát mặc dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa BMI của 2 nhóm bệnh nhân TBS tím và không tím. Trong nghiên cứu của Jennifer T Lloyd trên cỡ mẫu 3296 bệnh nhân trên 50 tuổi tại Mỹ khẳng định mối liên quan thuận giữa MĐX và BMI bất kể tuổi, giới, chủng tộc[7]. Khi so sánh giữa nhóm bệnh nhân TBS có tím và không có tím, các tác giả cũng nhận thấy sự chậm phát triển về thể chất đặc biệt nổi bật trên nhóm bệnh nhân tím so với bệnh nhân không tím và khác biệt rõ rệt của cả 2 nhóm so với nhóm

chứng khỏe mạnh[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI của nhóm bệnh nhân tím là 18.37 ± 2.56, nhóm bệnh nhân không tím là 19.99 ± 2.65 với p= 0.063, gần đạt ý nghĩa thống kê. Có thể giải thích điều này do số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn. Ta có thể chờ đợi các kết quả nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân lớn hơn trong nghiên cứu chính cũng do chúng tôi tiến hành.

Nồng độ PTH và vitamin D3 cũng khác biệt rõ rệt giữa 2 nhóm đối tượng nghiên cứu nhưng 2 chỉ số này lại không thể hiện mối tương quan với MĐX tại các vị trí được khảo sát. Theo các quan điểm trước đây, nồng độ vitamin D3 và PTH có vai trò điều hòa quan trọng lên quá trình tạo xương. Mặc dù vậy, một số nghiên cứu không ủng hộ quan điểm này khi không thấy được mối liên hệ trực tiếp giữa 2 giá trị này và MĐX. Một vài nghiên cứu khác, các tác giả cho thấy không có mối liên quan giữa nồng độ PTH, vitamin D3 với sự hấp thu calci.

Phân suất tống máu thất trái cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa 2 nhóm (p = 0.036), tương quan với MĐX, T – score và Z –score. Mối liên hệ giữa 2 biến định lượng này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu phân tích gộp của Wenmin Xing,tổng hợp 6 nghiên cứu đưa ra mối quan hệ giữa MĐX và mức độ nặng của suy tim với các bệnh nhân NYHA 3,4 có MĐX thấp hơn các bệnh nhân NYHA 1,2[4].

Về tình trạng đa hồng cầu và mối liên quan với MĐX, nghiên cứu của P.R. Oikonomidou đã cho thấy mối liên quan giữa đa hồng cầu nguyên phát và giảm hoạt động của tế bào tạo xương trong nghiên cứu trên chuột[2]. Nghiên cứu của Farmer cho thấy nguy cơ gãy xương đùi tăng lên khoảng 4.74% ở các bệnh nhân được chẩn đoán đa hồng cầu 5 năm trở lên so với quần thể bình thường. Trong phân tích của chúng tôi, nhóm bệnh nhân tím có tình trạng đa hồng cầu nổi bật với nồng độ Hemoglobin trung bình là 184.21 ± 40.64 g/L, MĐX ở nhóm bệnh nhân này cũng giảm hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không tím và không có đa hồng cầu thứ phát. Mối quan hệ này có thể được giải thích bằng việc có sự giảm hình thành tế bào tạo xương và quá trình hình thành xương ở các cá thể đa hồng cầu. Sự hình thành quá mức các tế bào hồng cầu thiếu hụt về mặt chức năng gây thiếu máu tương đối, hệ quả là tăng erythropoietin trong máu, càng làm tăng hình thành tế bào hồng cầu không hiệu lực. Sự gia tăng mạn tính của tế bào dòng hồng cầu ảnh hưởng tới số lượng tế bào tạo xương và từ đó ức chế quá trình hình thành xương[2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ bão hòa Oxy máu khác biệt rõ rệt giữa 2 nhóm bệnh nhân (Bảng 2). Trong các giá trị đo được, ta nhận thấy T score tổng vị trí CSTL, Z score tổng vị trí CSTL, MĐX tổng CXĐ, T score tổng CXĐ, Z score tổng CXĐ đều khác biệt với p đạt ý nghĩa thống kê. Có thể thấy, xu hướng giảm MĐX rõ rệt ở các bệnh nhân tím thể hiện đồng nhất trên số liệu MĐX ở các vị trí khác nhau.Khi so sánh mô hình hồi quy đơn biến, độ bão hòa oxy máu ở các bệnh nhân tương quan với T score và Z score vị trí CXĐ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của tác giả Thụy Điển. Đồng thời, các tác giả trên cũng tìm thấy tương quan giữa nồng độ SpO2 trong máu và MĐX trên mô hình hồi quy đơn biến, nhưng mối liên hệ này mất đi khi phân tích bằng mô hình đa biến. Do vậy, khó có thể kết luận về mối quan hệ nhân quả trực tiếp giữa nồng độ Oxy máu thấp và MĐX. Giảm MĐX rõ rệt ở các bệnh nhân TBS phức tạp có tím có vẻ liên quan đến đa yếu tố nguyên nhân, trong đó phải kể đến chỉ số khối cơ thể thấp ở nhóm bệnh, điều thường thấy ở các bệnh mạn tính. Trong những năm gần đây, có nhiều nghiên cứu in vitro đã khẳng định mối liên quan giữa việc nồng độ Oxy thấp và giảm MĐX, tăng hủy xương. Cơ chế của tình trạng trên được cho rằng thông qua trung gian các yếu tố điều hòa kích hoạt bởi tình trạng thiếu Oxy (ví dụ như: HIF-1α và HIF-2α). Khi nhìn nhận lại các kết quả trong phân tích một nhóm nhỏ bệnh nhân chúng tôi thu được, có thể nói, mối quan hệ nhân quả trực tiếp giữa tình trạng giảm mật độ Oxy máu và MĐX là khó có thể được đặt ra, mặc dù vậy, ta vẫn cần các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn để đưa ra được kết luận chính xác. Mặt khác, các tác giả đã khẳng định sự tăng mất xương và tăng tạo tế bào hủy xương xảy ra trong môi trường thiếu oxy cách quãng và tác dụng này đạt đỉnh khi nồng độ Oxy đạt 2%. Trong khi đó, áp lực riêng phần Oxy trong máu động mạch là khoảng 95mmHg (~12%), trong máu tĩnh mạch và mao mạch là 40 mmHg (~5), tức là khoảng ¼ giá trị trong máu động mạch trong điều kiện khí phòng. Trong mô bình thường, nồng độ Oxy trong khoảng kẽ là khoảng 4–8%. Điều kiện này, có lẽ liên quan mật thiết hơn với tình trạng thiếu oxy do viêm hơn là tình trạng thiếu oxy mạn tính mà các bệnh nhân TBS của chúng tôi gặp phải. Mặt khác, ta vẫn có cơ sở để chờ đợi mối liên quan trực tiếp giữa nồng độ oxy trong máu và MĐX nhưng không phải theo mô hình tuyến tính mà có dạng quan hệ hình chữ J, khi mà tác động của giảm nồng độ Oxy lên MĐX đạt đỉnh ở một nồng độ Oxy nhất định.

V. KẾT LUẬN

Qua các phân tích của mình, chúng tôi nhận thấy sự giảm MĐX rõ rệt ở nhóm bệnh nhân TBS có tím so với nhóm bệnh nhân TBS không có tím. Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến tình trạng này ở nhóm bệnh nhân TBS tím bao gồm: đa hồng cầu, chỉ số khối cơ thể, phân suất tống máu thất trái, áp lực động mạch phổi, nồng độ Oxy máu. Trong đó, mối tương quan giữa nồng độ oxy trong máu và MĐX được thể hiện chưa chặt chẽ và không thể khẳng định có tồn tại mối quan hệ nhân quả trực tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kim HY, Kim SY, Lee H-Y, et al.** Oxygen-Releasing Microparticles for Cell Survival and Differentiation Ability under Hypoxia for Effective Bone Regeneration. Biomacromolecules. 2019;20(2):1087-1097.
2. **Oikonomidou P, Casu C, Yang Z, et al.** Polycythemia is associated with bone loss and reduced osteoblast activity in mice. Osteoporosis International. 2016;27(4):1559-1568.
3. **Ulrich S, Hersberger M, Fischler M, et al.** Bone mineral density and secondary hyperparathyroidism in pulmonary hypertension. The open respiratory medicine journal. 2009;3:53.
4. **Xing W, Lv X, Gao W, et al.** Bone mineral density in patients with chronic heart failure: a meta-analysis. Clinical interventions in aging. 2018;13:343.
5. **Bendaly EA, DiMeglio LA, Fadel WF, Hurwitz RA**. Bone density in children with single ventricle physiology. Pediatric cardiology. 2015;36(4):779-785.
6. **Lan NTN.** Loãng xương, Bệnh học nội khoa. Hà Nội: Nhà xuất bản y học;2012.
7. **Lloyd JT, Alley DE, Hawkes WG, Hochberg MC, Waldstein SR, Orwig DL.** Body mass index is positively associated with bone mineral density in US older adults. Archives of osteoporosis. 2014;9(1):175.
8. **Kandil ME, Elwan A, Hussein Y, Kandeel W, Rasheed M.** Ghrelin levels in children with congenital heart disease. Journal of tropical pediatrics. 2009;55(5):307-312.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NƠ VI HẮC TỐ BẨM SINH VÙNG MẶT BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIÃN DA TỰ NHIÊN

Đặng Văn Thành*, Nguyễn Bắc Hùng*, Phạm Thị Việt Dung*, Tạ Thị Hồng Thúy*

TÓM TẮT

Bài báo nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt bằng phương pháp giãn da tự nhiên. Nghiên cứu được thực hiện trên 40 bệnh nhân (19 nam và 21 nữ) với 42 khối nơ vi từ 7/2015 đến 7/2020 tại khoa Phẫu thuật tạo hình - Bệnh viện Xanh Pôn. Kết quả cho thấy đặc điểm nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt trên 40 bệnh nhân hình tròn - bầu dục hay gặp nhất (69%), màu đen (78,6%), rậm lông (71,4%), vị trí hay gặp nhất là vùng má (64,3%). Nơ vi với kích thước nhỏ (<=3cm) hay gặp nhất (54,8%), kích thước rất lớn (>12cm) chiếm 11,9%. Thực hiện phẫu thuật cho 21 bệnh nhân với 22 khối nơ vi sử dụng kỹ thuật giãn da tự nhiên. 19/22 khối nơ vi đã được lấy bỏ hoàn toàn:phẫu thuật 1 lần 11/19 nơ vi (57,9%), 2 lần 5/19nơ vi (26,3%), 3 lần 2/19nơ vi (10,5%) và duy nhất 1 nơ vi (5,3%) cần đến 4 lần phẫu thuật. Kết quả gần tốt 91,7%, trung bình 8,3%. Sau khi loại bỏ hoàn toàn thương tổn 3-6 tháng, kết quảtốt 88,9%, trung bình trong 11,9%. Như vậy, phương pháp giãn da tự nhiên là kỹ thuật đơn giản, an toàn, hiệu quả đối với điều trị nơ vi hắc tố vùng mặt. Tuy nhiên kỹ thuật cần sự kiên trì của cả bệnh nhân cùng phẫu thuật viên.

Từ khóa: Nơ vi hắc tố bẩm sinh, giãn da tự nhiên (cắt dần).

**Trường Đại học Y Hà Nội.*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Thành
Email:dangvanthanh6789@gmail.com
Ngày nhận bài: 23/10/2020
Ngày phản biện khoa học: 9/11/2020
Ngày duyệt bài: 23/11/2020

SUMMARY

CLINICAL AND TREATMENT OUTCOME OF CONGENITAL MELANOCYTIC NEVI OF THE FACE BY SERIAL EXCISION

This article aims to describe clinical and treatment outcome of congenital melanocytic nevi of the face by serial excision. Our study was performed in 40 patients (18 males and 22 females) with 42 nevi from July 2015 to July 2020 at the Plastic and Aesthetic Surgeryof Saint-Paul Hospital. It was showed that congenital melanocytic nevi of the face are usually round or oval (69%), black (78.6%), hairy (71.4%), especially on the cheeck (64.3%). According to Gur and Zyker's classification, group I with small lesions (<=3cm) was the most common (54.8%), group III with very large lesions (>12cm) occupied 11.9%. 21 patients with 22 nevi were treated by serial excision. 19 nevi had completely been removed: 11/19 nevi (57,9%) were removed in 1 reconstructive stage, 5/19 nevi (26,3%) were removed in 2 reconstructive stages, 2/19 nevi (10,5%) were removed in 3 reconstructive stages and only 1/19 nevi (5,3%) was removed in 4 reconstructive stages. The results were close to be good in 91.7% of cases, average in 8.3% of cases. After lesions are completely removed for 3-6

months, the results were good in 88.9% of cases, average in 11.9% of cases. Serial excion is a simple, safe and effective technique for treating outcome of facial congenital melanocytic nevi. However, applying this method needs the patience from both patients and the surgeons.

Keywords: Congenital melanocytic nevi, serial excision.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nơ vi hắc tố bẩm sinh (Congenital Melanocytic Nevi-CMN) là một trong các tổn thương da hay gặp nhất ở trẻ sơ sinh. Nó đặc trưng bởi sự tăng sinh lành tính của tế bào nơ vi - một loại tế bào có cùng nguồn gốc từ đỉnh thần kinh giống như tế bào hắc tố. CMN thường xuất hiện từ lúc mới sinh, một số trường hợp xuất hiện trong vòng hai đến ba năm đầu đời, tỉ lệ phát hiện ở trẻ sơ sinh khá phổ biến, từ 1- 6%. Nơ vi hắc tố bẩm sinh khổng lồ (Giant Congenital Melanocytic Nevi-GCMN) xuất hiện với tần xuất thấp hơn, 1/20000 trẻ sơ sinh[1]. Bên cạnh nguy cơ chuyển dạng thành ung thư hắc tố, CMN còn gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng đến cả tâm lí của bệnh nhân cũng như người thân. Trong đó những CMN vùng mặt được quan tâm đặc biệt với tỉ lệ bệnh nhân đến khám và điều trị là cao nhất[2]. Có nhiều phương pháp điều trị nơvi hắc tố bẩm sinh bao gồm các phương pháp phẫu thuật và không phẫu thuật. Các phương pháp không phẫu thuật gồm có mài da, nạo da, lột da bằng hóa chất, laser, đốt điện chỉ loại bỏ một phần các tế bào trên bề mặt nông của nơ vi chứ không thể loại bỏ hoàn toàn các tế bào nơ vi, do đó ít làm thay đổi nguy cơ ung thư hóa. Phẫu thuật cho phép loại bỏ được hoàn toàn các tế bào nơ vi. Giãn da tự nhiên là phương pháp giãn da dựa vào sức căng bề mặt da sau phẫu thuật, được thực hiện theo phương pháp cắt khâu đơn giản một hoặc nhiều lần liên tiếp. Phương pháp này có nhiều ưu điểm như phẫu thuật nhanh, chi phí thấp, thẩm mỹ cao, không gây thiệt hại thêm cho các vùng da lân cận, không cần đến kĩ thuật ghép da hay sử dụng vạt, tránh được những nhược điểm của các kĩ thuật này như da ghép sậm màu hay sẹo kém thẩm mỹ, hướng sẹo cuối cùng có thể đưa về theo nếp nhăn tự nhiên, giúp che giấu sẹo tốt hơn. Do đó, đây là phương pháp tốt thường được lựa chọn để điều trị các CMN vùng mặt. [3]Trên thế giới và Việt Nam có rất nhiều tác giả nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh nhưng chủ yếu là nơ vi hắc tố nói chung của cơ thể mà không tập trung vào vùng mặt. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt bằng phương pháp giãn da tự nhiên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 40 bệnh nhân nhằm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, trong đó có 8 bệnh nhân tiến cứu và 32 bệnh nhân được hồi cứu qua hồ sơ bệnh án tại khoa Phẫu thuật tạo hình-Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn thời gian từ tháng 7/2015 đến tháng 7/2020. Thực hiện phẫu thuật cho 21/40 bệnh nhân bằng phương pháp giãn da tự nhiên nhằm đánh giá kết quả điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được khám, lấy số liệu theo một bệnh án nghiên cứu mẫu bao gồm:

- Hỏi bệnh và khám lâm sàng: tuổi, giới, tuổi phát hiện bệnh, tiền sử gia đình, số lượng, vị trí, màu sắc, kích thước, độ rậm lông của nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt.
- Tiến hành phẫu thuật: tuổi bắt đầu phẫu thuật, số lần phẫu thuật, vị trí đường rạch da, các phương pháp phối hợp.
- Theo dõi kết quả phẫu thuật:

+ Kết quả gần (10-14 ngày sau mổ).

Bảng 2.1. Thang điểm đánh giá kết quả điều trị gần.

	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Tình trạng chảy máu	Chảy máu nhiều	Chảy máu ít	Không chảy máu
Tình trạng nhiễm trùng	NT toàn thân	NT tại chỗ	Không NT
Tình trạng hoại tử	>1cm	<1cm	Không hoại tử
Tình trạng liền sẹo	Không liền	Chậm liền	Liền tốt
Co kéo hốc tự nhiên (mắt, mũi miệng)	Nhiều	Ít	Không co kéo

Xếp loại kết quả gần: tốt (14-15điểm), trung bình (11-13điểm), kém (5-10điểm).

+ Kết quả xa (3 - 6 tháng sau mổ)

Bảng 2.2. Thang điểm đánh giá kết quả điều trị xa (sau 3-6 tháng)

	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Tình trạng sẹo	Lồi, quá phát	Giãn >2mm	Mảnh <2mm
Co kéo hốc tự nhiên	Nhiều	Ít	Không co kéo
Mức độ hài lòng	Kém hài lòng	Trung bình	Nhiều

Xếp loại kết quả xa: tốt (8-9 điểm), trung bình (6-7 điểm), kém (3-5 điểm).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 40 bệnh nhân nghiên cứu có 19 nam (47,5%) và 21 nữ (52,5%). Độ tuổi trung bình là 7,48±5.88 tuổi, không có yếu tố gia đình, hầu hết được phát hiện ngay sau sinh (95%). 38 bệnh nhân (95%) chỉ có 1 CMN vùng mặt, 2 bệnh nhân có 2 CMN vùng mặt (5%), tổng cộng có 42 CMN.

CMN thường có các đặc điểm: hình dạng tròn tới bầu dục (69%), màu đen (78,6%), rậm lông (71,4%), gồ lên mặt da (50%), gặp nhiều ở má (64,3%).

Bảng 3.1. *Các đặc điểm của CMN vùng mặt (n=42).*

Đặc điểm		Số CMN	Tỉ lệ (%)
Màu sắc	Đen	33	78,6
	Nâu	7	16,7
	Xanh	2	4,7
Hình dạng	Tròn	10	23,8
	Bầu dục	19	45,2
	Không xác định	13	31,0
Độ rậm lông	Nhiều	15	35,7
	Ít	15	35,7
	Bình thường	12	28,6
Độ gồ	Gồ lên	21	50
	Phẳng	21	50
Kích thước (cm)	<=3cm	23	54,8
	>3cm, <=12cm	14	33,3
	>12cm	5	11,9
Vị trí nơ vi	Trán	14	33,3
	Mũi	7	16,7
	Mắt	13	31,0
	Má	27	64,3
	Môi trên	3	7,1
	Môi dưới	2	4,8
	Cằm	2	4,8
	Tai	3	7,1
	Cổ	1	2,4
Chiếm số đơn vị giải phẫu vùng mặt	1 đơn vị	24	57,1
	2 đơn vị	12	28,6
	>=3 đơn vị	6	14,3

Không phát hiện các dấu hiệu bất thường, biến đổi ác tính của nơ vi. 21 bệnh nhân với 22 khối nơ vi được điều trị bằng phương pháp giãn da tự nhiên. 100% bệnh nhân muốn điều trị với lí do thẩm mỹ. Bệnh nhân bắt đầu được phẫu thuật trước 6 tuổi chiếm 47,6%, trước 15 tuổi chiếm 90,5%. Khoảng thời gian trung bình giữa 2 lần phẫu thuật liên tiếp là 7,8 tháng. Trong 11 nơ vi cần hơn 1 lần phẫu thuật, 72,8% tổn thương được cắt bỏ từ phía ngoại vi. 19 nơ vi đã được loại bỏ hoàn toàn thượng tổn.

Bảng 3.2. Số lần phẫu thuật để loại bỏ hoàn toàn thương tổn (n=19).

Số lần phẫu thuật	Số nơ vi	Tỉ lệ (%)
1 lần	11	57,9
2 lần	5	26,3
3 lần	2	10,5
4 lần	1	5,3

Kết quả gần được theo dõi, đánh giátrong 36 lần phẫu thuật trên 22 nơ vi. Không trường hợp nào có biến chứng chảy máu, nhiễm trùng, hoặc hoại tử. Có 8,3% trường hợp chậm liền vết mổ, về tình trạng biến dạng gần ngay sau mổ, có 8,3% trường hợp biến dạng mức độ nhiều, 19,5% trường hợp biến dạng mức độ ít. Kết quả gần đạt tốt với 33/36 (91,7%) trường hợp, đạt trung bình với 3/36 (8,3%) trường hợp, không có trường hợp đạt kết quả kém.

Bảng 3.3. Kết quả gần (n=36).

Kết quả gần		Số lần phẫu thuật	Tỉ lệ (%)
Tình trạng liền thương	Liền tốt	33	91,7
	Chậm liền	3	8,3
Tình trạng biến dạng gần	Nhiều	3	8,3
	Ít	7	19,5
	Không biến dạng	26	72,2
Xếp loại kết quả	Tốt	33	91,7
	Trung bình	3	8,3

Kết quả xa (3-6 tháng) được theo dõi, đánh giá trong 18/19 nơ vi đã được loại bỏ hoàn toàn thương tổn. Một số biến chứng xa được thấy như sẹo giãn > 2mm (11,1%), co kéo hốc tự nhiên mức độ ít (11,1%). 83,3% trường hợp bệnh nhân và/ hoặc bố mẹ bệnh nhân cảm thấy hài lòng nhiều, 16,7 % trường hợp hài lòng mức độ trung bình. Xếp loại kết quả đạt tốt với 16/18 (88,9%) trường hợp, trung bình với 2/18 (11,1%) trường hợp, không có trường hợp đạt kết quả kém.

Bảng 3.5. Kết quả xa 3-6 tháng sau phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn thương tổn (n =18).

Kết quả xa		Số nơ vi	Tỉ lệ (%)
Tình trạng sẹo	Mảnh <2mm	16	88,9
	Giãn >2mm	2	11,1
Tình trạng co kéo	Không co kéo	16	88,9
	Ít	2	11,1
Mức độ hài lòng	Nhiều	15	83,3
	Trung bình	3	16,7
Xếp loại kết quả	Tốt	16	88,9
	Trung bình	2	11,1

IV. BÀN LUẬN

Gần một nửa (47,6%) các bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật lần đầu trước 6 tuổi, trước khi trẻ đi học và hầu hết các bệnh nhân (90,5%) đều bắt đầu được phẫu thuật trước 15 tuổi. Bệnh nhân được điều trị từ khá sớm, có thể giải thích do khối nơ vi vùng mặt gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng nhiều đến tâm lí của bệnh nhân và gia đình. Một nghiên cứu vấn đề tâm lí trên 29 trẻ mắc GCMN[4] cho thấy hầu hết các bà mẹ (69%) cảm thấy thật tồi tệ khi sinh ra một đứa trẻ có GCMN. Với trẻ lớn, một số bất thường tâm lí liên quan đến GCMN cũng đã được phát hiện.

Không có yếu tố gia đình liên quan đến nơ vi được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Các báo cáo về nơ vi hắc tố bẩm sinh có tính chất gia đình trên thế giới hầu hết cũng chỉ dừng lại ở những ca lâm sàng đơn lẻ: Voigtlander (1974), Hecht (1981), Robert de Wijin (2009). Các báo cáo này đều không cho thấy sự liên quan rõ ràng về giới tính, không có sự khác biệt giữa nam và nữ khiến cho giả thuyết di truyền theo nhiễm sắc thể X ít có khả năng xảy ra. Các trường hợp cặp song sinh cùng trứng nhưng chỉ có một người xuất hiện nơ vi hắc tố bẩm sinh cũng đã được báo cáo.

Hầu hết bệnh nhân (95,0%) đều được phát hiện nơ vi hắc tố bẩm sinh ngay sau sinh. Chỉ có 2 trường hợp (5,0%) được phát hiện trong 1 năm đầu đời, cụ thể được phát hiện trong vòng 1 tuần đầu đời. Y văn cũng chỉ ra CMN thường xuất hiện từ lúc mới sinh. Một số trường hợp CMN không xuất hiện ngay sau sinh, nhưng trở nên rõ ràng trong hai đến ba năm đầu đời, chúng được gọi là CMN muộn.[1] Changchien[5] đã giải thích sự xuất hiện muộn này có thể do sự tổng hợp melanin chưa đủ kèm theo kích thước thương tổn nhỏ làm cho các thương tổn này chưa được phát hiện từ lúc mới sinh.

Nơ vi có màu đen là màu chiếm chủ yếu (78,6%) trong nghiên cứu của chúng tôi, tiếp đó là màu nâu (16,7%). Nghiên cứu khác tại Việt Nam như của Trần Thị Diệu Linh[2] cho kết quả tương tự chúng tôi. Nghiên cứu trên quần thể người da trắng lại cho kết quả khác. Changchien và cộng sự[5] lại bắt gặp nơ vi có màu nâu trong 95% thương tổn, màu đen gặp ở 25% thương tổn. Theo chúng tôi, sự khác biệt về màu sắc nơ vi trong nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu tại Việt Nam với nghiên cứu trên quần thể người da trắng có thể là do sự khác biệt về màu da giữa các chủng tộc.

71,4% các trường hợp có khối nơ vi rậm lông vừa hoặc nhiều. Kết quả này tương đồng kết quả của Trần Thị Diệu Linh[2] với 70,9% các trường hợp có rậm lông ở các mức độ. Chúng tôi nhận thấy tất cả các CMN rậm lông nhiều đều có màu đen, và ngược lại, có đến 78,8% nơ vi có màu đen rậm lông. Tỉ lệ rậm lông nhiều trong nhóm nơ vi kích thước <=3cm là 8,7%, trong khi tỉ lệ này ở nhóm kích thước >12cm là 80%. Điều này gợi ý một sự liên quan giữa kích thước và màu sắc với độ rậm lông của nơ vi.

Tỉ lệ nơ vi gồ lên so với mặt da là 50%. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của Trần Thị Diệu Linh[2] là 75%, của Kinsler[6] là 64%. Các tác giả này đều nghiên cứu trên đối tượng có nơ vi chung trên cơ thể, còn nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập chung vào đối tượng có nơ vi vùng mặt, có thể đây là lí do dẫn đến sự khác biệt. Tình trạng gồ lên của nơ vi được giải thích là do mật độ tế bào nơ vi cao, tập trung nhiều ở trung bì, đẩy lồi thượng bì lên trên. Lúc mới sinh, nơ vi có thể bằng phẳng, sau một vài năm mới hơi gồ nhẹ lên, cùng với ranh giới rõ hơn và màu sắc đậm hơn. Lyon gọi đây là hiện tượng làm đầy (fill-in)[1].

Tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi về các dấu hiệu bất thường của khối nơ vi. Chúng tôi không phát hiện dấu hiệu bất thường nào như: loét, chảy máu kéo dài, đau hay rụng lông… Các báo cáo cũng cho thấy nguy cơ ung thư hắc tố của CMN chủ yếu xảy ra ở vùng thân, hiếm khi được tìm thấy ở vùng mặt[6,7]. Nghiên cứu tại trung tâm y tế đại học New York về GCMN[7], kết quả có 10/205 (4,9%) bệnh nhân được chẩn đoán ung thư hắc tố. Trong đó có 9 trường hợp xuất hiện ở thân mình, 1 trường hợp xuất hiện tại chi, không có trường hợp nào xuất hiện trên vùng mặt. Đây có thể là tín hiệu mừng cho các bệnh nhân có nơ vi vùng mặt.

19 khối đã phẫu thuật hết hoàn toàn, trong đó 11 khối phẫu thuật trong 1 lần, 5 khối phẫu thuật trong 2 lần, 2 khối phẫu thuật trong 3 lần và 1 khối cắt hết trong 4 lần. Có 10/11 nơ vi phẫu thuật 1 lần có kích thước ≤ 3cm, 4/5 nơ vi phẫu thuật 2 lần có kích thước thuộc nhóm 3-12cm, 3 khối phẫu thuật trên 3 lần đều có kích thước thuộc nhóm 3-12cm. Có quan điểm cho rằng chỉ nên sử dụng phương pháp cắt thu nếu nơ vi có thể được cắt bỏ sau 3 tới 4 lần phẫu thuật[3]. Nếu phải phẫu thuật nhiều hơn thì nên sử dụng hoặc kết hợp với vạt giãn tổ chức. Kết quả nghiên cứu của Gur và Zyker[8]: với nhóm kích thước <=3cm thường cần phẫu thuật 1 lần, 3-12cm thường cần 1-2 lần phẫu thuật, >12cm thường cần trên 3 lần phẫu thuật. Các tổn thương thuộc nhóm kích thước 3-12cm của

chúng tôi hầu hết cần tới 2-3 lần phẫu thuật, nhiều hơn so với Gur và Zyker. Có thể giải thích do chúng tôi chỉ sử dụng phương pháp giãn da tự nhiên, còn nhóm bệnh nhân của Gur và Zyker có sử dụng cả các phương pháp khác như ghép da, đặt túi giãn da…

11 nơ vi cần hơn 1 lần để loại bỏ hoàn toàn tổn thương. 8/11 (72,8%) khối được tiến hành cắt từ phía ngoại vi của tổn thương, 3/11 khối (27,2%) được cắt từ phía trung tâm. Theo Breuninger, nhược điểm của phương pháp cắt từ trung tâm là phần ngoại vi còn lại của nơ vi sẽ bị kéo căng. Khi đường cắt bỏ nơ vi được đặt ở phía ngoại vi của nơ vi, thì việc kéo căng vùng da lành sẽ hiệu quả hơn.

Khoảng thời gian trung bình giữa 2 lần phẫu thuật liên tiếp trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,8 tháng. Phương pháp giãn da tự nhiên chỉ cần khoảng cách giữa 2 lần khoảng 3-6 tháng có thể thực hiện được lần tiếp theo. Khi nhận thấy còn da lành xung quanh thì có thể thực hiện được kĩ thuật này. Thực tế, khoảng thời gian ngắn nhất giữa 2 lần phẫu thuật liên tiếp trong nghiên cứu của chúng tôi là 3 tháng, ngay khi thấy da xung quanh đã giãn tốt, chúng tôi tiến hành phẫu thuật lần tiếp theo. Bên cạnh đó cũng có trường hợp 12 tháng sau mới phẫu thuật lần kế tiếp. Những trường hợp này do bệnh nhân không thu xếp được thời gian. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có nhiều trẻ trong độ tuổi đi học, vì vậy bệnh nhân thường đến với chúng tôi vào các dịp nghỉ hè. Có thể đây là lí do làm cho khoảng thời gian trung bình giữa 2 lần phẫu thuật liên tiếp trong nghiên cứu của chúng tôi lại kéo dài (7,8 tháng).

Trong 36 lần phẫu thuật cho kết quả tốt trong 33 lần (91,7%), 3 lần (8,3%) cho kết quả trung bình và không có trường hợp nào có kết quả kém. 3 trường hợp chậm liền vết mổ xảy ra trong 2 khối nơ vi (1 khối chẩm liền trong 2 lần phẫu thuật). Đây là 2 khối nơ vi có kích thước lớn, mỗi lần phẫu thuật đều lấy bỏ một lượng tổn thương lớn. Do đó vết mổ sau khi khâu đóng có tình trạng bị căng. Tình trạng co kéo hốc tự nhiên xảy ra ở các khối nơ vi nằm trên nhiều đơn vị giải phẫu của mặt và gần các hốc tự nhiên như mắt, mũi, miệng. Có thể thấy,kết quả phẫu thuậtgần hầu hết là liền thương tốt, không có các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng hay hoại tử vết mổ, tỉ lệ co kéo tổ chức không lớn. Như vậy đây là kỹ thuật hiệu quả cao, ít biến chứng mà chỉ cần dựa trên tính chun gian của da, lại là phẫu thuật chi phí thấp, kỹ thuật đơn giản.

Kết quả xa được đánh giá trên 18 khối nơ vi đã được loại bỏ hoàn toàn tổn thương: kết quả tốt trong 16 trường hợp (88,9%), kết quả trung bình trong 2 trường hợp (11,1%), không có trường hợp nào cho kết quả kém khi theo dõi xa. Hầu hết đều có tình trạng sẹo vết mổ đẹp, 2 trường hợp sẹo giãn >2mm cũng chính là 2 trường hợp chậm liền vết mổ do căng khi khâu đóng. Tình trạng co kéo các cơ quan cũng giảm từ nhiều thành ít, hoặc từ ít thành không co kéo. Điều này chứng tỏ tính chun giãn của da rất tốt và có thể phục hồi theo thời gian.

V. KẾT LUẬN

Nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt thường xuất hiện ngay sau sinh, không có tính chất gia đình với đặc điểm nhận dạng thường gặp: màu đen, hình dạng từ tròn đến bầu dục, có lông trên bề mặt, gồ lên so với mặt da. Giãn da tự nhiên là phương pháp dựa trên tính chun giãn của da, kỹ thuật đơn giản, chi phí thấp, kết quả điều trị gần cũng như theo dõi xa cho thấy đây là kỹ thuật hiệu quả cao, ít biến chứng, là một lựa chọn tốt cho các phẫu thuật viên khi điều trị các khối nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt. Tuy nhiên kỹ thuật cần sự kiên trì của cả bệnh nhân cùng phẫu thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lyon VB.** Congenital melanocytic nevi. Pediatric clinics of North America. Oct 2010. 57(5):1155-1176. doi:10.1016/j.pcl.2010.07.005.
2. **Linh TTD.** Khảo sát đặc điểm Nơ-vi hắc tố bẩm sinh. 2018. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Thuận ĐĐ**. Kỹ thuật giãn da tự nhiên trong phẫu thuật tạo hình những tổn thương vùng mặt ở trẻ em. Y học Việt Nam. 2007.
4. **Koot HM,** de Waard-van der Spek F, Peer CD, Mulder PG, Oranje AP. Psychosocial sequelae in 29 children with giant congenital melanocytic naevi. Clinical and experimental dermatology. Nov 2000. 25 (8): 589-593. doi:10.1046/j.1365-2230. 2000. 00712.x.
5. **Changchien L, Dusza SW, Agero AL, et al.** Age- and site-specific variation in the dermoscopic patterns of congenital melanocytic nevi: an aid to accurate classification and assessment of melanocytic nevi. Archives of dermatology. Aug 2007. 143(8):1007-1014. doi:10.1001/ archderm. 143.8.1007.
6. **Kinsler VA, Birley J, Atherton DJ.** Great Ormond Street Hospital for Children Registry for congenital melanocytic naevi: prospective study 1988-2007. Part 1-epidemiology, phenotype and outcomes. The British journal of dermatology. Jan 2009. 160(1):143-150. doi:10.1111/j.1365-2133.2008.08849.x.
7. **Hale EK, Stein J, Ben-Porat L, et al.** Association of melanoma and neurocutaneous melanocytosis with large congenital melanocytic naevi--results from the NYU-LCMN registry. The British journal of dermatology. Mar 2005. 152(3):512-517. doi:10.1111/ j.1365-2133.2005.06316.x.
8. **Gur E, Zuker RM.** Complex facial nevi: a surgical algorithm. Plastic and reconstructive surgery. Jul 2000. 106 (1): 25-35. doi: 10.1097/ 00006534-200007000-00005.

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN LÂM SÀNG, X QUANG NGỰC GIỮA HAI NHÓM BỆNH NHÂN LAO PHỔI KHÁNG ISONIAZID CÓ ĐỘT BIẾN GEN katG VÀ inhA

Đặng Vĩnh Hiệp*, Nguyễn Thiện Nhân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu về sự khác biệt lâm sàng và XQ của hai nhóm (đột biến gen katG và inhA) rất quan trọng cho việc điều trị cũng như dự phòng bệnh lao phổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 168 đối tượng là bệnh nhân lao phổi kháng Isoniazid được chẩn đoán và điều trị tại phòng khám, các khoa nội trú bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, TP Hồ Chí Minh, thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2020. Các bệnh nhân được xét nghiệm đột biến gen kháng thuốc katG và inhA, chia thành 02 nhóm và đánh giá về lâm sàng cũng như hình ảnh XQ phổi. **Kết quả:** Không có sự khác nhau về tuổi, giới tính giữa hai nhóm, p>0,05. Hút thuốc lá, tiền sử điều trị Lao Phổi ở cả hai nhóm bệnh khảo sát là không khác biệt (p>0,05). Nhóm Hr-katG có thời gian mắc bệnh dài hơn nhóm Hr-inhA, p<0,05. Không có khác biệt về triệu chứng lâm sàng giữa 02 nhóm, p>0,05. Vị trí Phổi tổn thương, mức độ tổn thương, tổn thương hang trên X quang của hai nhóm mang đột biến katG và inhA không có khác biệt (p>0,05). Tổn thương đám mờ dạng đông đặc phân bố khác nhau ở hai nhóm với OR=3,356 [CI-95%=1,577-7,144], p<0,05. Tổn thương xơ có phân bố khác nhau ở hai với OR = 2,031 [CI-95%=1,008-4,095], p<0,05. **Kết luận:** lao phổi kháng INH có đột biến gen katG và inhA là thường gặp và biểu hiện kiểu hình lâm sàng và XQ phổi có nhiều điểm khác biệt.

Từ khóa: Lao phổi, lao kháng thuốc, kháng INH có katG, inhA…

SUMMARY

RESEARCH OF RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL PRESENTATION AND CHEST XRAY OF INH-RESISTANT TUBERCULOSIS WITH katG AND inhA MUTATIONS

Purpose: Study for the differences between clinical symptoms and chest xray of the two groups (katG and inhA mutations) in the tuberculosis. **Objective and method**: A prospective, cross-sectional study of 168 INH – resistant TB patients were diagnostic and treatment at Pham Ngoc Thach Hospital, Ho Chi Minh City, from January 2019 to June 2019. All patient divided two groups (katG and inhA mutations). We collected clinical data, laboratory tests and chest X-ray signs according base on medical records. Analysis of algorithm data base on statistical software and give results to research objectives. **Results:** There was no difference between the age and sexes from two groups, p> 0.05. Smoking history, treatment TB in previous time in both groups surveyed had not different (p> 0.05). Long – time illness was common in the Hr-katG group, than the Hr-inhA group, p <0.05. There was no difference in signs of clinical symptoms in both groups, p> 0.05. Location of lesion, levels of suspition of lesions, and cavitation lesions on chest Xray of the two groups with katG and inhA mutations had no difference (p> 0.05). Consolidation was distributed differently in two groups with OR = 3,356 [CI-95% = 1,577-7,144], p <0.05. Interstitial zone lesion had different distributions in two groups with OR = 2.031 [CI-95% = 1.008-4.095], p <0.05. **Conclusion**: INH- Resistant TB with katG and inhA mutations was common, in addition to clinical presentation and chest xray features difference.

Keyword: Tuberculosis, INH –resistant TB, katG, inhA…

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình hình dịch tễ bệnh Lao phổi ở Việt Nam hiện còn rất cao với ước tính năm 2017 có khoảng 180.000 người mắc Lao phổi mới và 12.000 người chết do Lao phổi. Tỷ lệ hiện mắc Lao phổi khoảng 289/100.000 dân. [1].

"Kháng thuốc" là khi vi trùng lao trong cơ thể chúng ta kháng – chống lại với một hay nhiều loại thuốc lao. INH là thuốc quan trọng trong kiểm soát Lao, kháng INH không đa kháng trở nên phổ biến trên toàn cầu, tỷ lệ kháng INH đơn thuần (thậm chí còn cao hơn bệnh lao đa kháng) có thể ảnh hưởng đến phác đồ phòng ngừa có sử dụng INH đối với toàn dân số**.**Kiểu hình kháng INH có liên quan một số đột biến (tại thời điểm viết, có 22 đột biến đã được ghi nhận) [2]. Đột biến inhA thường tạo ra kiểu hình kháng thuốc "nhẹ hơn" so với đột biến katG. kháng INH thường gặp nhất do đột biến gen katG315, và những đột biến này có liên quan đến kháng đa thuốc và kháng nhiều thuốc, trong khi đó các đột biến inhA ít gặp hơn và chỉ liên quan đến kháng SM. Cả hai đột biến katG315 và inhA đều làm tăng nguy cơ tái phát [4]. Vì vậy việc đánh giá các đặc điểm lâm sàng và XQ ngực thẳng của hai nhóm là rất quan trọng trong việc điều trị, dự phòng theo chương trình chống lao.

**Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch,*
***Bệnh viện Lao Phạm Ngọc Thạch*
Chịu trách nhiệm: Đặng Vĩnh Hiệp,
Email: hiepdv@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 5/10/2020
Ngày phản biện khoa học: 22/10/2020
Ngày duyệt bài 11/11/2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu bao gồm 168 đối tượng là bệnh nhân lao phổi kháng Isoniazid được chẩn đoán và điều trị tại phòng khám, các khoa nội trú bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, TP Hồ Chí Minh, thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2020.

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

Quy trình nghiên cứu: 168 BN được chia thành 02 nhóm, nhóm 1 (N1) chứa đột biến gen katG315 với 114 BN, nhóm 2 chứa đột biến gen inhA với 54 BN. Tiến hành thu thập các số liệu về lâm sàng, dấu hiệu XQ theo mẫu bệnh án. Phân tích số liệu theo phần mềm phần mềm SPSS 22 và đưa ra kết quả theo mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng:

- Tuổi và giới

Bảng 3. 1. *Phân bố nhóm tuổi ở các đối tượng nghiên cứu*

Nhóm tuổi	katG (N1)		inhA (N2)		Chung	
	n	%	N	%	N	%
15-24	10	8,8	6	11,1	16	9,5
25-34	21	18,4	7	13,0	28	16,7
35-44	20	17,5	7	13,0	27	16,1
45-54	16	14,0	9	16,7	25	14,9
55-64	18	15,8	10	18,5	28	16,7
65-74	20	17,5	9	16,7	29	17,3
≥ 75	9	7,9	6	11,1	15	8,9
Tổng	114	100%	54	100%	168	100%

Nhận xét: Bệnh nhân Lao Phổi Hr thường gặp ở khoảng tuổi kéo dài từ 25 đến dưới 75 tuổi, có 47,7% trong độ tuổi 25 - 55.

Bảng 3. 2. *Phân bố giới tính ở các đối tượng nghiên cứu*

Giới tính	katG (N1)		inhA (N2)		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Nữ	35	30,7	11	20,4	46	27,4
Nam	79	69,3	43	79,6	122	72,6
Tổng	114	100%	54	100%	168	100%

Nhận xét: Lao Phổi Hr thường gặp ở nam, có 122 trường hợp, chiếm tỷ lệ 72,6%. Bệnh nhân Lao Phổi Hr-inhA có 27,4% nữ thấp hơn so với nhóm katG.

- Hút thuốc lá và tiền sử Lao Phổi

Bảng 3.3. *Tình trạng hút thuốc lá ở BN Lao Phổi Hr-katG và Hr-inhA* *Kiểm định χ^2

		N1		N2		p*
		n	%	n	%	
Hút thuốc	**Không**	27	23,7	17	31,5	0,283
	Có	87	76,3	37	68,5	
Tổng		114	100%	54	100%	168

Nhận xét: Hút thuốc lá là thói quen ở cả hai nhóm bệnh khảo sát và sự phân bố là không khác biệt (p>0,05).

Bảng 3.4. *Phân bố tiền sử lao phổi ở BN Hr có đột biến katG và inhA* *Kiểm định χ^2

		N1		N2		p*
		n	%	n	%	
Tiền sử Lao Phổi	**Không**	84	73,7	41	75,9	0,756
	Có	30	26,3	13	24,1	
Tổng		114	100%	54	100%	168

Nhận xét: Không có khác biệt về tiền sử điều trị Lao Phổi trong hai nhóm katG và inhA (p>0,05).

- Thời gian mắc bệnh

Bảng 3.5. *Thời gian bệnh ở BN Lao Phổi Hr-katG và Hr-inhA*

	N1 (n=107)	N2 (n=51)	p*
Trung bình	46.48	33.8	**0,023**
Trung vị	30.00	30.00	
Độ lệch chuẩn	36.868	27.711	

Nhỏ nhất	2	4	
Lớn nhất	180	150	

*Phép kiểm Mann Whitney U và Wilcoxon rank sum

Nhận xét: So với Lao Phổi Hr-inhA, thời gian bệnh của nhóm Hr-katG kéo dài hơn có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

- Triệu chứng lâm sàng

+ Triệu chứng toàn thân, triệu chứng cơ năng, cũng như 10 TH tình cờ phát hiện bệnh (không biểu hiện triệu chứng) của các BN Lao Phổi Hr có đột biến gen katG hoặc inhA khác biệt không có ý nghĩa (p>0,05).

Bảng 3.6. *Triệu chứng thực thể ở BN Lao Phổi Hr-katG và Hr-inhA* *Kiểm định χ^2

	N1 (n=114)		N2 (n=54)		p*
	n	%	n	%	
HC 3 giảm	10	8,8	3	5,6	0,553
HcTKMP	2	1,8	0	0,0	0,459
HC đông đặc	24	21,1	13	24,1	0,659
Ran nổ	46	40,4	21	38,9	0,857
Ran ẩm	20	17,5	10	18,5	0,878
Ran tắc nghẽn	15	13,2	13	24,1	0,076
HC Hang	12	10,5	5	9,3	0,799

Nhận xét: Các biểu hiện triệu chứng thực thể ở hai nhóm BN Lao Phổi Hr-katG, và Hr-inhA trong nghiên cứu là không khác biệt (p>0,05).

3.2. Đặc điểm XQ ngực thẳng:

Bảng 3.7. *Vị trí Phổi và thùy phổi tổn thương của BN Lao Phổi Hr-katG và Hr-inhA* *Kiểm định χ^2

	N1		N2		p*
	n	%	n	%	
Phổi (P)	20	17,5	12	22,2	0,771
Phổi (T)	18	15,8%	8	14,8%	
Cả hai Phổi	76	66,7%	34	63%	
Tổng	114	100%	54	100%	168

Nhận xét: Phân bố vị trí Phổi tổn thương và các thùy phổi tổn thương của hai nhóm NC kaG và inhA thì không có khác biệt (p>0,05).

Bảng 3.8. *Tổn thương XQ ngực ở hai nhóm Lao Phổi Hr-katG và inhA* *Kiểm định χ^2

	N1 (n=114)		N2 (n=54)		p*
	n	%	n	%	
TDMP	10	8,8%	3	5,6%	0,491
TKMP	4	3,5%	3	5,6%	
TD-TKMP	4	3,5%	0	0,0%	
Kê	00	0,0%	00	0,0%	
Nốt	44	38,6%	16	29,6%	0,257
U	00	0,0%	2	3,7%	0,102
Hang	43	37,7%	21	38,9%	0,884
Đông đặc	17	14,9%	20	37%	**0,001**
Thâm nhiêm	112	98,2%	51	94,4%	0,329
Xơ	50	43,9%	15	27,8%	**0,046**
Xẹp Phổi	7	6,1%	5	9,3%	0,526

Nhận xét: Tổn thương đám mờ dạng đông đặc phế nang, tổn thương xơ có phân bố khác nhau ở hai nhóm BN Lao Phổi Hr-katG và inhA (p<0,05), tỷ suất chênh OR lần lượt là 3,356, KTC 95% [1,577-7,144], 0,492, KTC 95% [0,244-0,992]. Tổn thương hang của cả hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p< 0,05). Tổn thương xơ có phân bố khác nhau ở hai nhóm BN Lao Phổi Hr-katG và inhA với OR=2,031 [CI-95%=1,008-4,095], p<0,05.

Bảng 3.9. *Mức độ tổn thương XQ của hai nhóm đột biến katG và inhA* *Kiểm định χ^2

	N1 (n=114)		N2 (n=54)		p*
	n	%	n	%	
Hẹp	56	49,1	25	46,3	0,732

Vừa	31	27,2	18	33,3	0,413
Rộng	27	23,7	11	20,4	0,632

Nhận xét: Không có sự khác biệt khi so sánh tỷ lệ phân bố các mức độ tổn thương XQ ngực ở hai nhóm BN Lao Phổi Hr-katG và inhA (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Đột biến gen kháng INH liên quan đến mức độ kháng thuốc. Đột biến katG có liên quan với kháng thuốc ở mức độ cao và inhA ở mức độ thấp với 65,6% so với 22,7%. Đột biến kháng thuốc có liên quan đến các mức độ kháng thuốc và lây truyền khác nhau [5]

Mai N. T. Huyen, Frank G. J. Cobelens [4], khảo sát đặc điểm tuổi giới ở 171 bệnh nhân lao phổi kháng INH có đột biến KatG và cho thấy nam giới gặp nhiều hơn nữ giới (120 nam và 51 nữ). Khi phân tích theo nhóm tuổi thấy nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 25 – 50 tuổi. trong 64 bệnh nhân lao phổi kháng INH có đột biến gen inhA tác giả cũng gặp nam giới nhiều hơn nữ (46 BN nam so với 18 BN nữ); nhóm tuổi gặp nhiều cũng từ 25 tuổi đến trên 50 tuổi, tương tự kết quả của chúng tôi.

Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ cũng là một nguyên nhân chính gây bệnh phổi, hút thuốc lá có thể làm nhiều bệnh lý, trong đó có bệnh hen suyễn, ung thư phổi và bệnh lao tồi tệ hơn. Việc đã điều trị lao phổi trước đó cũng làm cho việc kháng thuốc có tỷ lệ cao hơn và khó điều trị hơn. Trong nhóm BN chúng tôi nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN có tiền sử hút thuốc là và điều trị lao phổi trước đó không có sự khác biệt giữa 02 nhóm.

Thời gian mắc bệnh, nhóm kháng INH do đột biến gen katG315 thường kéo dài hơn so với nhóm kháng INH do đột biến inhA. Điều này có thể giải thích như sau: INH được kích hoạt bởi men peroxidase catalase, được mã hóa bởi katG. Đột biến KatG dẫn đến kháng INH mức cao (≥1,0 µg/ml trong thạch 7H10). Gen inhA mã hóa một protein reductase vận chuyển acyl enoyl tham gia vào quá trình tổng hợp axit béo. Các axit béo này hoạt hóa dẫn xuất INH. Đột biến thường dẫn đến kháng INH ở mức độ thấp (kháng 0,2 µg/ml INH trong thạch 7H10). Các đột biến KatG315 đã được chứng minh là có liên quan đến lao đa kháng và lây truyền lao [4].

Triệu chứng cơ năng, toàn thân và thực thể của 2 nhóm không có sự khác biệt.

Triệu chứng trên XQ là dấu hiệu quan trọng trong việc định hướng chẩn đoán cũng như theo dõi điều trị. Tỷ lệ tổn thương đông đặc trên XQ hay gặp nhóm có đột biến inhA, nhưng tỷ lệ xơ hóa hay gặp ở nhóm có đột biến katG, điều này có thể giải thích do thời gian mắc bệnh của nhóm đột biến katG thường lâu hơn nên tỷ lệ xơ hóa cao hơn.

Chúng tôi lý giải thêm cho sự tương đồng cũng như sự khác biệt về lâm sàng và XQ phổi của 2 nhóm bằng kết luận của 02 nghiên cứu có số lượng BN đông như sau.

Tác giả Mai Nguyệt Thu Huyền nghiên cứu cho thấy các đột biến kháng INH không có liên quan đến việc tuân thủ điều trị, mức độ kết quả đàm soi trước điều trị và mức độ bất thường XQ ngực trước điều trị. Cả hai đột biến katG315 và inhA đều liên quan chặt chẽ với tái phát, tỷ lệ nguy cơ tương ứng (HR) là 6,7 (95% CI 2,6-16,9) và 8,3 (95% CI 2,6-26,4). Tái phát cũng phổ biến ở những bệnh nhân mang các chủng có kiểu gen Bắc Kinh (HR 6.2) hoặc kháng SM (HR 4.0), và trong số những người có MDR-TB (HR 7.4) [4].

Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng, đột biến gen rpoB, katG và inhA của vi khuẩn trong lao phổi tái phát của tác giả Nguyễn Thu Hà thực hiện 177 bệnh nhân lao phổi tái phát bao gồm 53 bệnh nhân mang vi khuẩn nhạy cảm, 52 bệnh nhân mang vi khuẩn không kháng đa thuốc và 72 bệnh nhân mang vi khuẩn kháng đa thuốc, nghiên cứu có những kết luận như sau: Có sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở ba nhóm bệnh nhân Lao phổi tái phát có vi khuẩn nhạy cảm, không kháng đa thuốc, kháng đa thuốc và ở hai nhóm tái phát sớm, tái phát muộn. Nhóm có vi khuẩn kháng đa thuốc hay gặp ở độ tuổi từ 30-50. Ở cả hai nhóm kháng thuốc hình ảnh Xquang thường gặp là tổn thương có hang, số lượng hang nhiều, đường kính hang lớn và xét nghiệm AFB đàm trực tiếp thường gặp là 3 (+). Kháng đa thuốc gặp nhiều ở nhóm tái phát muộn hơn tái phát sớm. Lao kháng đa thuốc liên quan đến một số yếu tố: đường kính hang ≥ 2cm, tiền sử có dung SM, xét nghiệm AFB đàm trực tiếp vẫn (+) sau một tháng ở lần điều trị đầu [6].

V. KẾT LUẬN

Lao phổi kháng INH vẫn là gánh nặng bệnh tật không chỉ Việt Nam mà còn trên toàn thế giới. Ngày càng có nhiều đột biến gen liên quan đến kháng INH, trong đó có gen katG và inhA. Lao phổi kháng INH có đột biến gen katG và inhA là thường gặp và biểu hiện kiểu hình lâm sàng và XQ phổi có nhiều điểm khác biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2018)** Global Tuberculosis report. WHO, https:// apps.who.int/iris/handle/10665/274453, 8-37.
2. **Stagg HR., Lipman MC., McHugh TD (2017)** Isoniazid resistant tuberculosis- a cause for concern? Int J Tuberc Lung Dis. 21 (2): 129–139.
3. **Farhat MR, Sultana R, Iartchouk O, et al. (2016)** Genetic Determinants of Drug Resistance in Mycobacterium tuberculosis and Their Diagnostic Value.Am J Respir Crit Care Med.
4. **Mai Nguyệt Thu Huyền, Frank G. J. Cobelens et al. (2013)** Epidemiology of Isoniazid Resistance Mutations and Their Effect on Tuberculosis Treatment Outcomes.http: //dx.doi.org/ 10.1128 /AAC. 00077-13, Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 3620–3627.
5. **Fenner L, Egger M, Bodmer T, et al. (2012)** Effect of mutation and genetic background on drug resistance in Mycobacterium tuberculosis. Antimicrob Agents Chemother, 56(6): 3047–53.
6. **Nguyễn Thu Hà (2012)** Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng, đột biến gen rpoB, katG và inhA của vi khuẩn trong lao phổi tái phát. Đại học Y Hà Nội, LATS Y học 62.72.24.01.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA ĐIỀU TRỊ VINORELBIN METRONOMIC UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN TIẾN XA

Nguyễn Thị Thái Hòa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các tác dụng không mong muốn của Vinorelbine metronomic điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa. **Đối tượng và phương pháp:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ tiến triển sau điều trị hóa chất bước 1. Thiết kế: Nghiên cứu hồi cứu. Điều trị: Vinorelbine uống mỗi lần 50mg, tuần 2 -3 lần tùy thể trạng bệnh nhân và quyết định của thày thuốc. **Kết quả:** Tỷ lệ hạ Hgb là 39,1%, độ 3 chiếm 4,3%. Hạ bạch cầu 8,7%, hạ bạch cầu hạt 8,7%, không có hạ độ 3, 4. Tăng men gan 21,7%, độ 3 chiếm 4,3%. Tăng creatinin độ 1,2 chiếm 13%. Mệt mỏi 17,3%, độ 3 chiếm 4,3%. Táo bón 8,7%; tiêu chảy 4,3%. Không có tử vong, dừng điều trị do tác dụng không mong muốn. **Kết luận:** Vinorelbine metronomic an toàn cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa tiến triển sau hóa trị bước 1.

Từ khóa: Vinorelbine, metronomic, giai đoạn tiến xa, ung thư phổi không tế bào nhỏ.

SUMMARY

SIDE EFFECTS OF VINORELBINE METRONOMIC IN ADVANCED - STAGE NON - SMALL CELL LUNG CANCER

Objectives: To evaluate side effects of Vinorelbine metronomic in Advanced – stage Non – small cell Lung cancer after first – line chemotherapy progression. Patients: Advanced – stage Non – small cell Lung cancer patients progressed after first – line chemotherapy. **Subjects and method:** Retrospective study. Patients were given Vinorelbine 50mg twice or 3 times a week. **Results:** Anemia 39.1%, grade 3: 4.3%; leukopenia 8.7%, Neutropenia 8.7%; ALT –AST elevated in 21.7% patients; Grade 1-2 renal funtion: 13%; fatigue 17.3%; treatment interruption: 13%; No treatment related dead. **Conclusion:** Vinorelbine metronomic are safe in patients with Advanced – stage Non – small cell Lung cancer after first – line chemotherapy progression.

Key words: Vinorelbine, metronomic, Advanced – stage Non – small cell Lung.

Bệnh viện K trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thái Hòa
Email: bshoabvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/10/2020
Ngày phản biện khoa học: 31/10/2020
Ngày duyệt bài: 19/11/2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mục đích của điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa sau khi đã thất bại với điều trị bước một bằng hóa trị bộ đôi có platinum là kéo dài sống thêm, kiểm soát bệnh, kiểm soát triệu chứng, nâng cao chất lượng sống. Lúc này, bệnh nhân thường có thể trạng yếu, điều trị phối hợp nhiều thuốc không thích hợp và không cải thiện kết quả điều trị so với đơn trị liệu. Các hóa trị thường sử dụng để điều trị bước 2 là Docetaxel, Pemetrexed (đối với loại không phải tế bào vảy), gemcitabine. Vinovelbine là hóa chất thuộc nhóm Vinca alkaloid. Trong nghiên cứu TAX 326, Vinorelbin -Cisplatin được so sánh với Docetaxel- carboplatin điều trị bước 1 UTPKTBN giai đoạn tiến xa, cho hiệu quả tương đương, tuy nhiên phác đồ Docetaxel – Carboplatin dung nạp tốt hơn [1]. Trong thử nghiệm lâm sàng pha II (NAVoTRAL 01) được tiến hành tại 12 nước Châu Âu, nhóm tác giả Grossi F và cộng sự cũng đã so sánh lợi ích lâm sàng giữa Vinorelbine uống với Pemetrexed trong phác đồ kết hợp với Cisplatine, kết quả cho thấy Vinorelbine uống cho hiệu quả tương đương với Pemetrexed nhưng dễ sử dụng hơn, chi phí điều trị thấp hơn, tuy nhiên tác dụng không mong muốn nhiều hơn [2]. Hóa trị metronomic là cách thức điều trị liều dày, được ghi nhận có

nhiều cơ chế kháng u khác nhau bao gồm tác động trực tiếp, giảm tân tạo mạch máu, kích thích đáp ứng miễn dịch, làm giảm sự kháng hóa trị, giảm tác dụng không muốn, từ đó nâng cao hiệu quả của điều trị với độc tính tối thiểu [3,4]. Hóa trị Vinorelbine Metronomic đã được áp dụng điều trị UTPKTBN tại bệnh viện K từ hai năm nay. Với câu hỏi được đặt ra là bằng cách thức metronomic, các tác dụng không mong muốn của vinorelbine có được hạn chế không, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *"Đánh giá các tác dụng không mong muốn của điều trị sau bước 1 UTPKTBN giai đoạn tiến xa với Vinorelbine Metronomic".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, điều trị từ bước 2 bằng vinorelbine metronomic tại Bệnh viện K từ 1/2019 đến 6/2020

Tiêu chuẩn chọn:

– Chỉ số toàn trạng PS ≤ 3.

– Chức năng tủy xương, gan, thận trong giới hạn cho phép hóa trị.

– Không có tiền sử dị ứng với vinorelbine.

– Không mắc các bệnh cấp tính, mãn tính trầm trọng trong thời gian gần.

– Tiến triển sau ít nhất 1 bước điều trị hóa chất.

Tiêu chuẩn loại: di căn não

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

Phác đồ sử dụng trong nghiên cứu: Vinorelbine uống mỗi lần 50mg, tuần 2 -3 lần tùy thể trạng bệnh nhân và quyết định của thày thuốc.

Bệnh nhân được điều trị duy trì liên tục đến khi bệnh tiến triển hoặc xuất hiện tác dụng phụ không thể chấp nhận được, hoặc bệnh nhân từ chối điều trị tiếp.

Phương pháp tiến hành:

– Bệnh nhân được dung thuốc ngoại trú, khám lâm sàng mỗi 4 tuần hoặc khi bệnh nhân có các triệu chứng bất thường

– Làm xét nghiệm phân tích máu, sinh hóa đánh giá chức năng hệ tạo huyết, gan, thận

– Ghi nhận các tác dụng không mong muốn theo CTCAE4.0 [5]

Chọn mẫu: Thuận tiện

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân

Bảng 3.1*. Đặc điểm bệnh nhân*

Đặc điểm		N	%
Giới	Nam	16	69,6
	Nữ	7	30,4
Tuổi	<60	11	47,8
	≥ 60	12	52,2
ECOG	0,1	16	69,6
	2,3	7	30,4
Bước điều trị	Bước 2	11	47,8
	Sau bước 2	12	52,2
Số lần dùng/tuần	2 lần	7	30,4
	3 lần	16	69,6

Nhận xét: Tuổi trung bình 60,5 (33-81). Điều trị sau bước 2 chiếm 52,2%

3.2. Các tác dụng không mong muốn

Bảng 3.2. *Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết*

Tác dụng KMM	Độ 1, 2 (N/%)		Độ 3, 4 (N/%)	
Hạ Hgb	8	34,8	1	4,3
Hạ bạch cầu	2	8,7	0	0
Hạ bạch cầu trung tính	2	8,7	0	0
Sốt hạ bạch cầu	0	0	0	0
Hạ tiểu cầu	0	0	0	0

Nhận xét*:* tỷ lệ hạ Hgb là 39,1%; hạ bạch cầu 8,7%, hạ bạch cầu hạt 8,7%. Chỉ có 1 bệnh nhân có độc tính huyết học độ 3

Bảng 3.3. *Tác dụng không mong muốn gan, thận*

Tác dụng KMM	Độ 1, 2 (N/%)		Độ 3, 4 (N/%)	
Tăng men gan	4	17,4	1	4,3
Tăng creatinin	3	13,0	0	0

Nhận xét: Tăng men gan 21,7%, phần lớn ở độ 1,2. Suy thận độ 1 chiếm tỷ lệ 13%

Bảng 3.4. *Các tác dụng không mong muốn khác*

Tác dụng KMM	Độ 1, 2 (N/%)		Độ 3, 4 (N/%)	
Mệt	3	13,0	1	4,3
Nôn, Buồn nôn	0	0	0	0
Táo bón	2	8,7	0	0
Tiêu chảy	1	4,3	0	0
Rụng tóc	0	0	0	0

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn khác gồm mệt, táo bón, tiêu chảy đều ở độ 1,2. Có 3 bệnh nhân (13%) phải trì hoãn điều trị do tác dụng không mong muốn. Số bệnh nhân còn lại không phải trì hoãn. Không có bệnh nhân nào phải nhập viện hay tử vong do điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị hóa chất là sử dụng các thuốc hóa trị với mục đích điều trị ung thư. Bên cạnh tác dụng ức chế sự phát triển của các tế bào u thì các tác nhân hóa chất cũng gây ức chế những dòng tế

bào bình thường trong cơ thể từ đó gây ra các tác dụng không mong muốn của điều trị. Dù dùng theo đường uống hay đường tĩnh mạch thì hóa trị đều có thể gây ra các tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết và ngoài hệ tạo huyết. Vinorelbine là thuốc bán tổng hợp từ các alcaloid cây dừa cạn. Các tác dụng không mong muốn thường gặp của Vinorelbine là giảm bạch cầu, giảm bạch cầu hạt, thiếu máu, rối loạn tiêu hóa, mệt mỏi, tăng men gan, tăng creatinin [5]. Vinorelbin dạng uống thường gây nôn, buồn nôn, thiếu máu, hạ bạch cầu, rối loạn tiêu hóa. Trong khi đó vinorelbine truyền tĩnh mạch thường gây hạ bạch cầu hạt, thiếu máu, sụt cân, buồn nôn. Metronomic là điều trị hóa trị liều thấp, liên tục, chính vì vậy có thể giảm tác dụng không mong muốn của hóa trị theo cách cổ điển [3,4]. Theo C. Bilir, uống với liều 30mg mỗi tuần 3 lần hầu như không gây biến cố nặng trên nhóm bệnh nhân cao tuổi, thể trạng yếu hoặc có bệnh lý phối hợp [6]. Theo tác giả này, chỉ có 1 trong số 35 bệnh nhân phải nhập viện và không có bệnh nhân nào tử vong do tác dụng không mong muốn của điều trị. Trong nghiên cứu của Andrea Camerini, phần lớn các bệnh nhân đều cao tuổi, tuổi trung bình là 80, với liều vinorelbine là 50mg, uống 3 lần mỗi tuần, độc tính độ 3,4 rất hiếm gặp [7]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 16/23 (69,6%) bệnh nhân được dùng 3 lần /1 tuần, không ghi nhận phải nhập viện hay tử vong do điều trị, có 3/23 (13%) bệnh nhân có tác dụng không mong muốn độ 3 và phải trì hoãn điều trị. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả trên đây về độ an toàn của phác đồ, ngay cả trong nhóm bệnh nhân cao tuổi, thể trạng yếu hoặc có bệnh lý phối hợp.

Về tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết, trong nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu là thiếu máu, chiếm tỷ lệ 39,1%, trong đó có 1 trường hợp độ 3. Tỷ lệ hạ bạch càu và hạ bạch cầu hạt 8,7%, không có trường hợp nào sốt hạ bạch cầu và hạ tiểu cầu. Theo tác giả Emmanouil Kontopodis, tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3,4 lên tới 23,9% và sốt hạ bạch cầu 10,9%. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này tất cả các bệnh nhân đều được uống thuốc 3 lần/ 1 tuần và chủ yếu là điều trị từ bước 3 nên thể trạng bệnh nhân yếu hơn [8]. Kết quả của chúng tôi tương tự với Andrea Camerini, thiếu máu là độc tính huyết học chủ yếu chiếm 44,4%, hạ bạch cầu và bạch cầu hạt chiếm tỷ lệ rất thấp [7].

Các tác giả nước ngoài đều ghi nhận độc tính ngoài hệ tạo huyết chủ yếu là mệt; tiêu chảy, nôn, buồn nôn cũng có thể xảy ra nhưng không thường gặp và không ở độ nặng [7]. Kết quả được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với mệt chiếm tỷ lệ 17,3%, tiêu chảy và táo bón chiếm tỷ lệ thấp, không gặp trường hợp nào nôn hay buồn nôn. Ngoài ra chúng tôi cũng gặp 21,7% tăng men gan và 13% tăng creatinin huyết, tuy nhiên hầu hết là ở độ 1,2.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tác dụng không mong muốn của 23 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa điều trị sau bước 1 Vinorelbine Metronomic, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Tỷ lệ hạ Hgb là 39,1%, độ 3 chiếm 4,3%
- Hạ bạch cầu 8,7%, hạ bạch cầu hạt 8,7%, không có hạ độ 3, 4
- Tăng men gan 21,7%, độ 3 chiếm 4,3%
- Tăng creatinin độ 1,2 chiếm 13%
- Mệt mỏi 17,3%, độ 3 chiếm 4,3%
- Táo bón 8,7%; tiêu chảy 4,3%
- Không có tử vong, dừng điều trị do tác dụng không mong muốn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fossella F, Pereira JR, von Pawel J, et al (2003).** "Randomized, multinational, phase III study of docetaxel plus platinum combinations versus vinorelbine plus cisplatin for advanced non-small-cell lung cancer: the TAX 326 study group". J Clin Oncol. 2003 Aug 15;21(16):3016-24. doi: 10.1200/JCO.2003.12.046. Epub 2003 Jul 1.
2. **Grossi F, Bennouna J, Havel L, Hochmair M, (2016).** "Oral vinorelbine plus cisplatin versus pemetrexed plus cisplatin as first-line treatment of advanced non-squamous non-small-cell lung cancer: cost minimization analysis in 12 European countries". Almodovar 2016 Sep;32(9):1577-84.
3. **Antonio G, Nicola S, Antonnela L, et al. (2015)** "Metronomic chemotherapy from rationale to clinical studies: a dream or reality". Clinical reviews in Oncology/ Hematology 95 (2015) 46-61.
4. **Magdalena K-W, Maciej K. (2016)** "Metronomic chemotherapy in non - small - cell lung cancer - current status" Oncol Clin Pract 2016; 12, 2: 37-42.
5. **Magdalena Knetki-Wróblewska, Maciej Krzakowski (2016).** "Metronomic chemotherapy in non-small- -cell lung cancer — current status" . Oncol Clin Pract 2016; 12, 2: 37–42
6. **C. Bilir , S. Durak, B. Kızılkaya, et al (2017).** "Effecacy of metronomic vinorelbine in elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer and poor performance status" CURRENT ONCOLOGY, VOL 24, NO 3 (2017). https://doi.org/10.3747/co.24.3486
7. **Andrea Camerini, et al, (2015)** " Metronomic oral vinorelbin as first –line treatment in elderly patients with advanced non - small cell lung cancer: result of a phase II trial (MOVE trial)".

BMC Cancer 2015, 15-359.
8. **Emmanouil Kontopodis, Dora Hatzidak, Ioannis Varthalitis, et al (2013).** "A phase II study of metronomic oral vinorelbine administered in the second line and beyond in non-small cell lung cancer (NSCLC): a phase II study of the Hellenic Oncology Research Group" Journal of Chemotherapy 2013 VOL. 25 NO. 1, 49- 55.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẸP ỐNG SỐNG THẮT LƯNG - CÙNG BẰNG PHẪU THUẬT LỐI SAU CÓ NẸP VÍT QUA CUỐNG SỐNG

Nguyễn Xuân Trường*, Nguyễn Văn Sơn,Nguyễn Vũ Hoàng***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hẹp ống sống thắt lưng-cùng bằng bằng phẫu thuật giải phóng chèn ép, nẹp vít qua cuống sống và hàn xương liên thân đốt lối sau tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp**: 56 bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng-cùng được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 01/2017đến 06/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. **Kết quả:** Giới: Nam 24(42,9%), nữ 32 (57,1%). Tuổi 51,29 ± 11,88, lớn nhất là 80 tuổi, nhỏ nhất là 22 tuổi. Triệu chứng lâm sàng: Đau kiểu rễ thần kinh 54 ca (96,4%), đau thắt lưng 56 ca (100%), đau cách hồi 8 ca (14,3%), co cứng cơ cạnh sống 55 ca (98,2%). Hình ảnh MRI: phân loại hẹp nhẹ 2 ca (3,6%), hẹp vừa 21 ca (37,5%), hẹp nặng 33 ca (58,9%); tầng hẹp chủ yếu là L4-L5 (89,3%). **Kết quả:** tốt 52 ca (92,8%), trung bình 3 ca (5,3%), xấu 1 ca (1,9%). **Kết luận:** Điều trị hẹp ống sống thắt lưng-cùng bằng bằng phẫu thuật giải phóng chèn ép, nẹp vít qua cuống sống và hàn xương liên thân đốt lối sau đạt kết quả thành công cao, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, không có tử vong sau mổ.

Từ khóa: Hẹp ống sống thắt lưng-cùng, phẫu thuật hàn xương liên thân đốt lối sau.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF DEGENERATIVE LUMBO-SACRAL SPINAL STENOSIS BY POSTERIOR APPROACH WITH SCREW FIXATION

Objective: Evaluate the result of surgical treatment oflumbo-sacral spinal stenosis atPhu Tho Provincial Hospital. Subjects and research methods: 56 patients with degennerative lumbo-sacral spinal stenosis were operated atPhu Tho Provincial Hospital from 01/2017 to 06/2020. Research Methodology: Descriptive, retrospective research. **Results:** Gender: Male 24(42.9%), female 32(57.1%). Age 51.29 ± 11.88, maximum age 80, minimum age 22. Clinical symptoms: Radicular pain 54 cases (96.4%), Low back pain 56 cases (100%), Neurologic claudication pain 8 cases (14.3%), paraspinal muscles spasm 55 cases (98.2%). MR-Images: mild stenosis 2 cases (3.6%), moderate stenosis 21 cases (37.5%), severe stenosis 33 cases (58.9%), mainly level L4-L5 (89.3%). Results: good 52 cases (92.8%), moderate 3 cases (5.3%), poor 1 case (1.9%). **Conclusion:** Posterior lumbar interbody fusion for the treatment of degennerative lumbo-sacral spinal stenosis achieved high success, the rate of complications is low, no mortality after surgery.

Keywords: Lumbo-sacral spinal stenosis, posterior lumbar interbody fusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống thắt lưng-cùng (HOSTLC) là sự giảm kích thước đường kính trước sau hoặc đường kính ngang của ống sống do bẩm sinh hoặc mắc phải gây chèn ép các thành phần thần kinh trong ống sống. Hẹp ống sống được mô tả lần đầu bởi Portal vào năm 1803[5]. Năm 1954, Verbiest là người đầu tiên mô tả khá đầy đủ hội chứng này[7]. Nguyên nhân mắc phải chiếm chủ yếu và hàng đầu là do thoái hóa. Bệnh chiếm khoảng 9,3% dân số, phần lớn nằm ở nhóm người cao tuổi >60 tuổi[6]. Trên thế giới cũng như Việt Nam, phẫu thuật HOSTLC bằng phương pháp phẫu thuật giải phóng chèn ép, nẹp vít qua cuống sống và hàn xương liên thân đốt lối sau vẫn được áp dụng nhiều nhất. Và kĩ thuật này đã được bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thotriển khai từ lâu để điều trị bệnh lý HOSTLC. Để nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh lý này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả điều trị hẹp ống sống thắt lưng-cùngbằng phẫu thuật lối sau có nẹp vít qua cuống sống" nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị hẹp ống sống thắt lưng-cùng bằng bằng phẫu thuật giải phóng chèn ép, nẹp vít qua cuống sống và hàn xương liên thân đốt lối sau tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 1/2017 đến hết tháng 6/2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu56 bệnh nhân HOSTLC được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 01/2017 đến

**Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên*
***Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Trường
Email: truongiod2109@gmail.com
Ngày nhận bài: 12/10/2020
Ngày phản biện khoa học: 5/11/2020
Ngày duyệt bài: 20/11/2020

30/06/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán HOSTLCtừ 01/2017 đến 30/6/2020 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ dựa trên hình ảnh phim cộng hưởng từ phân loại theo Young Lee Guen (2011)[4] và có triệu chứng lâm sàng của hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ.
- Bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp cắt cung sau giải phóng chèn ép, bắt vít qua cuống cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt lối sau (PLIF) tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được điều trị can thiệp phẫu thuật bằng phương pháp khác.
- Bệnh nhân không liên lạc được, đã chết hoặc không hợp tác với nhóm nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Chọn hồ sơ bệnh án lưu trữ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thu thập các dữ liệu nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Đánh giá kết quả phẫu thuật bằng hẹn bệnh nhân khám lại và gọi điện phỏng vấn.

Xử lý số liệu: phân tích thống kê có sử dụng phần mềmR i386 3.6.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2017 đến tháng 6/2020, có 56 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật với kết quả sau: Trung bình tuổi mắc phải của bệnh nhân là 51,29 ± 11,88, lớn nhất là 80 tuổi, nhỏ nhất là 22. Chủ yếu nằm ở nhóm từ 50 tuổi trở lên (chiếm tới 62,5%). Nhóm tuổi từ 30 đến 49 chiếm 36,8%. Tỷ lệ Nữ/Nam là 1,33.

Bảng 1. *Phân loại hẹp ống sống trung tâm trên phim MRI*

Phân loại hẹp ống sống	Số BN	Tỷ lệ (%)
Hẹp nhẹ	2	3,6
Hẹp vừa	21	37,5
Hẹp nặng	33	58,9
Tổng	56	100

Nhận xét: Phân loại hẹp dựa trên phim MRI cho thấy 3,6% bệnh nhân hẹp nhẹ; 37,5% bệnh nhân hẹp vừa; 58,9% bệnh nhân hẹp nặng.

Bảng 2. *Vị trí tầng hẹp ống sống*

Tầng hẹp		Số BN	Tỷ lệ (%)
1 tầng	L2-3	1	1,9
	L3-L4	1	1,9
	L4-L5	16	28,6
	L5-S1	4	7,1
2 tầng	L3-L4-L5	5	8,9
	L4-L5-S1	19	33,8
3 tầng	L2-3-4-5	3	5,3
	L3-L4-L5-S1	7	12,5
Tổng		56	100

Nhận xét: Hẹp 1 tầng chiếm 39,5%; Hẹp 2 tấng chiếm 42,7%; Hẹp 3 tầng chiếm 17,8%. Trong đó tầng hẹp nhiều là L4-L5 chiếm 89,3%.

Bảng 3. *So sánh triệu chứng thực thể trước mổ và khi ra viện*

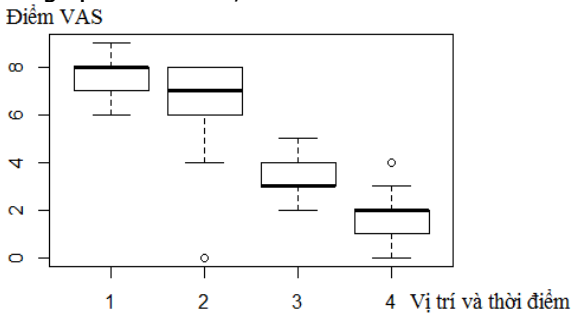
Triệu chứng thực thể		Số BN trước mổ	Số BN sau mổ
Lasègue	$<30^0$	3	0
	$30\text{-}70^0$	48	1
	$>70^0$	5	55
Rối loạn cảm giác	Có	0	0
	Không	56	56
Rối loạn vận động	Có	1	1
	Không	55	55
Rối loạn cơ tròn	Có	0	0
	Không	56	56

Nhận xét: Triệu chứng Lasegue thay đổi đáng kể sau mổ: 55/56 Lasegue >70 độ. Có 1 bệnh nhân rối loạn vận động cơ lực 3/5 trước mổ hiện tại ngay sau mổ chưa hồi phục. Không có bệnh nhân nào có rối loạn cảm giác và cơ tròn sau mổ.

Bảng 4. *Đánh giá vị trí miếng ghép*

Vị trí miếng ghép	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	45	80,3
Trung bình	11	19,7
Kém	0	0
Tổng	56	100

Nhận xét: Vị trí miếng ghép nhân tạo đặt đúng vị trí chiếm 80,3%.



Biểu đồ 1. *So sánh điểm VAS trước mổ và khi ra viện*

(***Chú thích:*** 1: lưng-trước mổ; 2: chân-trước mổ; 3:lưng-sau mổ; 4: chân-sau mổ)

Nhận xét: Mức độ đau lưng và chân giảm đáng kể so với trước mổ. VAS lưng trước mổ là 7,6 ± 0,7 giảm còn 3,4 ± 0,6 khi ra viện; VAS chân trước mổ là 6,8 ±1,3 giảm còn 1,75 ± 0,8 khi ra viện.

Bảng 5. *Đánh giá kết quả khi ra viện theo thang điểm JOA*

Tiêu chí	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tốt	52	92,8
Trung bình	3	5,3
Xấu	1	1,9
Tổng	**56**	**100**

Nhận xét: Đánh giá kết quả sau mổ theo JOA: mức độ tốt có 52/56 bệnh nhân (chiếm 92,8%); trung bình 3/56 (chiếm 5,3%) và xấu 1/56 bệnh nhân (chiếm 1,9%).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ Nữ/Nam là 1,33. Trung bình tuổi mắc phải của bệnh nhân là 51,29 ± 11,88, lớn nhất là 80 tuổi, nhỏ nhất 22.Chủ yếu nằm ở nhóm từ 50 tuổi trở lên (chiếm tới 62,5%). Theo Lê Văn Công, tỷ lệ nữ/nam là 2,2; tuổi trung bình là 61[1]. Theotác giả Farrokhi, M. R. và cộng sự (2018) tỷ lệ nữ/nam là 2,67; độ tuổi trung bình là 58,35 ± 9,03[3]. Như vậy, độ tuổi mắc bệnh đang có xu hướng trẻ hóa và tỷ lệ giới tính cũng gần cân bằng hơn. Tuy vậy nhóm tuổi trên 50 vẫn chiếm nhiều nhất và nữ giới vẫn chiếm nhiều hơn nam giới.

Chỉ có 7 bệnh nhân (chiếm 12,5%) từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện điều trị dưới 3 tháng. 51,8% bệnh nhân chịu đau hoặc tự ý điều trị trên 1 năm. Trung bình bệnh nhân xuất hiện bệnh là 15,7 ± 9,3 tháng trước khi nhập viện điều trị, chỉ có 1 bệnh nhân sau 1 ngày xuất hiện đau lưng nhiều đã nhập viện điều trị.

Khi bệnh nhân xuất viện, kết quả phẫu thuật của chúng tôi ở mức tốt 52 ca (92,8%), trung bình 3 ca (5,3%), xấu 1 ca (1,9%).Mức độ đau lưng và chân giảm đáng kể so với trước mổ. VAS lưng sau mổ giảm trung bình 4,18 (Khoảng tin cậy 95% từ 4,0 đến 4,4). VAS chân sau mổ giảm trung bình 5,03 (Khoảng tin cậy 95% từ 4,71 đến 5,36). Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với p<2,2e-16. Theo tác giả Farrokhi, M. R. và cộng sự (2018) VAS lưng trước mổ là 8,01 ± 1,56 giảm còn 4,98 ± 1,84 sau mổ (p<0,001) và VAS chân trước mổ là 6,82 ± 2,31 giảm còn 3,58 ± 1,58 sau mổ (p<0,001)[3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Lê Văn Công (2018) có mức tốt 96,3%, trung bình 3,7% [1]; và nghiên cứu của Nguyễn Thế Luyến (2010) có mức tốt 97,9%, trung bình 2,1%[2].

Triệu chứng Lasegue thay đổi đáng kể sau mổ: 55/56 Lasegue >70^0. Chỉ còn 1 bệnh nhân sau mổ Lasegue 30-70^0. Có 1 bệnh nhân rối loạn vận động cơ lực 3/5 và 10 bệnh nhân có teo cơ trước mổ nhưng hiện tại ngay sau mổ chưa hồi phục. Triệu chứng giảm cơ lực và teo cơ ở bệnh nhân cần theo dõi sau mổ và tập phục hồi chức năng lâu dài hơn để có đánh giá lại.

Biến chứng và tai biến là điều khó tránh khỏi ở các phẫu thuật. Vấn đề ở chỗ, khi xảy ra biến chứng và tai biến cần phát hiện sớm để xử lý. Nghiên cứu của tác giả Farrokhi, M. R. và cộng sự (2018) có 1 ca (2,3%) bị nhiễm trùng sau mổ; 1 ca (2,3%) bị rách màng cứng[3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3/56 ca (5,3%) nhiễm trùng vết mổ; không có ca nào rách màng cứng. Các bệnh nhân nhân nhiễm trùng vết mổ đều được điều trị ổn định tới khi ra viện.

V. KẾT LUẬN

Xu hướng điều trị HOSTLC hiện nay là can thiệp tối thiểu giải phóng chèn ép. Tuy vậy, không phải trường hợp nào hay cơ sở y tế nào cũng thực hiện được. Phẫu thuật giải phóng chèn ép, hàn xương liên thân đốt và cố định bằng nẹp vít qua cuống lối sau vẫn là phương pháp kinh điển trong điều trị HOSTLC, kết quả điều trị tốt đạt 92,8%, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp và không có tử vong sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Công, Phạm Trịnh Quốc Khanh, Nguyễn Văn Lâm (2018),** Kết quả điều trị hẹp ống sống thắt lưng-cùng do thoái hóa bằng phẫu thuật giải ép kết hợp hàn xương liên thân sống tại Bệnh viện quân Y 121 năm 2016-2017, Bệnh viện quân Y 121, TP Cần Thơ.
2. **Nguyễn Thế Luyến (2010),** "Kết quả phẫu thuật bệnh hẹp ống sống thắt lưng ", Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 14 (1), pp. 257-261.
3. **Farrokhi M. R., Yadollahikhales G., Gholami M. (2018),** "Clinical Outcomes of Posterolateral Fusion Versus Posterior Lumbar Interbody Fusion in Patients with Lumbar Spinal Stenosis and Degenerative Instability", Pain Physician, 21 (4), pp. 383-406.
4. **Lee G. Y., Lee J. W., Choi H. S., Oh K. J., Kang H. S. (2011),** "A new grading system of lumbar central canal stenosis on MRI: an easy and reliable method", Skeletal Radiol, 40 (8), pp. 1033-1039.
5. **Norbert Boos (2008),** Spinal Disorders Fundamentals of Diagnosis and Treatment, Springer, New York, pp. 513-573, 733-763
6. **Schroeder G. D., Kurd M. F., Vaccaro A. R. (2016),** "Lumbar Spinal Stenosis: How Is It Classified?", J Am Acad Orthop Surg, 24 (12), pp. 843-852.
7. **Verbiest H. (1954),** "A radicular syndrome from developmental narrowing of the lumbar vertebral canal", J Bone Joint Surg Br, 36-B (2), pp. 230-237.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU VỠ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH THÔNG SAU

Dương Trung Kiên*, Nguyễn Thế Hào*, Dương Đại Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chảy máu dưới màng nhện do vỡ túi phình động mạch thông sau là một bệnh lý thường gặp trong cấp cứu phẫu thuật thần kinh. Điều trị túi phình động mạch thông sau vỡ cũng như các túi phình động mạch não vỡ khác bằng vi phẫu có kết quả tốt sau thời gian theo dõi dài. Một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng có tính chất tiên lượng đến kết quả điều trị như tuổi, giới, điểm WFNS, điểm Fisher... **Phương pháp:** Mô tả lâm sàng tiến cứu không đối chứng từ tháng 8 năm 2017 đến tháng 8 năm 2019 tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả**: 65 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật có tuổi trung bình là 61,5 ± 13,6 tuổi, điểm WFNS khi nhập viện độ I-III chiếm 70,8%. Phân độ Fisher 3-4 chiếm 64,6%. 61,5% bệnh nhân được phẫu thuật trong 24h sau khi nhập viện. Kết quả ra viện theo điểm Rankin cải tiến (mRS) ở 3 mức độ tốt (mRS = 0-2), trung bình (mRS = 3-4) và xấu (mRS = 5-6) lần lượt là 26,2% - 66,2% và 7,6%. **Kết luận:** Các yếu tố tuổi, điểm WFNS khi nhập viện, phân độ Fisher có liên quan đến kết quả khi ra viện.

***Từ khóa**:* Vỡ túi phình động mạch thông sau, yếu tố tiên lượng ra viện

SUMMARY

PREDICTION OF OUTCOME FOR MICROSURGICAL CLIPPING RUPTURED POSTERIOR COMMUNICATING ARTERY ANEURYSMS

Purpose: The results of microsurgical clipping subarachnoid hemorrhage due to ruptured posterior communicating artery aneurysmsreach a good outcome after long-term follow up. Some factors, such as age, gender, WFNS at admission, Fisher score… are the prediction of outcome for ruptured intracranial aneurysm surgery. **Methods**: 65 patients with ruptured posterior communicating artery aneurysm were treated by microsurgical clipping at Department of Neurosurgery – Bach Mai Hospital from August 2017 to August 2019. The study was retrospectively reviewed. The outcome was the modified Rankin Scale (mRS) at discharge, and the patients were stratified into "good outcome" (mRS = 0-2), "moderate outcome" (mRS = 3-4) and "poor outcome" (mRS = 5-6). Using logistic regression analysis, various factors were analyzed for association with the outcome. **Results**: This research included 65 patients (15 male and 50female) withthe mean age was 61,5 ± 13,6, World Federation Neurosurgical Scale at admission grade I-III was 70,8%. 61,5% patients were treated within the first 24 hours. The results at discharge was 26,2% - 66,2% - 7,6% with the mRS = 0-2, mRS = 3-4 and mRS = 5-6, respectively. **Conclusion:** We found that age, grade of WFNS at admission and Fisher scale was associated with the patient's outcome at discharge.

***Keywords**:* Ruptured posterior communicating artery aneurysm, prediction of discharge.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình động mạch thông sau là một dạng túi phình thường gặp của hệ tuần hoàn trước, xếp sau túi phình động mạch thông trước và túi phình động mạch não giữa[1]. Điều trị phẫu thuật kẹp túi phình được chứng minh là đem lại kết quả điều trị ngang bằng với can thiệp nội mạch. Nhưng tỷ lệ tái điều trị cũng như biến chứng thấp hơn so với can thiệp nút mạch sau một thời gian theo dõi dài. Một số yếu tố được các nghiên cứu tìm hiểu về sự liên quan đến kết quả vi phẫu kẹp túi phình động mạch não vỡ. Những yếu tố này có thể chia thành 3 nhóm: các yếu tố của người bệnh (tuổi, giới, BMI, điểm WFNS), các yếu tố hình ảnh (điểm Fisher, kích thước túi phình) và các yếu tố trong quá trình phẫu thuật (thời điểm phẫu thuật, vỡ túi phình trong mổ, thời gian đặt clip tạm thời). Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích tìm hiểu sự liên quan giữa một số yếu tố với kết quả điều trị vi phẫu vỡ túi phình động mạch thông sau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Các bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu dưới màng nhện do vỡ túi phình động mạch thông sau và được điều trị vi phẫu kẹp cổ túi phình.
- Thời gian: từ tháng 8 năm 2017 đến tháng 8 năm 2019 tại khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai (Hà Nội).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả tiến cứu, cắt ngang không đối chứng.
- Cỡ mẫu được lựa chọn từ các trường hợp bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và được tiến hành can thiệp trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Các yếu tố nghiên cứu

- Các yếu tố lâm sàng: Tuổi, giới, BMI, điểm

**Bệnh viện Xanh Pôn, Hà Nội*
***Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Trung Kiên
Emal: duongtkien@gmail.com
Ngày nhận bài 18/10//2020
Ngày phản biện khoa học: 19/11/2020
Ngày duyệt bài: 23/11/2020

WFNS nhập viện.

- Các yếu tố hình ảnh: phân độ Fisher, kích thước túi phình, đường kính cổ túi phình, chỉ số NSR
- Diễn biến phẫu thuật: Thời điểm phẫu thuật, vỡ túi phình trong mổ, thời gian đặt clip tạm thời.
- Các yếu tố tiên lượng kết quả ra viện.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được thu thập bằng bệnh án mẫu và được xử lý bằng toán thống kê y học phần mềm STRATA 9.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các yếu tố lâm sàng: tuổi, giới, BMI và điểm WFNS nhập viện

Bảng 1. *Các yếu tố lâm sàng*

		N	%
Tuổi (61,5 ± 13,6)	<60	22	33,9
	≥60	43	66,1
Giới	Nam	15	23,1
	Nữ	50	76,9
BMI	<18	1	1,6
	18-24,9	55	84,6
	≥25	9	13,8
Điểm WFNS nhập viện	I-III	46	70,8
	IV-V	19	29,2

Nhận xét: độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 61,5 ± 13,6 tuổi, tuổi thấp nhất là 19 tuổi và cao tuổi nhất là 90 tuổi, điểm WFNS khi nhập viện độ I-III chiếm 70,8%.

3.2. Các yếu tố hình ảnh

Bảng 2. *Các yếu tố hình ảnh*

		N	%
Phân độ Fisher	1-2	23	35,4
	3-4	42	64,6
Kích thước túi phình (6,11 ± 2,91)	< 5mm	38	58,5
	6 – 10mm	22	33,8
	11 – 25mm	5	7,7
Đường kính cổ túi phình (3,29 ± 1,54)	< 4mm	44	67,7
	≥4mm	21	32,3
Chỉ số NSR	> 2	24	36,9
	≤2	41	63,1

Nhận xét: Kích thước trung bình và đường kính trung của túi phình lần lượt là 6,11 ± 2,9cm và 3,29 ± 1,54cm. Độ Fisher tập trung ở độ 3 và 4, chiếm 64,6%.

3.3. Diễn biến trong phẫu thuật

Bảng 3. *Các yếu tố trong phẫu thuật*

		N	%
Thời điểm phẫu thuật	< 24h	40	61,5
	24-72h	25	38,5
Vỡ túi phình trong mổ	Có	10	15,5
	Không	55	84,5
Đặt clip tạm thời	Có	24	36,9
	Không	41	63,1

Nhận xét: 61,5% bệnh nhân được phẫu thuật trong 24h đầu sau khi nhập viện, có 10 trường hợp bị vỡ túi phình trong mổ, tổng số trường hợp phải đặt clip tạm thời chiếm 36,9%.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả ra viện

Bảng 4. *Các yếu tố liên quan đến kết quả ra viện*

		mRS ≤ 2(17 BN)		mRS > 2 (48 BN)		OR	p
		N	%	N	%		
Tuổi	< 60	10	45,5	12	54,5	4,28 (1,33-13,75)	0,014
	≥ 60	7	16,3	36	83,7		
Giới	Nữ	15	30,0	35	70,0	2,78 (0,55-13,89)	0,211
	Nam	2	13,3	13	86,7		
WFNS nhập viện	I-III	16	34,8	30	65,2	9,60 (1,17-78,64)	0,035
	IV-V	1	5,3	18	94,7		
Độ Fisher	1-2	12	54,4	11	45,5	4,51 (1,72 – 2,68)	0,041
	3-4	5	11,6	37	76,7		
Thời điểm phẫu thuật	< 24h	11	27,5	29	72,5	1,2 (0,38-3,79)	0,755
	24-72h	6	24,0	19	76,0		

IV. BÀN LUẬN

Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tập trung trong độ tuổi 40 đến 79 (chiếm 84,6%), với độ tuổi trung bình là 61,5 ± 13,6 tuổi. Các nghiên cứu trong nước của Nguyễn Thế Hào [2], Đỗ Hồng Hải [3] hoặc trên thế giới của Taweesomboonyat [1], Thiarawat [4] cũng có kết quả tương tự chúng tôi. Matsukawa và cộng sự (2014) nhận thấy trong nghiên cứu của mình, bệnh nhân có vỡ túi phình động mạch thông sau trẻ hơn và số bệnh nhân có độ tuổi dưới 60 nhiều hơn so với nhóm vỡ túi phình khác [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi là một yếu tố tiên lượng kết quả ra viện. Tỷ lệ bệnh nhân dưới 60 tuổi có điểm mRS ≤ 2 khi ra viện là 45,5% cao hơn so với nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi (16,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,014. Khả năng bệnh nhân dưới 60

tuổi có điểm mRS ≤ 2 khi ra viện cao gấp 4,28 lần (95%CI – 1,33-13,75) so với những bệnh nhân trên 60 tuổi. Nghiên cứu của Brawanski và cộng sự (2017), cũng cho nhận định tương tự. Tác giả nhận thấy có sự khác biệt mang tính thống kê giữa kết quả ra viện với điểm mRS = 0-2 giữa nhóm bệnh nhân dưới 70 tuổi (65%) với nhóm bệnh nhân từ 70-79 tuổi (30%, p < 0,0001) cũng như nhóm trên 80 tuổi (28%, p < 0,0001). Nhưng không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân từ 70-79 tuổi với nhóm trên 80 tuổi [6].

76,9% bệnh nhân trong nghiên cứu này là nữ giới, với tỷ lệ nữ/nam = 3/1. Sự vượt trội về số lượng bệnh nhân nữ cũng được các nghiên cứu khác ghi nhận [1], [4]. Những thay đổi sinh lý của phụ nữ ở những giai đoạn khác nhau trực tiếp ảnh hưởng để nguy cơ hình thành, phát triển và vỡ túi phình động mạch não. cung lượng tim tăng từ 30-50% trong thời kỳ mang thai, đặc biệt trong 3 tháng cuối và đồng thời với sự tăng nồng độ estrogen cũng làm ảnh hưởng đến lưu lượng tưới máu não. Trái lại, trong thời khi tiền mạn kinh và mạn kinh, nồng độ estrogen suy giảm gián tiếp làm tăng tốc độ già hóa lớp tế bào nội mô mạch máu khiến cho túi phình dễ vỡ hơn.Trong nghiên cứucủa chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nữ có điểm mRS > 2 khi ra viện thấp hơn so với nam giới (70% so với 86,7%), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,211).

Tại thời điểm nhập viện, số bệnh nhân có điểm WFNS độ II-III chiếm 70,8%. Theo kết quả này, trong số những bệnh nhân có điểm mRS = 0-2 tại thời điểm ra viện, tỷ lệ bệnh nhân có điểm WFNS độ I-III khi nhập viện là 34,8% cao hơn so với 5,3% trường hợp có điểm WFNS độ IV-V khi nhập viện (p < 0,05). Tiên lượng đạt điểm mRS ≤ 2 khi ra viện của nhóm bệnh nhân có điểm WFNS độ I-III khi nhập viện cao gấp 9,6 lần (95%CI – 1,17-78,64) so với những bệnh nhân có điểm WFNS độ IV-V khi nhập viện. Nghiên cứu của nhóm tác giả Teo (2017) nhận thấy, sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đạt điểm mRS ≤ 2 và mRS > 2 của nhóm bệnh nhân có điểm WFNS nhập viện độ I-II lần lượt là 81% và 19% (p < 0,0001). Tuy nhiên, không có sự khác biệt đối với nhóm bệnh nhân có điểm WFNS III-V trong nghiên cứu của Teo [7].

Phân độ Fisher trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não cũng được chứng minh là một yếu tố tiên lượng kết quả điều trị vỡ túi phình mạch máu não. Độ Fisher > 3 được Lindvall và cộng sự nhận thấy có khả năng tiên lượng kết quả điều trị dè dặt với độ nhạy là 92,3%[8]. Kết quả nghiên cứu của Teo và cộng sự (2017), cũng nhận định, 88% bệnh nhân có điểm Fisher độ 1-2 có kết quả điều trị đạt điểm mRS ≤ 2 sau 6 tháng so với 12 % đạt điểm mRS > 2, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,0001. Tuy nhiên với nhóm bệnh nhân có điểm Fisher độ 4, tỷ lệ bệnh nhân đạt điểm mRS ≤ 2 sau 6 tháng điều trị chiếm 62%, cao hơn so với nhóm bệnh nhân có điểm mRS > 2 sau 6 tháng (38%) [7]. Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi nhận thấy, chỉ có 11,6% bệnh nhân có điểm Fisher độ 3-4 đạt điểm mRS ≤ 2 khi ra viện, so với 76,7% bệnh nhân có kết quả điều trị với điểm mRS >2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,041.

Ảnh hưởng của thời điểm can thiệp với các túi phình động mạch não vỡ, trong đó có túi phình động mạch thông sau, đến kết quả điều trị cũng được nhiều tác giả bàn luận. Tác giả Yao và cộng sự (2017), sau khi tổng kết 14 nghiên cứu khác đã kết luận: so với mổ muộn, phẫu thuật sớm làm giảm tỷ lệ xấu khi ra viện. Đặc biệt với những bệnh nhân có điểm lâm sàng trước mổ tốt thì phẫu thuật sớm làm giảm tỷ lệ tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa nhóm được tiến hành can thiệp trong vòng 24h đầu với nhóm bệnh nhân được phẫu thuật từ 24-72h. Nghiên cứu của Oudshoorn và cộng sự (2014) cũng cho kết quả tương tự, đồng thời cũng chia sẻ quan điểm chỉ nên tiến hành mổ sớm với những bệnh nhân có điểm lâm sàng trước mổ tốt như các tác giả khác[2],

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 61,5 ± 13,6 tuổi.
- Tỷ lệ nữ/nam = 3/1.
- Điểm WFNS khi nhập viện độ I-III chiếm 70,8%, độ Fisher tập trung ở độ 3 và 4, chiếm 64,6%.
- Kích thước trung bình và đường kính trung bình của túi phình lần lượt là 6,11 ± 2,9cm và 3,29 ± 1,54cm.
- Tuổi, điểm WFNS khi nhập viện, điểm Fisher là yếu tố liên quan đến kết quả điều trị khi ra viện của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Taweesomboonyat C., et al.**,(2019). Outcome of Ruptured Posterior Communicating Artery Aneurysm Treatment Comparing Between Clipping and Coiling Techniques. World Neurosurg. **125**: p. e183-e188.
2. **Nguyễn Thế Hào**, (2006). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật chảy máu dưới màng nhện do vỡ túi phình hệ động mạch cảnh trong. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội

3. **Đỗ Hồng Hải**,(2010). Vi phẫu thuật túi phình động mạch cảnh trong thông sau đã vỡ. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. **14 (1): 219-223**.
4. **Thiarawat P., et al.**,(2017). Microneurosurgical Management of Posterior Communicating Artery Aneurysm: A Contemporary Series from Helsinki. World Neurosurg. **101**: p. 379-388.
5. **Matsukawa H., et al.**,(2014). Morphological and clinical risk factors for posterior communicating artery aneurysm rupture. J Neurosurg. **120**(1): p. 104-10.
6. **Brawanski N., et al.**,(2017). Subarachnoid Hemorrhage in Advanced Age: Comparison of Patients Aged 70-79 Years and 80 Years and Older. World Neurosurg. **106**: p. 139-144.
7. **Teo M., et al.**,(2017). What Factors Determine Treatment Outcome in Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage in the Modern Era? A Post Hoc STASH Analysis. World Neurosurg. **105**: p. 270-281.
8. **Lindvall P., et al.**,(2009). The Fisher grading correlated to outcome in patients with subarachnoid haemorrhage. Br J Neurosurg. **23**(2): p. 188-92.

ỨNG DỤNG VẠT DA NHÁNH XUYÊN ĐỘNG MẠCH ĐÙI SÂU TRONG ĐIỀU TRỊ LOÉT Ụ NGỒI, MẤU CHUYỂN LỚN Ở MỘT SỐ NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Đặng Xuân Quang*, Trần Vân Anh*, Vũ Quang Vinh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ứng dụng vạt da nhánh xuyênđộng mạch đùi sâu trong điều trị loét ụ ngồi, mấu chuyển lớn xương đùi ở một số người việt nam trưởng thành**. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**nghiên cứu thực hiện trên 25 bệnh nhân có loét ụ ngồi và mấu chuyển lớn trong đó có 3 trường hợp được phẫu thuật 2 bên (28 mẫu nghiên cứu). **Kết quả:** Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: hoại tử mép vạt da 1 trường hợp (3,57%), trường hợp này phẫu thuật lần 2 bằng chuyển vạt tại chỗ cho kết quả tốt. Đánh giá kết quả gần: 28 mẫu nghiên cứu: 27 vạt da sử dụng được đánh giá tốt (96,43%), 1 vat da sử dụng được đánh giá khá (3,57%). Đánh giákết quả xa: 28 mẫu nghiên cứu: 28 vạt da đều lành tốt. **Kết luận:** Vạt da nhánh xuyên động mạch đùi sâu là vật liệu lý tưởng cho việc che phủ khuyết hổng vùng ụ ngồi – mấu chuyển lớn.

Từ khóa: Vạt da nhánh xuyênđộng mạch đùi sâu, ụ ngồi, mấu chuyển lớn

SUMMARY

APPLICATION OF THE FASCIOCUTANEOUS FLAP OF DEEP FEMORAL ARTERY PERFORATOR IN THE TREATMENT OF ISCHIAL TUBEROSITY AND GREATER TROCHANTER ULCERS IN SOME OF MURURE VIETNAMESE

Objective: Application of the fasciocutanious flap of deep femoral artery perforator in the treatment of ischial tuberosity and greater trochanter ulcers in some of mature vietnamese. **Materials and methods:** The study was performed on 25 patients who have ulcers at ischial tuberosity and greater trochanter, in which 3 cases were operated on both sides (28 study samples). **Results:** Evaluation of postoperative results: necrosis of skin flap edge 1 case (3.57%), this case was 2nd operated with flap transfer in place gives good results. Evaluating the near time results of 28 research samples: 27 flapswereevaluated good (96.43%), 1 flap was fair level (3.57%). Evaluating the far time results from 28 research samples: 28 skin flaps are both healthy. **Conclusion:** The fasciocutaneous flap of deep femoral artery perforator is the ideal material for covering the ischial tuberosity and greater trochanter defects.

Keyword: The fasciocutaneous flap of deep femoral artery perforator, ischial tuberosity, greater trochanter.

**Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Xuân Quang
Email: drhung1955@gmail.com
Ngày nhận bài: 29/10/2020
Ngày phản biện khoa học: 25/11/2020
Ngày duyệt bài: 2/12/2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vạt da vùng đùi sau lần đầu tiên được mô tả bởi Hurwitz D. J. (1980) [2], vạt da vùng đùi được sử dụng dưới dạng vạt tự do bởi Song Y. G. (1984) [3] và được sử dụng như là vạt da nhánh xuyên được Koshima I. và cộng sự (1989) [1] báo cáo lần đầu tiên và mở ra kỷ nguyên mới trong lĩnh vực phẫu thuật tái tạo. Ứng dụng sử dụng vạt da nhánh xuyên động mạch đùi sâu che phủ khuyết hổng vùng ụ ngồi, mấu chuyển cho thấy có nhiều ưu điểm so với các phương pháp khác như vạt da được sử dụng có tỷ lệ sống cao hơn, độ linh hoạt của vạt da cao hơn và mức độ can thiệp tổ chức cho vạt là tối thiểu trong phẫu thuật.

Tuy vậy ứng dụng này còn là thách thức đối với các phẫu thuật viên. Nhằm nâng cao ứng dụng tốt hơn chúng tôi tiến hành nghiên cứu ứng dụng vạt da nhánh xuyên động mạch đùi sâu trong điều trị loét ụ ngồi, mấu chuyển lớn ở người Việt Nam trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu thực hiện trên 25 bệnh nhân có loét ụ ngồi và

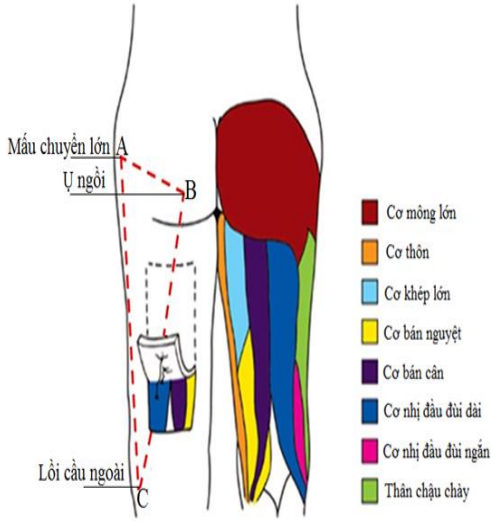
mấu chuyển lớn với 28 vạt da nhánh xuyên động mạch đùi sâu được sử dụng che phủ loét ụ ngồi, mấu chuyển lớn tại Viện bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác từ tháng 9/2014 đến 7/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, hàng loạt ca với mẫu thuận tiện

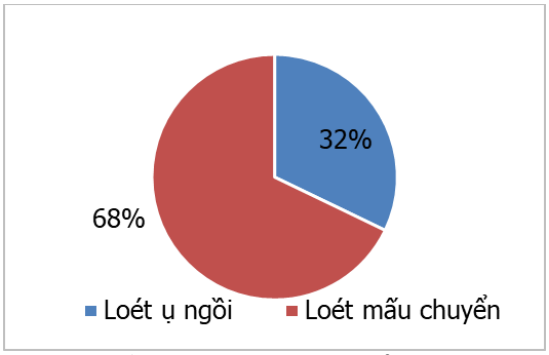
Thiết kế vạt da:

- Đo kích thước tổn khuyết cần tạo hình che phủ: chiều dọc, chiều ngang
- Xác định cuống mạch: dùng siêu âm Doppler cầm tay tần số 5MHztìm vị trí các nhánh xuyên, lấy nhánh xuyên động mạch đùi sâu I làm yếu tố chính trong thiết kế vạt
- Xác định chọn lựa nhánh xuyên động mạch đùi sâu từ đó đề xuất kích thước cho vạt da nhánh xuyên động mạch đùi sâu phù hợp trong điều trị loét vùng ụ ngồi, mấu chuyển.

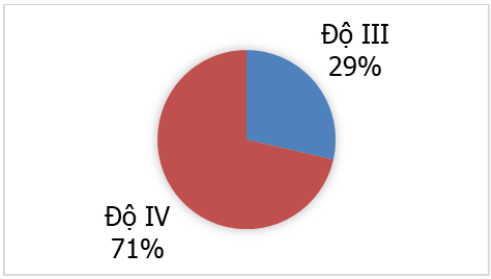


Hình 1. *Đường vẽ giữa ụ ngồi và lồi cầu đùi ngoài, các nhánh nối đm đùi sâudọc theo đường vẽ này.*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. *Phân loại chẩn đoán*



Biểu đồ 2. *Phân độ loét tại khuyết hổng*

3.1. Kích thước khuyết hổng

Bảng 1. *Kích thước khuyết hổng (n=28)*

Yếu tố	Nhỏ nhất – Lớn Nhất	Trung bình
Diện tích khuyết hổng (cm²)	20 - 105	51,02 ± 21,98
Chiều dài khuyết hổng (cm)	5 - 15	7,91 ± 2,3
Chiều rộng khuyết hổng (cm)	4 - 11	6,28 ± 1,51

3.2. Kích thước vạt da

Bảng 2. *Kích thước vạt da (n=28)*

Yếu tố	Nhỏ nhất – Lớn Nhất	Trung bình
Diện tích vạt(cm²)	45 - 184	85,43±35,6
Chiều dài vạt(cm)	7 - 23	12,82±3,65
Chiều rộng vạt(cm)	4,5 - 8	6,48±1,13



Hình 2. *Kích thước vạt da được đo trước phẫu thuật. BN Phùng Mạnh T. 81 tuổi, loét mấu chuyển (T)*

3.3. Góc xoay vạt trong vạt dạng đảo

Bảng 3. *Góc xoay vạt trong vạt dạng đảo (n=26)*

Góc xoay	90°	135°	180°	Tổng (n)
Số vạt (%)	3 (11,54%)	11 (42,31%)	12 (46,15%)	26 (100%)

3.4. Kết quả gần. Kết quả gần được đánh giá từ khi ra viện đến 6 tháng sau phẫu thuật, thường 1 tuần đến 2 tuần sau phẫu thuật

Bảng 4. *Kết quả gần (n=28)*

Kết quả	Loại dạng vạt sử dụng		Số lượng n=28(%)
	V-Y (n=2)	Dạngđảo (n=26)	
Tốt	2	25	27/28 (96,43)
Khá	0	1	1/28(3,57)

Kém	0	0	0/28 (0)
Tổng số	**2**	**26**	**28/28(100)**

3.5. Kết quả xa. Kết quả xa được đánh giá ít nhất là 7 tháng sau phẫu thuật, nhiều nhất là 2 năm sau phẫu thuật.

Bảng 5. *Kết quả xa (n = 28)*

Kết quả	Số lượng bệnh nhân sử dụng vạt		Tỷ lệ (%)
	Vạt V-Y	Vạt dạng đảo	
Tốt	2	26	28/28(100)
Khá	0	0	0/28 (0)
Kém	0	0	0/28 (0)
Tổng (n = 28)	**2**	**26**	**28/28 (100)**



Hình 3. *Bệnh nhân Phùng Mạnh T. Trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 24 tháng*

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả gần. Kết quả nghiên cứu của Alessandro S. (2015) [4] cho thấy kết quả vạt sống tốt sau phẫu thuật là 100%. Kết quả nghiên cứu của Ichiro H. (2014) [5] cho thấy không có vạt hoại tử sau phẫu thuật và loét tái phát trên vạt đã phẫu thuật trong thời gian theo dõi từ 2 – 17 tháng. Kết quả nghiên cứu của L. Gebert (2017) [6] cho thấy vạt sống tốt sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 13/16 trường hợp, 2 trường hợp loét tái phát sẹo mép vạt trong thời gian 5-6 tháng sau phẫu thuật được điều trị nội khoa và khâu đóng trực tiếp mép vạt cho kết quả lành thương tốt. 1 trường hợp tử vong do bệnh nền nội khoa khác không theo dõi được kết quả. Nghiên cứu của Lê Diệp Linh (2011) [7] sử dụng vạt đùi trước ngoài cho thấy kết quả tốt đạt 85%, khá 9% chỉ có 6% kém, tỷ lệ vạt sống là 94%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tình trạng vạt da tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (27/28 = 96,43%), có 1 trường hợp vạt da xấu với hoại tử đầu xa vạt chiếm tỷ lệ (3,57%), được phẫu thuật trờ lại lần 2 và cho kết quả liền thương tốt. Tình trạng vạt da sau đó được đánh giá là khá. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với Alessandro S. và Ichiro H. là tương đồng. Nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với L. Gebert thì đạt kết quả tốt hơn trong thời gian theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật là gần giống nhau. So với nghiên cứu của Lê Diệp Linh sử dụng vạt đùi trước ngoài kết quả chúng tôi tốt hơn với tỷ lệ vạt sống là 100% so với 94% của Lê Diệp Linh.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh (2016) [8] sử dụng vạt da nhánh xuyên lân cận vạt da nhánh xuyên động mạch đùi sâu (vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên) có kết quả sớm sau phẫu thuật 6/8 vạt kiểu V-Y có kết quả tốt, 28/30 vạt cánh quạt có kết quả tốt, 2/30 vạt cánh quạt ở mức trung bình. Kết quả tốt đạt 89,2%, trung bình đạt 10,8%, không có vạt hoại tử.

Kết quả phẫu thuật từng dạng vạt của chúng tôi có 2 vạt kiểu V-Y cho kết quả tốt, 25/26 vạt cánh quạt có kết quả tốt. So với kết quả của Nguyễn Văn Thanh, kết quả của chúng tôi cũng tốt hơn trong từng dạng vạt với tỷ lệ vạt V-Y thành công là 100% so với 75%, tỷ lệ vạt dạng cánh quạt thì tương đồng là 25/26 vạt so với 28/30 vạt của Nguyễn Văn Thanh.

4.2. Kết quả xa. Kết quả nghiên cứu của Alessandro S. (2015) [4] cho kết quả vạt da lành thương tốt và không loét tái phát trong thời gian theo dõi 12 tháng. Kết quả nghiên cứu của Ichiro H. (2014) [5] trên 5 bệnh nhân loét vùngụ ngồi có kết quả theo dõi trong vòng 1 năm không có biến chứng nào bao gồm cả loét tái phát. Kết quả nghiên cứu của L. Gebert (2017) [6] trên 15 bệnh nhân với 16 ổ loét có kết quả theo dõi sau 1 năm là tất cả các vạt da sử dụng đều sống lành tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ 28 vạt trên bệnh nhân đều sống lành tốt không loét tái phát, với 27 vạt được đánh giá tốt chiếm tỷ lệ 96,43% và 1 vạt được đanh giá khá chiếm tỷ lệ 3,57%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có khác biệt nhiều so với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên.

Với những kết quả của các tác giả trên thế giới nghiên cứu về nhánh xuyên động mạch đùi sâu nêu trên cho thấy vạt da nhánh xuyên động mạch đùi sâu được sử dụng che phủ khuyết hổng vùng ụ ngồi, mấu chuyển lớn trong nghiên cứu là phù hợp. Tuy vậy các tác giả chỉ tiến hành nghiên cứu trên số lượng trường hợp so với

chúng tôi là nhỏ hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành trên số liệu trường hợp sử dụng vạt da nhánh xuyên I động mạch đùi sâu lớn hơn so với nghiên cứu trước giờ trên thế giới (28 trường hợp) càng khẳng định giá trị kết quả điều trị khuyết hổng vùng ụ ngồi, mấu chuyển lớn bằng vạt da nhánh xuyên I động mạch đùi sâu.

V. KẾT LUẬN

Vạt da nhánh xuyên động mạch đùi sâu là vật liệu lý tưởng cho việc che phủ khuyết hổng vùng ụ ngồi – mấu chuyển lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Koshima I., Soeda S. (1989).** Inferior epigastric artery skin flaps without rectus abdominis muscle. Br J Plast Surg.,42:645–8.
2. **Hurwitz D.J. (1980).** Closure of a large defect of the pelvic cavity by an extended compound myocutaneous flap based on the inferior gluteal artery. Br J Plast Surg., 33:256-261.
3. **Song Y.G., Chen G.Z., Song Y.L. (1984).** The free thigh flap: a new free flap concept based on the septocutaneous artery. Br J Plast Surg.,37:149-159.
4. **Alessandro S., et al. (2015).** Profunda Femoris Artery Perforator Propeller Flap: A Valid Method to Cover Complicated Ischiatic Pressure Sores. Plast Reconstr Surg Glob Open. 3(8): e487.
5. **Ichiro H., et al (2014).** The Internal Pudendal Artery Perforator Thigh Flap. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open, 2(5):e142.
6. **L. Gebert et al. (2017).** Lambeau fasciocutané sous fessier fiabilisé par une perforante de l'artère fémorale profonde en reconstruction d'escarre ischiatique. Annales de chirurgie plastique esthétique. 1338:1–7.
7. **Lê Diệp Linh. (2011).** Nghiên cứu sử dụng vạt đùi trước ngoài trong điều trị khuyết hổng phần mềm vùng cổ mặt. Luận án Tiến sĩ, Học Viện Quân Y., Hà Nội.
8. **Nguyễn Văn Thanh. (2016).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật tạo hình, hút áp lực âm và nguyên bào sợi nuôi cấy trong điều trị vết loét mạn tính. Luận án Tiến sĩ, Học Viện Quân Y, Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO VỠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHỐI HỢP NÚT MẠCH VÀ PHẪU THUẬT

Phạm Quỳnh Trang*, Nguyễn Thế Hào*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị khối dị dạng động tĩnh mạch não vỡ bằng phối hợp nút mạch và phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu hồi cứu 48 bệnh nhân được chẩn đoán là DDĐTMN vỡ, được điều trị bằng phối hợp nút mạch và phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai từ 11.2016 đến 12.2018. **Kết quả**: 41,67% nút mạch với mục đích tắc cuống nuôi khó tiếp cận+tạo ranh giới+giảm thể tích ổ dị dạng. Số lần nút mạch trung bình là 1,33±0,71, phần trăm nút tắc trung bình 66,19±21,96%. Thời gian phẫu thuật sau khi nút mạch dưới 10 ngày là 50%, 33,33% từ 10 đến 20 ngày, 14,58% sau 30 ngày. Máu mất trung bình trong mổ là 393,75 ml. 97,92% lấy hết khối dị dạng. Biến chứng sau mổ 14,58%, trong đó 28,57% phù não, 14,29% chảy máu. Kết quả điều trị tốt 79,17%. **Kết luận**: Mục đích của quá trình nút mạch là nút tắc các cuống mạch nuôi khó tiếp cận, tạo ranh giới rõ cho khối DDĐTMN và nút tắc một phần ổ dị dạng. Phương pháp điều trị phối hợp giữa nút mạch và phẫu thuật có kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao.

Từ khoá: Dị dạng động tĩnh mạch não vỡ, nút mạch, phẫu thuật

*Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quỳnh Trang
Email: Drphamquynhtrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020
Ngày duyệt bài: 7.12.2020

SUMMARY

TREATMENT OF RUPTURED CEREBRAL AVM WITH A COMBINATION OF PREOPERATIVE EMBOLIZATION AND SURGERY

Objectives: Evaluating the results of microsurgery combined with preoperative embolization for ruptured cerebral arteriovenous malformations. **Methods:** Retrospective study of 48 patients of ruptured cerebral AVM underwent embolization and surgery at Department of Neurosurgery – Bach Mai Hospital from 11.2016 to 12.2018. **Results:** 41,67% pre-op embolization aims to deep feeding arteries occlusion+nidal volume reduction+making cleavages between nidus and normal tissues. 1,33±0,71 sessions of embolization. Nidal occlusion percentage 66,19±21,96%. 50% undewent surgery <10 days post-embo., 33,33% 10-20 days, 14,58%>30 days. Intra-op blood loss 393,75 ml. 97,92% total resection. Post-op complications 14,58% in which 28,57% oedema, 14,29% bleeding. Good final results 79,17%. **Conclusions:** Puposes of preop embolizations are deep feeding arteries occlusion+nidal volume reduction+making cleavages. Surgery combined with preop embolizations gives favorable results

Keywords: Ruptured cerebral AVM, embolization, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, điều trị khối dị dạng động tĩnh mạch não trong não, nhất là các khối dị dạng

động tĩnh mạch não lớn hoặc độ cao là sự phối hợp của nhiều hơn một phương pháp. Nhiều tác giả trong y văn đã đi đến kết luận phương pháp tốt nhất để điều trị triệt để khối dị dạng động tĩnh mạch não là phẫu thuật sau khi bệnh nhân đã được nút mạch trước[1]. Cùng với sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh cũng như sự cải tiến về các dụng cụ và vật liệu can thiệp nội mạch, hình ảnh khối dị dạng động tĩnh mạch não được chẩn đoán ở mức siêu chọn lọc. Từ đó có thể lên kế hoạch phối hợp giữa nút mạch và phẫu thuật đối với dị dạng động tĩnh mạch não, kể cả những khối lớn hoặc có cấu trúc phức tạp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị khối dị dạng động tĩnh mạch não vỡ bằng phối hợp nút mạch và phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 48 bệnh nhân được chẩn đoán là DDĐTMN chảy máu được điều trị bằng cả hai phương pháp nút mạch sau đó phẫu thuật từ tháng 11.2016 đến 12.2018 tại khoa Phẫu thuật Thần kinh, bệnh viện Bạch Mai.

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoạn là DDĐTMN vỡ, dựa trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh (CLVT, CHT, CLVT đa dãy, chụp động mạch não kỹ thuật số xoá nền).
- Bệnh nhân được điều trị bằng phối hợp hai phương pháp: Nút mạch và phẫu thuật.
- Có kết quả giải phẫu bệnh là khối DDĐTMN.
- Được tái khám ít nhất một lần trong vòng 6 tháng sau khi phẫu thuật.
- Bệnh nhân được chụp phim kiểm tra ít nhất một lần sau phẫu thuật (CLVT đa dãy hoặc chụp động mạch não).

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những bệnh nhân không có tất cả các tiêu chuẩn như trên

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả lâm sàng, cắt ngang, không đối chứng.

2.4. Các nội dung nghiên cứu:

2.4.1. Kết quả của quá trình nút mạch trước phẫu thuật

2.4.2. Kết quả của quá trình phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mục đích của nút mạch trước phẫu thuật

Bảng 3.1. Mục đích của nút mạch trước phẫu thuật

Mục tiêu	Số BN	Tỷ lệ %
Nút tắc một phần ổ dị dạng kích thước lớn để giảm nguy cơ chảy máu trong mổ (a)	7	14,57
Nút tiền phẫu các động mạch nuôi khó tiếp cận (b)	5	10,42
Tạo ranh giới rõ cho các khối nằm ở vùng chức năng (c)	0	0
(a)+(b)	3	6,25
(b)+(c)	8	16.67
(a)+(c)	5	10.42
(a)+(b)+(c)	20	41,67
Tổng số	48	100

3.2. Số lần nút mạch

Bảng 3.2. Số lần nút mạch trước phẫu thuật (n=48)

Số lần nút mạch	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
1 lần	35	72,92
2 lần	11	22,92
3 lần	1	2,08
4 lần	1	2,08

Nhận xét: Số lần nút mạch trung bình là 1,33±0,71

3.3. Phần trăm nút tắc

Bảng 3.3. Phần trăm nút tắc trước khi phẫu thuật (n=48)

Phần trăm nút tắc	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
<50%	6	12,50
≥50%	37	77,08
100% tắc hoàn toàn	5	10,42
TB±SD	66,19±21,96	

Nhận xét: 37 BN nút tắc trên 50% (77,08%), 5 trường hợp tắc hoàn toàn (10,42%).

3.4. Thời gian phẫu thuật sau khi nút mạch

Bảng 3.4. Thời gian phẫu thuật sau khi nút mạch (n=48)

Thời gian (ngày)	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
<10 ngày	24	50,00
10-20 ngày	16	33,33
20-30 ngày	1	2,08
≥30 ngày	7	14,58

Nhận xét: 50% bệnh nhân được phẫu thuật dưới 10 ngày sau khi nút mạch. 33,33% từ 10 đến 20 ngày, 14,58% sau 30 ngày

3.5. Lượng máu mất trong mổ

Bảng 3.5. Lượng máu mất trong mổ (ml) (n=48)

Lượng máu (ml)	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
200 (ml)	7	14,58
300 (ml)	16	33,33
500 (ml)	24	50,00
700 (ml)	1	2,08

Trung bình (ml)	393,75

Nhận xét: Lượng máu mất trung bình trong mổ là 393,75 ml .

3.6. Khả năng lấy hết khối dị dạng

Bảng 3.6. Lấy hết khối dị dạng (n=48)

Lấy hết khối dị dạng	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Có	47	97,92
Không	1	2,08

Nhận xét: 47 trường hợp lấy hết khối dị dạng (97,92%).

3.7. Các biến chứng sau khi phẫu thuật

Bảng 3.7. Các biến chứng ngay sau phẫu thuật (n=7 – 14,58%)

Các biến chứng	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	1	14,29
Phù não	2	28,57
Giãn não thất	1	14,29
Động kinh	2	28,57
Nhiễm trùng vết mổ	0	0,00
Rò dịch não tủy	1	14,29
Viêm màng não	0	0,00
Thiếu máu não	1	14,29

3.8. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.8. Kết quả điều trị cuối cùng theo phân độ Rankin cải tiến (n=48)

Phân độ Rankin	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Độ 0	16	33,33%
Độ 1	12	25,00
Độ 2	10	20,84
Độ 3	8	16,67
Độ 4	0	0,00
Độ 5	1	2,08
Độ 6	1	2,08

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mục đích của quá trình nút mạch trước phẫu thuật. Với mỗi trường hợp chúng tôi đều nghiên cứu phim ảnh và lập kế hoạch điều trị phối hợp cho bệnh nhân. Mục đích của nút mạch trước mổ được đặt ra cụ thể, thường bao gồm 3 mục tiêu chính: 1. Nút tắc một phần ổ dị dạng có kích thước lớn để làm giảm nguy cơ chảy máu trong mổ, 2. Nút tắc các động mạch nuôi ở vị trí khó tiếp cận trong mổ, 3. Tạo ranh giới rõ cho những khối DDĐTMN nằm ở vùng chứng năng để quá trình phẫu tích được dễ dàng hơn và giảm tối đa tổn thương vùng não xung quanh. Với những khối dị dạng có kích thước lớn, mục đích của nút mạch trước mổ là làm tắc một phần khiến kích thước ổ dị dạng để làm giảm nguy cơ chảy máu trong quá trình phẫu tích. Mục đích này được đặt ra khi kích thước khối dị dạng lớn hơn 3cm (S2 trở lên) hoặc khối dị dạng có tính chất lan toả. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 35/48 trường hợp có khối dị dạng kích thước lớn hơn 3cm (72,92%). Trong nghiên cứu về các yếu tố gây khó khăn cho phẫu thuật, tác giả Tamaki (1991) có đề cập đến kích thước ổ dị dạng. Ông đưa ra nhận xét rằng với những khối DDĐTMN kích thước từ 4cm trở lên, tỷ lệ lấy hết khối là 73% và kết quả sau mổ tốt là 63%, trong đó khối DDĐTMN nhỏ hơn 4cm, tỷ lệ lấy hết khối là 89% và kết quả sau mổ tốt là 88%. 2 tỷ lệ trên khác biệt có ý nghĩa thống kê cùng với $p < 0,01$[2].

Những khối DDĐTMN đường giữa, nằm trong khe sylvian, nằm sâu hoặc trong não thất, hoặc những khối dị dạng khổng lồ, việc tiếp cận một số động mạch nuôi ở ngay giai đoạn đầu của quá trình phẫu tích là không thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36/48 trường hợp có động mạch nuôi khó tiếp cận ở giai đoạn đầu của quá trình phẫu tích (75%).

Các khối dị dạng nằm ở vùng chức năng trong nghiên cứu của chúng tôi là 33/48 trường hợp (68,75%). Một trong những mục đích quan trọng của nút mạch trước mổ là biến ổ dị dạng thành một khối chắc, có ranh giới rõ ràng để quá trình phẫu tích giảm tối đa thương tổn của nhu mô não xung quanh, làm giảm tỷ lệ các. Pasqualin (1991) nhận thấy khối dị dạng được nút hơn 40% thể tích thì chỉ có 6/49 bệnh nhân xuất hiện yếu/liệt có tạm thời sau phẫu thuật (12,24%)[4]. Với mục đích làm giảm tổn thương những vùng chức năng, chỉ định nút mạch trước mổ được đặt ra với tất cả các khối DDĐTMN nằm ở vùng chức năng, kể cả kích thước khối dị dạng không lớn (<3cm) hoặc các nguồn động mạch nuôi không phải khó tiếp cận trong lúc mổ.

4.2. Số lần nút mạch trước phẫu thuật. Với mục tiêu nút tắc các cuống mạch nuôi khó tiếp cận thì chỉ cần một lần nút mạch là đã có thể thực hiện được. Ngược lại, với những trường hợp khối có kích thước lớn cần phải nút tắc càng nhiều càng tốt ổ dị dạng để làm giảm thể tích, hoặc với những khối DDĐTMN nằm ở vùng chức năng cần được nút ổ dị dạng để tạo ranh giới rõ với nhu mô não xung quanh thì bệnh nhân sẽ được nút mạch nhiều hơn 1 lần, mục đích để làm nhu mô não xung quanh khối DDĐTMN thích nghi dần dần với sự thay đổi huyết động học. Steiger (2004) thực hiện nút mạch trước mổ khối DDĐTMN từ 1 đến 5 lần, tuỳ thuộc vào kích thước và dòng chảy của khối DDĐTMN.

4.3. Phần trăm ổ dị dạng được nút tắc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khối dị dạng

được nút tắc trung bình là 66,19±21,96%, số khối dị dạng được nút tắc từ 50% trở lên chiếm đa số với 37/48 bệnh nhân (77,08%). Có 5/48 trường hợp được nhận định trước mổ là nút tắc toàn bộ (10,42%). Sở dĩ tỷ lệ % có sự khác nhau như vậy là do mục đích đặt ra khi nút mạch khác nhau. Nếu chỉ cần nút tắc một số các cuống mạch nuôi thì thể tích ổ dị dạng được nút tắc có thể không cần cao. Ngược lại, những trường hợp khối dị dạng nằm ở vùng chức năng, cần nút tắc càng nhiều càng tốt, thậm chí lý tưởng là nút tắc toàn bộ ổ dị dạng. Tác giả Fiorella (2006) cho rằng mục tiêu chính của nút mạch trước mổ là làm giảm nguồn cấp máu cho ổ dị dạng, tạo thuận lợi cho phẫu thuật viên trong quá trình phẫu tích. Vì vậy, % ổ dị dạng được nút tắc không phải là tiêu chí đánh giá thành công của những trường hợp nút mạch trước mổ. Việc quan trọng là trước khi nút mạch, những bác sỹ can thiệp nội mạch phải nắm được toàn bộ kế hoạch điều trị, đặc biệt là mục tiêu đặt ra cho quá trình nút mạch trước mổ[6].

4.4. Thời gian phẫu thuật sau khi nút mạch. Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, không xuất hiện biến chứng gì của quá trình nút mạch thì bệnh nhân sẽ được lên kế hoạch mổ chương trình. Nếu bệnh nhân có biến chứng sau nút mạch thì thường được xử trí biến chứng, sau đó khi tình trạng lâm sàng ổn định sẽ được lên kế hoạch phẫu thuật lấy khối dị dạng. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi có một số trường hợp bệnh nhân đã được nút mạch từ trước khi vào viện, sau đó xuất hiện chảy máu. Những bệnh nhân này được điều trị nội khoa ổn định hoặc xử trí biến chứng chảy máu sau đó sẽ được phẫu thuật lấy khối dị dạng. Chính vì vậy, thời gian từ khi nút mạch lần cuối cùng cho tới khi được phẫu thuật lấy khối dị dạng thường dài, chúng tôi xếp vào nhóm trên 30 ngày (14,58%). Số bệnh nhân được phẫu thuật lấy khối dị dạng trong vòng 10 ngày kể từ lần nút mạch cuối cùng trong nghiên cứu của chúng tôi là 50% (24 bệnh nhân), trong khoảng từ 10-20 ngày là 33,33% (16 bệnh nhân).

Trong y văn, quan điểm về thời gian từ khi nút mạch lần cuối đến khi phẫu thuật của các tác giả khác nhau. Weber (2007) tiến hành phẫu thuật ngay ngày đầu tiên sau khi nút mạch lần cuối. Theo tác giả này, phẫu thuật càng sớm càng tốt nhằm tránh các biến chứng chảy máu sau nút mạch. Ngược lại, Pasqualin (1991) nhận xét thấy thời gian phẫu thuật càng sớm (trước 10 ngày) thì nguy cơ chảy máu trong và sau mổ cao hơn. Một số tác giả như Vinuela (1991), Richling(2006) và Lawton (2014) có quan điểm nên phẫu thuật lấy khối DDĐTMN trong thời gian từ 5-10 ngày sau khi nút mạch lần cuối. Mục tiêu là để cho nhu mô não xung quanh thích nghi với sự thay đổi huyết động sau khi nút mạch. Trên thực tế, thời điểm phẫu thuật phụ thuộc vào diễn biến cụ thể của từng bệnh nhân, nhưng chúng tôi cũng thống nhất với quan điểm của các tác giả này về khoảng cách thời gian như vậy[4][7].

4.5. Lượng máu mất trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất trung bình trong mổ là khoảng 393,75ml. Chúng tôi không có nghiên cứu nào khác về lượng máu mất trong mổ những khối DDĐTMN không được nút mạch trước mổ. Tuy nhiên, những trường hợp phẫu thuật mà không được nút mạch trước mổ đều là những khối DDĐTMN độ thấp (độ I, II) hoặc/và kích thước bé. Chính vì vậy, việc so sánh lượng máu mất trong mổ với nghiên cứu này sẽ không có ý nghĩa. Ngược lại, trong nghiên cứu này của chúng tôi, lượng máu mất trong mổ giữa 2 nhóm nút mạch dưới 50% và trên 50% có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Lượng máu mất trong mổ của nhóm nút mạch dưới 50% là 416,67±132,92 và trên 50% là 390,48±128,42.

Trong y văn, có nhiều tác giả đề cập đến vấn đề mất máu trong mổ DDĐTMN. Gross (2015) phân tích kỹ các yếu tố ảnh hưởng đến sự mất máu trong khi phẫu thuật DDĐTMN (bảng 4.1). Trong các yếu tố đó, theo tác giả, nút mạch không phải là yếu tố làm giảm sự mất máu trong mổ của bệnh nhân. Theo tác giả này chỉ có 2 đặc điểm là ảnh hưởng đến lượng máu mất trong mổ một cách có ý nghĩa thống kê là khối DDĐTMN đã chảy máu và kích thước khối DDĐTMN càng lớn thì nguy cơ chảy máu trong mổ càng cao[8]

Bảng 4.1. Các yếu tố liên quan đến lượng máu mất trong mổ

Đặc điểm/Yếu tố nguy cơ	Lượng máu mất trung bình		p - Value
	Có	Không	
Nút mạch trước mổ	280	191	0,16
DDĐTMN vỡ	147	315	0,002
Khối DDĐTMN trên 3cm	453	160	0,0001
DDĐTMN vùng chức năng	202	228	0,65
Tĩnh mạch sâu	160	242	0,18
DDĐTMN độ III-IV	263	210	0,46

4.6. Khả năng lấy hết khối dị dạng. Trong nghiên cứu này, sau phẫu thuật có 47/48 bệnh nhân được lấy hết khối dị dạng. Có một bệnh nhân được chỉ được kẹp các nhánh động mạch nuôi mà không lấy khối dị dạng do tính chất lan toả của khối. Có 5 trường hợp khối DDĐTMN có tính chất lan toả, tuy nhiên chỉ có 1 trường hợp khối nằm ở vùng trán-đỉnh, xen lẫn là nhu mô não vùng vận động nên phẫu thuật viên đã quyết định không lấy khối dị dạng để tránh biến chứng liệt nửa người sau phẫu thuật do phải cắt quá nhiều nhu mô não ở vùng vận động. Heros (1990) khi tiến hành một nghiên cứu lớn về kết quả xa sau phẫu thuật khối DDĐTMN cũng phân tích những trường hợp không lấy được khối dị dạng trong mổ. Những trường hợp này đều là do khối DDĐTMN nằm ở các vùng chức năng quan trọng hoặc khối DDĐTMN quá lớn hoặc có tính chất lan toả. Trong y văn, việc điều trị các khối DDĐTMN có tính chất lan toả hoặc quá lớn vẫn còn là một vấn đề khó khăn. Chưa có nghiên cứu nào đưa ra được phương án điều trị triệt để với những khối DDĐTMN như vậy[9]

4.7. Các biến chứng sau phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng ngay sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 14,58%, trong đó các biến chứng xuất hiện trong 48h đầu sau phẫu thuật là biến chứng chảy máu (14,29%), phù não (28,57%) và giãn não thất (14,29%). Các biến chứng này đều có nguyên nhân là từ hiện tượng phá vỡ áp lực tưới máu não bình thường. Trường hợp chảy máu khi được phẫu thuật lại chúng tôi nhận thấy nguồn chảy máu là một nhánh mạch xuyên xuất phát từ nhu mô não bình thường xung quanh ổ mổ bị xung huyết. Một trong hai trường hợp có biến chứng phù não được phẫu thuật có hiện tượng nhu mô não xung quanh ổ mổ bị phù nề, xung huyết. Trường hợp giãn não thất cấp phải phẫu thuật dẫn lưu não thất ổ bụng là sau điều trị nút mạch và phẫu thuật DDĐTMN hố sau. Sau phẫu thuật có hiện tượng phù não ổ mổ dẫn tới giãn não thất cấp tính. Các biến chúng khác như động kinh, nhiễm trùng vết mổ, rò dịch não tuỷ, viêm màng não, thiếu máu não được điều trị nội khoa. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật DDĐTMN nói chung trong nghiên cứu của Morgan (1993) là 21%, tỷ lệ tử vong là 3,6%. Tuy nhiên đây là một nghiên cứu bao gồm tất cả các trường hợp khối DDĐTMN có phân độ khác nhau. Morgan cũng tổng hợp trong y văn cho thấy tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật của từng tác giả là từ khoảng 3% đến 30%. Ông phân tích nguyên nhân chính dẫn tới biến chứng là hiện tượng phá vỡ áp lực tưới máu não bình thường. Ngoài ra, những nguyên nhân dẫn đến các biến chứng sau mổ là: thương tổn tĩnh mạch dẫn lưu của nhu mô não bình thường, chảy máu do khối DDĐTMN còn tồn dư sau mổ, tổn thương vùng nhu mô não chức năng.

4.8. Kết quả phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tốt chiếm tỷ lệ khá cao (79,17%), kết quả trung bình là 16,67%, kết quả xấu chiếm 4,16%. Nghiên cứu của Zhao (2005) trên 2086 bệnh nhân DDĐTMN được điều trị bằng các phương pháp khác nhau cho thấy độ Spetzler-Martin I có kết quả điều trị tốt là 100%, II là 93%, III là 82%, IV là 70% và V chỉ 53%. Tác giả này cũng tiến hành một nghiên cứu khác năm 2010 về kết quả điều trị phối hợp nút mạch và phẫu thuật ở những khối DDĐTMN độ III trở lên, nghiên cứu này đưa ra kết quả tốt ở DDĐTMN độ III là 100%, ở độ IV tốt là 57,15%, xấu là 23,81%. Ở độ V chỉ có 21,45% tốt và xấu chiếm 28,57%. Tác giả nhận thấy những trường hợp phẫu thuật đơn thuần cho kết quả tốt là 66%, còn phối hợp giữa nút mạch và phẫu thuật có kết quả tốt chiếm 87%[1].

V. KẾT LUẬN

Mục đích của quá trình nút mạch là nút tắc các cuống mạch nuôi khó tiếp cận, tạo ranh giới rõ cho khối DDĐTMN và nút tắc một phần ổ dị dạng. Số lần nút mạch và phần trăm ổ dị dạng được nút tắc không phải là yếu tố quyết định tiên lượng kết quả điều trị. Phần trăm nút tắc cao làm giảm nguy cơ mất máu trong mổ. Phẫu thuật sau khi nút mạch có tỷ lệ lấy hết khối dị dạng cao. Biến chứng chảy máu và phù não sau phẫu thuật có nguyên nhân là hiện tượng phá vỡ áp lực tưới máu bình thường. Phương pháp điều trị phối hợp giữa nút mạch và phẫu thuật có kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zhao J., Wang S., Li J., Qi W., Sui D., Zhao Y. (2005**), Clinical characteristics and surgical results of patients with cerebral arteriovenous malformations, Surgical Neurology 63: 156-161
2. **Tamaki N., Ehara K., Kuwamura K., Obora Y., Kanazawa Y., Yamashita H., Matsumoto S. (1991),** Cerebral arteriovenous malformation: Factors influencing the surgical diffuculty and outcome, Neurosurgery 29(6): 856-863.
3. **Bendok B.R., Levy E.I., Hanel R.A., Qureshi A.I., Guterman L.R., Hopkins L.N. (2003),** Brain AVM embolization, Operative Techniques in Neurosurgery 2(6): 64-74.
4. **Pasqualin A., Baronne G. et als (1991),** The relevance of anatomic and hemodynamic factors to a classification of cerebral arteriovenous malformations, Neurosurgery 28(3): 370-379.

5. **Katsaridis V., Papagiannaki C., Aimar E. (2008),** Curative embolization of cerebral arteriovenous malformations (AVMs) with Onyx in 101 patients, Neuroradiology 50: 589-597.
6. **Fiorella D., Albuquerque F.C., Woo H.H., McDougall C.G., Rasmussen P.A.(2006),** The role of neuroendovascular therapy for the treatment of brain arteriovenous malformations, Neurosurgery 59(5):163-177
7. **Lawton M.T (2014),** Seven AVMs - tenets and techniques for resection, Thieme Publisher
8. **Gross B.A., Storey A., Orbach D.B., Scott M., Smith E.R. (2015),** Microsurgical treatment of arteriovenous malformations in pediatric patients: The Boston Children's Hospital experience, Journal of Neurosurgery Pediatrics 15: 71-77.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TÁN SỎI BỂ THẬN NGƯỢC DÒNG SỬ DỤNG NĂNG LƯỢNG LASER HOLMIUM TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Viết Hiếu*, Phạm Quang Vinh*, Trần Văn Hinh*, Lê Anh Tuấn*, Lê Thị Ánh Hường*

TÓM TẮT

Giới thiệu và mục tiêu: Đánh giá kết quả nội soi tán sỏi bể thận ngược dòng sử dụng năng lượng Laser Holmium tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 4/2018 đến tháng 4/2020 trên 57 bệnh nhân (33 BN nam, 24 BN nữ). **Kết quả**: Tỷ lệ nội soi niệu quản tán sỏi bể thận ngược dòng thành công là 100%; thời gian mổ trung bình 51,40 ± 9,53 phút; tỷ lệ mảnh sỏi chạy lên đài thận 10,5%; tỷ lệ chuyển mổ mở 0%; tỷ lệ sạch sỏi 93%; biến chứng sau mổ 1,8%. **Kết luận**: Nội soi tán sỏi bể thận ngược dòng bằng năng lượng Laser Holmium là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả.

Từ khóa: Nội soi niệu quản tán sỏi bể thận.

SUMMARY

ASSESSING RESULT OF RETROGRADE URETEROPYELOLITHOTRIPSY BY THE HOLMIUM LASER AT 103 MILITARY HOSPITAL

Introduction and objectives: Assessing result of Retrograde ureteropyelolithotripsy by the Holmium laser at 103 Military hospital. **Subjects and methods:** Prospective, cross-sectional study has performed from April 2018 to April 2020 with 57 patients. (33 male patients, 24 female patients). **Results**: The rate of successful retrograde ureteropyelolithotripsy was 100%; the mean operation time is 51,4±9,53 minutes; the rate of pieces of stone ran up to renal calyx is 10%; rate of open surgery is 0%; the clean rate of stone is 93%; the postoperative complication rate is 1,8%. **Conclusion:** Retrograde ureteropyelolithotripsy by the Holmium laser is safer and effective method.

Keyword: Retrograde ureteropyelolithotripsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi bể thận là bệnh lý hay gặp trong bệnh sỏi đường tiết niệu. Sỏi bể thận đôi khi không cần phải can thiệp ngay nhưng nếu gây bít tắc sẽ ảnh hưởng nhanh chóng đến chức năng thận và gây ra các biến chứng như viêm thận-bể thận, thận ứ mủ, nhiễm khuẩn huyết thậm chí gây mất chức năng thận.

Từ năm 1980 trở lại đây, ngoài 2 phương pháp điều trị kinh điển là nội khoa tống sỏi và phẫu thuật mở, các phương pháp ít xâm lấn dần trở nên phổ biến trong đó có nội soi tán sỏi ngược dòng. Trước đây năng lượng dùng trong nội soi ngược dòng tán sỏi (NSND) là xung hơi (pneumatic) hoặc xung điện (electrokinetic), nhưng từ khi Laser Holmium chứng minh được tính ưu việt thì NSND bằng laser đã dần dần phổ biến và thay thế cho các loại năng lượng khác.

Tại Việt Nam, Laser Holmium đã được ứng dụng trong điều trị sỏi từ những năm đầu của thế kỷ 21, trong nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Minh Quang (2003), Dương Văn Trung (2006) [3]. Mục đích của nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả NSND tán sỏi bể thận bằng Laser Holmium tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2018 - 4/2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 57 bệnh nhân (BN) sỏi bể thận, được nội soi ngược dòng tán sỏi bằng Laser Holmium tại khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Quân y 103 từ 4/2018-4/2020.

Các BN được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm thường quy đánh giá chức năng thận (ure, creatinin), siêu âm (đo độ dày nhu mô thận, độ giãn đài bể thận và NQ trên sỏi, vị trí sỏi, kích thước sỏi), chụp X-quang tiết niệu không chuẩn bị và chụp thận thuốc tĩnh mạch, chụp CT-Scanner hệ tiết niệu.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn**

**Bệnh viện Quân y 103*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Vinh
Email: vinh2002hanoi@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2020
Ngày duyệt bài: 8.12.20202

- Sỏi bể thận 1 viên.
- Kích thước sỏi ≤ 20mm.
- Chức năng thận bên có sỏi bình thường hoặc giảm nhẹ.
- Đài bể thận giãn độ I, độ II.

• **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân không đủ hồ sơ nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không đủ điều kiện theo dõi sau mổ.

2. Phương pháp nghiên cứu

• **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả, cắt ngang.

• **Các chỉ tiêu nghiên cứu**

- Lâm sàng:

+ Tuổi, giới.
+ Đặc điểm sỏi: kích thước.

- Đánh giá kết quả kỹ thuật nội soi tán sỏi bể thận ngược dòng:

+ Tỷ lệ thành công kỹ thuật.
+ Thời gian mổ.
+ Tai biến trong mổ.
+ Tỷ lệ chuyển phương pháp mổ.

- Đánh giá kết quả sớm sau mổ:

+ Biến chứng sớm sau mổ: cơn đau quặn thận, sốt nhiễm khuẩn niệu, nhiễm khuẩn huyết.
+ Ngày nằm viện trung bình.
+ Tỷ lệ sạch sỏi (sau 1 tháng).

• **Phương tiện nghiên cứu**

Dụng cụ nội soi bao gồm: ống soi NQ bán cứng 7.5 Fr, Pince gắp sỏi, rọ, guidewire, máy tán sỏi Laser Holmium.

• **Quy trình nội soi niệu quản tán sỏi bể thận ngược dòng.** Sau khi mê nội khí quản, BN được đặt ở tư thế nằm ngửa, hai đùi dạng 1200, hai gối gấp 900 và được đỡ trên giá. Ống soi NQ bán cứng 7.5Fr được đặt vào bàng quang, xác định 2 lỗ NQ; luồn dây dẫn đường qua lỗ NQ, đưa ống soi theo dây dẫn tiếp cận sỏi. Sỏi được tán vụn bằng đầu tán Laser Holmium, đối với những mảnh lớn hơn được lấy ra ngoài bằng rọ bắt sỏi.

• **Xử lý số liệu:** Chương trình SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ đặt máy soi vào niệu quản tiếp cận sỏi thành công: 57/57 trường hợp (100%).

Tình trạng niêm mạc bể thận: 29 BN có phù nề niêm mạc bể thận (51%), 28 BN không phù nề niêm mạc bể thận (49%).

Tiếp cận sỏi: 3 BN (5,3%) trong quá trình đưa máy tán lên tiếp cận sỏi thấy có niệu quản gấp khúc tuy nhiên cả 57/57 trường hợp (100%) đều tiếp cận được sỏi.

Bảng 1. Sỏi chạy vào đài thận

Mảnh sỏi chạy vào đài thận	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không	51	89,5
Có, tán được sỏi	2	3,5
Có, không tán được sỏi	4	7
Tổng	57	100

Nhận xét: Trong quá trình tán, 51/57 bệnh nhân (93%) tán được sỏi ở bể thận, có 6 trường hợp mảnh sỏi chạy lên đài thận trong đó: 2 trường hợp tìm và tán được mảnh sỏi (1 trường hợp mảnh sỏi ở đài trên, 1 trường hợp mảnh sỏi ở đài giữa) và được tán sỏi thành công; 4 trường hợp không tiếp cận và tán được mảnh sỏi (2 trường hợp sỏi ở đài giữa, 2 trường hợp sỏi ở đài dưới).

Bảng 2. Tai biến trong phẫu thuật

Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	3	5,3
Tổn thương niêm mạc bể thận (xước, bỏng)	8	14
Thủng, đứt bể thận	0	0
Lột niêm mạc bể thận	0	0
Tổng	11	19,3

Nhận xét: Trong 57 BN có 11 trường hợp có tai biến trong quá trình tán sỏi (19,3%), trong đó: Tổn thương niêm mạc bể thận 8 trường hợp chiếm tỉ lệ 14%, 3 trường hợp có chảy máu nhẹ khi tán chiếm tỉ lệ 5,3%. Không có bệnh nhân nào phải chuyển phương pháp điều trị.

Biến chứng: Có 1 bệnh nhân (1,8%) nước tiểu qua sonde niệu đạo màu hồng sau 2 ngày phẫu thuật, tuy nhiên huyết động bệnh nhân ổn định, tình trạng tiểu hồng hết vào ngày thứ 4 sau mổ.

Bảng 3. Kết quả kỹ thuật tán sỏi

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	48	84,2
Trung bình	9	15,8
Kém	0	0
Tổng	**57**	100

Nhận xét: Tỉ lệ tán sỏi bể thận thành công 100%, không có trường hợp nào thất bại. Trong đó 48 BN có kết quả tốt (84,2%), 9 BN kết quả khá (15,8%), không có BN nào kết quả trung bình (0%).

Bảng 4. Kết quả chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị (1 tháng sau mổ)

Kết quả Xquang	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sạch sỏi	53	93
Còn mảnh ≤ 4mm	4	7
Còn mảnh > 4mm	0	0
Tổng	57	100

Nhận xét: 53 BN sạch sỏi chiếm 93%, 4 BN còn mảnh sỏi ≤ 4mm, không có BN nào còn mảnh sỏi > 4mm.

Đánh giá kết quả chung sau 1 tháng: 57/57 BN (100%) đạt kết quả tốt.

IV. BÀN LUẬN

Trong quá trình tán sỏi, do tính chất sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi ở vị trí cao, kết hợp với bể thận giãn, có 1 trường hợp mảnh sỏi theo áp lực nước di chuyển vào trong đài trên của thận, 3 trường hợp mảnh sỏi vào đài giữa và 2 trường hợp mảnh sỏi rơi xuống đài dưới của thận. Chúng tôi sau khi tán vụn các mảnh sỏi khác và lấy mảnh sỏi ra ngoài, 2 trường hợp (1 trường hợp mảnh sỏi đài trên và 1 trường hợp mảnh sỏi ở đài giữa) đã được tiến hành đưa máy soi lên bể thận, dùng rọ cố định mảnh sỏi, sau đó đưa xuống bể thận tán vụn rồi lấy mảnh sỏi ra ngoài; 4 trường hợp còn lại chúng tôi không tiếp cận được mảnh sỏi nhưng kích thước mảnh sỏi ≤ 4mm nên chúng tôi quyết định không chuyển phương pháp phẫu thuật, kết thúc cuộc mổ và cho bệnh nhân về điều trị nội khoa kết hợp.

Trong quá trình chúng tôi tán sỏi, có 3/57 bệnh nhân (5,3%) có tai biến chảy máu nhẹ, ảnh hưởng đến tầm nhìn của phẫu trường. Tai biến này xảy ra trên 2 bệnh nhân có phù nề, viêm dính niêm mạc bể thận, trong quá trình tán sỏi, do lực chấn động của năng lượng laser và do viên sỏi cọ xát gây ra chảy máu. Trường hợp còn lại, nguyên nhân chảy máu là do rọ bị đứt trong quá trình tán, khi lấy rọ ra ngoài, nhánh đứt của rọ gây tổn thương niêm mạc bể thận và niệu quản. Chảy máu mức độ nhẹ là tai biến không để lại hậu quả cho bệnh nhân, không ảnh hưởng nhiều đến quá trình phẫu thuật. Qua nghiên cứu, có 8/57 bệnh nhân (14%) có tổn thương xây xước hoặc bỏng niêm mạc bể thận do năng lượng laser hoặc các mảnh sỏi cọ xát vào niêm mạc bể thận trong quá trình lấy sỏi. Không có trường hợp nào lột niêm mạc bể thận, thủng hay đứt rách bể thận, không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp điều trị.

Chúng tôi không gặp trường hợp nào nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn niệu. Hầu hết các BN ngay sau mổ đặt thông tiểu đều có nước tiểu hồng nhạt, nhưng sau vài giờ đều trong trở lại. 1 trường hợp tiểu máu kéo dài sau phẫu thuật nhưng tình trạng bệnh nhân ổn định, tiểu trong trở lại vào ngày thứ 4 sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Dương Văn Trung (2009) không có trường hợp nào tiểu máu nặng [3]. Trong khi đó nghiên cứu của tác giả Vũ Lê Chuyên (2006) có tỷ lệ tiểu máu là 100% và giảm dần theo các ngày điều trị, Đỗ Ngọc Thể (2009) ghi nhận 6 trường hợp tiểu máu kéo dài, trong đó 2 trường hợp chảy máu trong mổ phải dừng lại [2], điều trị nội khoa và xử lý tán sỏi lần hai. Theo Aridogan (2005) tỷ lệ tiểu máu sau tán sỏi là 7,3% [6].

Chúng tôi nội soi tán sỏi thành công 57/57 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 100%), không có trường hợp nào thất bại và không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp điều trị. Trong đó có 48 BN có kết quả tốt (84,2%), 9 BN kết quả trung bình (15,8%), không có BN nào kết quả kém (0%). Kết quả kỹ thuật của chúng tôi tương đương với một số tác giả khác: Nguyễn Hoàng Đức (2008) tán sỏi NQ 1/3 trên bằng laser cho tỷ lệ thành công 92,5%. Nguyễn Minh Quang (2003) tỷ lệ thành công 95%. Nguyễn Kim Tuấn (2010) [4] thành công 92,4%, thất bại 7,6%. Mugiya (2006) thành công 88,9%, Ekrem Akdeniz (2014) [5] thành công 87,9%.

57/57 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được đặt sonde JJ và sau tán sỏi 1 tháng các bệnh nhân được hẹn quay lại rút sonde JJ. Chúng tôi tiến hành khám lâm sàng và chụp X-Quang hệ tiết niệu cho các trường hợp tái khám. Kết quả khám lại trên lâm sàng cho thấy 100% bệnh nhân không có trường hợp nào có cơn đau quặn thận, một vài bệnh nhân còn đau âm ỉ vùng hạ vị, nguyên nhân có thể do đặt sonde JJ. Trên phim hệ tiết niệu không chuẩn bị, có 53/57 trường hợp sạch sỏi, 4 trường hợp còn mảnh sỏi ≤ 4mm, không có trường hợp nào có mảnh sỏi trên 4mm. Như vậy, tỷ lệ sạch sỏi chung sau 1 tháng tán sỏi là 93%. Kết quả này cũng tương đồng với Bùi Anh Tuấn (2005) [1] có tỉ lệ sạch sỏi là 95,9%, Vũ Lê Chuyên (2006) là 85,71%, Osorio L. và cộng sự (2007) [8] có tỉ lệ sạch sỏi 92,4%, Aridogan I.A. và cộng sự (2005)[6] đạt 86,5%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dù tán sỏi bằng ống soi bán cứng, vị trí sỏi ở trên cao (bể thận) nhưng tỉ lệ tán sỏi thành công lên tới 100%, tỉ lệ sạch sỏi là 93%. Nguyên nhân có thể do các bệnh nhân đều được chuẩn bị trước mổ chu đáo, chất lượng trang thiết bị tốt và các phẫu thuật viên đã thành thạo với phương pháp phẫu thuật tán sỏi nội soi ngược dòng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngược dòng tán sỏi bể thận cho kết quả tốt, tỉ lệ sạch sỏi cao, tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp. Đây là phương pháp ít xâm lấn giải quyết được những hạn chế của PCNL và ESWL, nên được cân nhắc chỉ định đối với sỏi bể thận đơn thuần kích thước < 20mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Anh Tuấn (2005),** Nghiên cứu kết quả tán sỏi niệu quản 1/3 dưới qua nội soi tại bệnh viện Việt

Đức, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân Y.
2. **Đỗ Ngọc Thể (2009)**, Nghiên cứu kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng nội soi niệu quản ngược dòng tại Bệnh viện 103, Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện quân y.
3. **Dương Văn Trung (2009),** Nghiên cứu kết quả và tai biến, biến chứng trong tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng, Luận văn Tiến sĩ, Học viện Quân y, Hà Nội.
4. **Nguyễn KimTuấn (2010),** "Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng tán sỏi qua nội soi ngược dòng tại Bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Y học Thực Hành. Tập 718+719, tr. 183-190.
5. **Akdeniz, E. và các cộng sự. (2014),** "A comparison of efficacies of holmium YAG laser, and pneumatic lithotripsy in the endoscopic treatment of ureteral stones", Turk J Urol. 40(3), pp. 138-43.
6. **Aridogan, I. A. và các cộng sự. (2005),** "Complications of pneumatic ureterolithotripsy in the early postoperative period", J Endourol. 19(1), pp. 50-3.
7. **Gupta, Pawan Kumar. (2007),** "Is the holmium:YAG laser the best intracorporeal lithotripter for the ureter? A 3-year retrospective study", J Endourol. 21(3), pp. 305-9.
8. **Osorio, L. và các cộng sự. (2007),** "Emergency ureteroscopic management of ureteral stones: why not?", Urology. 69(1), pp. 27-31; discussion 31-3.

ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT ĐẶT ỐNG DẪN LƯU TIỀN PHÒNG MINI-EXPRESS ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC MỞ

Nguyễn Thị Hoàng Thảo[1], Trần Anh Tuấn[2], Vũ Thị Thái[1]

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đếnhiệu quả hạ nhãn ápcủa phương pháp đặt ống dẫn lưu tiền phòng mini-express trong điều trị glôcôm góc mở. **Phương pháp**: nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiến cứu trên 45 mắt glôcôm góc mở của 41 bệnh nhân (25 bệnh nhân nam và16 bệnh nhân nữ). Các bệnh nhân được đặt ống dẫn lưu tiền phòng mini-express dưới vạt củng mạc. Chúng tôi đánh giá mối liên quan của một số yếu tố với tỷ lệ thành công của phẫu thuật. **Kết quả**: 91,1% số mắt nhãn áp sau điều trị ≤ 21 mmHg có hoặc không cần thuốc tra bổ sung (66,7% thành công tuyệt đối không cần dùng thuốc tra hạ nhãn áp, 24,4% thành công tương đối nhãn áp điều chỉnh với thuốc tra hạ nhãn áp). Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật bao gồm: mức nhãn áp trước phẫu thuật, tiền sử phẫu thuật cắt bè trước đó, độ tuổi, tình trạng ống dẫn lưu,tình trạng sẹo bọng trên lâm sàng cũng như một số chỉ số trên siêu âm UBM sẹo bọng như: khoang dịch dưới vạt củng mạc, độ phản âm trong sẹo, chiều cao sẹo bọng. Tuy nhiên giới tính, biến chứng sau phẫu thuật, số lượng thuốc tra bổ sung trước phẫu thuật là các yếu tố không ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. **Kết luận**: Phương pháp đặt ống dẫn lưu tiền phòng mini-express có hiệu quả hạ nhãn áp tốt trên mắt glôcôm góc mở. Bệnh nhân trẻ tuổi, mắt đã phẫu thuật cắt bè trước đó, mắt có mức nhãn áp trước phẫu thuật cao thì khả năng thất bại cao. Tình trạng ống dẫn lưu, tình trạng sẹo bọng trên lâm sàng và UBM có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.

[1]Khoa Glôcôm, BV mắt TW
[2]Trung tâm điện quang Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoàng Thảo
Email: Hoangthao041979@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 20.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 7.12.2020

SUMMARY

ASSESSMENT FACTORS AFFECTING THE EFFICIENCY OF THE EXPRESS MINI GLAUCOMA SHUNT IMPLANTATION FOR THE TREATMENT OF OPEN ANGLE GLAUCOMA

Purpose: To evaluate factors influencing the intraocular pressure (IOP) lowering effects ofEXPRESS mini shunt for the treatment of open-angle glaucoma. **Methods:**A clinical intervention, prospective study on 45 open-angle glaucoma eyes of 41 patients (25 male and 16 female). An EXPRESS mini drainage device was inserted under the scleral flap. We assessed the related factors with the success rate of surgery. **Results:** 91.1% of eyes achieved post-op IOP ≤ 21 mmHg with or without additional glaucoma medication (66.7% of absolute success without glaucoma drugs, 24.4% of relative success with controlled IOP byIOP lowering drugs). Factors influencing surgical outcomes included: preoperative IOP, previous history of ocular surgeries, age, shunt status, bleb morphology which related to a numbers of indexes on ultrasound biomicroscopy such as: fluid cavity under scleral flap, intrableb echogenicity, bleb height. However, gender, post-op complications and the number of preoperative glaucoma medications were not related to the surgical outcomes. **Conclusion**: EXPRESS mini drainage device provided a good IOP-lowering effect on eyes with open angle glaucoma. Young patients, previous history of trabeculectomy, eyes with high preoperative IOP likely had the high rate of failure.Shunt status, bleb morphology evaluated clinically and using UBM affected surgical outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là bệnh lí mạn tính của thị thần kinh có khả năng gây mù lòa vĩnh viễn. Bệnh biểu hiện bằng sự tổn hại đĩa thị, thị trường và thường có tăng nhãn áp. Phương pháp đặt ống

dẫn lưu tiền phòng mini-express phẫu thuật đơn giản, ít biến chứng, chỉ định trên mắt glôcôm góc mở nguyên phát, glôcôm góc mở thứ phát nhãn áp khó điều chỉnh. Thiết bị này giúp dẫn lưu thủy dịch từ tiền phòng đến khoang dưới kết mạc, tỷ lệ thành công khá cao (Kanner là 94,8%)[1]. Tuy nhiên, tỷ lệ thành công sau phẫu thuật phụ thuộc vào một số yếu tố như: như: độ tuổi, mức nhãn áp trước mổ, tiền sử phẫu thuật cắt bè trước đó, tình trạng sẹo bọng trên lâm sàng và siêu âm UBM…

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 45 mắt của 32 bệnh nhân góc mở nhãn áp không điều chỉnh với thuốc tra hạ nhãn áp, điều trị tại bệnh viện Mắt TW từ tháng 10/2013 đến 10/2017. Loại trừ khỏi nghiên cứu mắt đã đặt thiết bị dẫn lưu tiền phòng trước đó, mắt đang viêm nhiễm, toàn trạng già yếu, trẻ nhỏ.

Phương pháp nghiên cứu: can thiệp lâm sàng, tiến cứu, không có nhóm đối chứng.

Quy trình nghiên cứu: ghi nhận đặc điểm tuổi, giới, lý do đến khám, thời điểm xuất hiện bệnh, tiền sử PT mắt, thuốc tra hạ nhãn áp... Được thử thị lực có chỉnh kính bằng bảng Snellen (chia 5 nhóm: < ĐNT 3m, ĐNT 3m - < 20/200, 20/200 -<20/70, > 20/70), nhãn áp đo bằng NA kế Gooldmann chia thành 3 nhóm (< 21 mmHg, 21 - 30 mmHg, > 30 mmHg), đánh giá thị trường kế Humphrey (chia 6 giai đoạn theo phân loại Mill 2006: giai đoạn 0, giai đoạn 1, giai đoạn 2, giai đoạn 3, giai đoạn 4, giai đoan 5). Khám phần trước nhãn cầu bằng sinh hiển vi đèn khe: sẹo bọng, đo ĐSTP, soi góc TP, xác định hình thái glôcôm...

Phương pháp phẫu thuật: bệnh nhân được giải thích, uống Acetazolamid 0,25g × 2 viên, tra kháng sinh, tra Isotocarpin 2% trước phẫu thuật. Tiến hành các bước cắt bè theo qui chuẩn, áp Mitomycin C trên vạt củng mạc trước khi tạo vạt. Dùng kim 27 G chọc vào tiền phòng tại vị trí ranh giới đường xám tiếp giáp với đường trắng, ngay dưới vạt củng mạc. Đặt thiết bị dẫn lưu mini- express qua đường chọc. Khâu nắp củng mạc, kết mạc bằng chỉ 10/0, tiêm cạnh nhãn cầu Gentamycin 80mg× ½ml và Dexamethason 4mg × ½ ml. Sau điều trị, uống kháng sinh từ 5-7 ngày, tra kháng sinh từ 7-10 ngày, thuốc chống viêm corticoid, chống viêm nonsteroid 4 lần/ ngày×4 tuần sau đó 2 lần/ ngày× 4tuần kế tiếp. Bệnh nhân được theo dõi ở các thời điểm: 1 ngày, 3 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng, 24 tháng.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

- Nhãn áp: chia 3 nhóm theo Chan J.E **[2]**: NA điều chỉnh tuyệt đối ≤ 21 mmHg không thuốc tra hạ NA, NA điều chỉnh tương đối: ≤ 21 mmHg với thuốc tra hạ NA, NA không điều chỉnh: > 21 mmHg với thuốc tra hạ NA.

- Thiết bị DLTP được đánh giá theo 3 mức: tốt: đầu TBDL trong tiền phòng 1-2 mm, song song với bề mặt mống mắt, không bị bít bởi mống mắt, xuất tiết, xuất huyết, đĩa TBDL cố định tốt dưới vạt củng mạc; trung bình: đầu dẫn lưu hơi lệch trục, chạm vào mống mắt hoặc nội mô giác mạc nhưng không gây tăng nhãn áp, không cần can thiệp phẫu thuật; xấu: đầu thiết bị bịt bởi mống mắt làm mất tác dụng dẫn lưu thủy dịch cần can thiệp lại

- Sẹo bọng theo phân loại của Buskirk 1992: bọng thấm tốt: toả lan, bề mặt bọng vô mạch hoặc trong kết mạc có những nang nhỏ trong (microcysts), bọng thấm khá: bọng hình thành toả lan nhưng nhiều mạch máu trên bề mặt hoặc có xu hướng dính ở chu biên làm sẹo không toả lan rộng, bọng thấm xấu: bọng thấm hình thành nhưng lồi lên hoặc xơ dính với nền củng mạc, kết mạc khó di động, nhiều mạch máu hoặc không tạo bọng **[3]**.

- Đánh giá sẹo bọng trên siêu âm UBM theo Yamamoto T: chiều cao bọng: bọng cao: ≥ 2 mm, bọng trung bình: từ 1 -2mm, bọng dẹt: < 1 mm. Độ phản âm của sẹo bọng: cao (thể hiện bằng thang màu trắng), trung bình (thể hiện bằng thang màu xám), yếu (thể hiện bằng thang màu đen). Đường thủy dịch dưới vạt củng mạc: có hoặc không [4].

- Đánh giá biến chứng: biến chứng liên quan đến ống dẫn lưu: lệch trục, tắc đầu hặc đĩa ống. Các biến chứng khác như: xẹp tiền phòng, bong hắc mạc, nhãn áp thấp, xuất huyết tiền phòng...

- Kết quả chung phẫu thuật theo Beltran-AgulloL [5]: tốt (NA ≤ 21 mmHg không cần dùng thuốc hạ NA, NA hạ> 20% so với NA ban đầu, tình trạng ống dẫn lưu tốt); trung bình (NA ≤ 21 mmHg có hoặc không dùng thuốc hạ NA, NA giảm > 20% so với NA ban đầu, tình trạng ống dẫn lưu trung bình: bị di lệch nhẹ nhưng không cần can thiệp lại; xấu (> 21 mmHg với thuốc hạ NA, tình trạng ống dẫn lưu xấu: di lệch nhiều, bị bít ở đầu trong hoặc đầu ngoài, cần can thiệp lại).

- Đánh giá mối tương quan giữa tỷ lệ thành công của phẫu thuật với các yếu tố: tuổi, tiền sử PT lỗ rò trước PT, mức NA trước mổ, số lần phẫu thuật trước đây, biến chứng sau PT, loại ống dẫn lưu sử dụng, cách che phủ đĩa ống dẫn lưu, hình thái sẹo bọng trên lâm sàng, chiều cao bọng

thấm, độ phản âm bên trong sẹo bọng, chiều cao khoang dịch dưới vạt củng mạc trên UBM, số lượng thuốc tra trước PT.

Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê bằng chương trình SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 45 mắt của 32 bệnh nhân glôcôm góc mở, 25 nam (82,1%), 16 nữ (52,9%); độ tuổi từ 15 -81, tuổi trung bình là 67,71 ± 18,11. Đa số bệnh nhân từ 16 đến 60 tuổi (87,7%). Glôcôm nguyên phát chưa phẫu thuật chiếm chủ yếu 32 người (71,1%). Nhóm thị lực < ĐNT 1m chiếm 8,9%. Nhóm thị lực 20/200 - 20/30 chiếm 60,0%. Các bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu ở giai đoạn nặng, có 29 bệnh nhân c/d =1 chiếm 64,4% tương đương với mức độ tổn hại thị trường nặng. Nhãn áp trung bình trước mổ của nhóm nghiên cứu là 26,07 ± 6,27mmHg, sau phẫu thuật 24 tháng là 17,12±2,62mmHg. Có 4,4% trường hợp lệch trục ống, đĩa ống dẫn lưu tăng sinh xơ ở 26,8%. Tỷ lệ sẹo bọng tốt là 64,4%, 26,7% sẹo bọng trung bình và 8,9% sẹo bọng xấu. Trên siêu âm UBM: mắt có chiều cao sẹo bọng ≥ 2mm chiếm 66,7%, 13,3% mắt sẹo bọng dẹt chiều cao < 1mm. Đường thoát lưu dịch dưới vạt củng mạc có ở 36 mắt (80,0%), 68,9% số mắt có độ phản âm trong sẹo yếu. Biến chứng bong hắc mạc gặp 13,3%, nhãn áp thấp 17,8% và xẹp TP 11,1%. Tỷ lệ thành công tuyệt đối là 66,7%, thành công tương đối là 24,4% và thất bại 8,9%.

Tuổi và sự tăng sinh xơ tại đĩa ống dẫn lưu.

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa tuổi và mức độ tăng sinh xơ đĩa ống dẫn lưu

Nhóm tuổi	Tăng sinh xơ tại đĩa dẫn lưu		Không tăng sinh xơ tại đĩa dẫn lưu		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
< 35	9	39,1	14	60,9	1	
≥35	1	4,5	21	95,5	13,5 (1,49-619,07)	0,01
Tổng	**10**	**22,2**	**35**	**77,8**		

Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa tuổi và sự tăng sinh xơ tại đĩa ống: mắt của bệnh nhân < 35 tuổi có tỷ lệ tăng sinh xơ tại đĩa ống cao hơn so với mắt của người ≥ 35 tuổi 13,5 lần. Tỷ suất chênh OR= 13,5; khoảng tin cậy 95% CI từ 1,49 đến 619,07 với p=0,01.

Tiền sử PT cắt bè với sự tăng sinh xơ tại đĩa ống dẫn lưu.

Bảng 3.2. Mối liênquan giữa tiền sử PT cắt bè với sự tăng sinh xơ tại đĩa ống dẫn lưu.

Tiền sử PT	Tăng sinh xơ tại đĩa dẫn lưu		Không tăng sinh xơ tại đĩa dẫn lưu		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
Glôcôm chưa PT	4	12,5	28	87,5	1	
Glôcôm đã PT	6	46,2	7	53,8	6,0(1,04-36,22)	0,02
Tổng	**10**	**22,2**	**35**	**77,8**		

Những mắt đã PT cắt bè trước điều trị có tỷ lệ tăng sinh xơ tại đĩa ống cao hơn rõ rệt so với mắt chưa PT cắt bè trước đó: 46,2% so với 12,5%. Hệ số tương quan OR= 6,0; khoảng tin cậy 95% CI từ 1,04 đến 36,22 cho thấy những mắt đã có tiền sử PT có tỷ lệ tăng sinh xơ tại đĩa ống cao hơn 6,0 lần so với mắt chưa có tiền sử này.

Liên quan giữa mức NA trước PT và sự tăng sinh xơ tại đĩa ống dẫn lưu

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa mức NA trước PT và sự tăng sinh xơ tại đĩa ống dẫn lưu.

Mức NA trước PT	Tăng sinh xơ tại đĩa dẫn lưu		Không tăng sinh xơ tại đĩa dẫn lưu		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
21-25	1	5,3	18	94,7	1	
>25-30	7	41,2	10	58,8	12,6(1,35-117,57)	0,03
>30	2	22,2	7	77,8	6,70(0,40-66,15)	0,21
Tổng	**10**	**22,2**	**35**	**77,8**		

Những mắt có mức nhãn áp trước PT cao (>25-30 mmHg) thì tỷ lệ tăng sinh xơ cao hơn hơn 12,6 lần so với những mắt có NA trước PT ≤ 25 mmHg (khoảng tin cậy 95% CI từ 1,35 đến 117,57 với p< 0,05). Với mức NA > 30 mmHg cũng thấy có mối liên quan với sự tăng sinh xơ tại đĩa ống (OR= 6,7; khoảng tin cậy 95% CI từ 0,40 đến 66,15). Tuy nhiên p > 0,21 nên sự liên quan này không có ý nghĩa thống kê do n nhỏ (n=2). Như vậy, mắt có NA cao > 25 mmHg thì tỷ lệ tăng sinh xơ tại đĩa ống dẫn lưu nhiều hơn so với mắt NA từ 21-25 mmHg.

Liên quan giữa hình thái sẹo bọng trên lâm sàng và tỷ lệ NA điều chỉnh.

Bảng 3.4. Mối tương quan giữa hình thái sẹo bọng trên lâm sàng và tỷ lệ NA điều chỉnh.

Sẹo bọng	NA điều chỉnh tuyệt đối		NA điều chỉnh tương đối, không điều chỉnh		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
TB/xấu	1	16,7	5	83,3	1	
Tốt	29	74,4	10	25,6	14,50 (1,30-708,51)	0,01
Tổng	**30**	**66,7**	**15**	**33,3**		

Mắt có sẹo bọng tốt thì tỷ lệ NA điều chỉnh cao hơn 14,5 lần so với mắt sẹo bọng trung bình hoặc xấu (tỷ xuất chênh OR= 14,5; khoảng tin cậy 95% CI từ 1,30 đến 708,51 với p= 0,01).

Liên quan giữa tình trạng van dẫn lưu và NA.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tình trạng ống dẫn lưu và sự điều chỉnh NA

Tình trạng ống dẫn lưu	NA điều chỉnh tuyệt đối		NA điều chỉnh tương đối, không điều chỉnh		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
Tốt	28	84,9	5	15,1	28(3,84-301,33)	<0,01
TB, Xấu	2	16,7	10	83,3	1	
Tổng	**30**	**66,7**	**15**	**33,3**		

Những mắt có tình trạng ống dẫn lưu tốt thì mức độ NA điều chỉnh cao hơn 28 lần so với những mắt có tình trạng ống dẫn lưu trung bình và xấu (tỷ xuất chênh OR = 28, khoảng tin cậy 95% CI từ 3,84 đến 301,33 với p < 0,01).

Chúng tôi cũng thấy có mối liên quan giữa độ phản âm trong sẹo, chiều cao sẹo bọng và khoang dịch dưới vạt củng mạc với tỷ lệ NA điều chỉnh sau PT với p < 0,01

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu Traverso (2005) có độ tuổi trung bình là 75,1 ±1,1 tuổi, cao hơn nhiều so với chúng tôi (67,71 ± 18,11). Tỷ lệ thành công tương đối của tác giả này là 94,4% sau 2 năm theo dõi, tỷ lệ này cao hơn chúng tôi (91,1%) [6]. Như vậy, độ tuổi có ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công của PT bởi khả năng tăng sinh xơ gây bít tắc lỗ thoát đĩa ống dẫn lưu. Trong nghiên cứu này chúng tôi có 13 mắt (28,9%) phải phá bao xơ bằng kim, trong khi một số tác giả công bố chỉ làm thủ thuật này cho 10 - 20% số trường hợp: Arimura S là 10,0%[7]. Đối tượng nghiên cứu của các tác giả này chưa có tiền sử cắt bè, vì vậy tỷ lệ tăng sinh xơ của các tác giả này thấp hơn chúng tôi. Nguyên nhân do những mắt đã phẫu thuật cắt bè trước đó có sự tăng sinh xơ liên tục kéo dài tại khu vực đĩa ống dẫn lưu. Những mắt có mức NA trước PT cao thì tỷ lệ tăng sinh xơ sau PT mạnh hơn so với những mắt có mức NA thấp (bảng 3.3). Mức NA trung bình trước mổ của chúng tôi là 26,07 ± 6,27 mmHg, tỷ lệ thành công tuyệt đối và tương đối là 66,7% và 91,1%. De Jong (2011) có mức NA trung bình của nhóm đặt ống dẫn lưu tương ứng 22,8 ± 8,0 mmHg, tỷ lệ thành công tương đối của tác giả này là 97,3% sau 2 năm. Có lẽ mức NA trước PT của tác giả này thấp hơn chúng tôi nhiều nên tỷ lệ thành công cao hơn nhiều so với chúng tôi [8]. Những mắt có sẹo bọng tốt thì tỷ lệ NA điều chỉnh tốt hơn những mắt sẹo bọng xấu và trung bình 14,5 lần (bảng 3.5). Gindroz (2011) thấy có 21% sẹo xấu (cao hơn 8,9% của chúng tôi), tỷ lệ thành công tương đối của tác giả này là 85,0%, thấp hơn 91,1% của chúng tôi [9]. Chúng tôi cũng tìm thấy mối tương quan giữa độ phản âm trong sẹo, chiều cao sẹo bọng và sự tồn tại khoang dịch dưới vạt củng mạc với tỷ lệ thành công của PT. Nghiên cứu của chúng tôi có 68,9% sẹo bọng có độ phản âm thấp, tỷ lệ thành công tuyệt đối là 66,7%, thành công tương đối là 91,1%. Yamamoto cũng khẳng định những mắt có độ phản âm trong sẹo thấp thì tỷ lệ thành công là 95%, độ phản âm trung bình là 91% và tỷ lệ thành công chỉ còn 44% ở những mắt có độ phản âm cao [4]. Những mắt có chiều cao sẹo bọng trên UBM ≥ 2mm có tỷ lệ NA điều chỉnh cao hơn 290 lần so với những mắt có chiều cao khoang dịch < 2mm. Chúng tôi có 68,8% số mắt có chiều cao sẹo bọng ≥ 2mm, 20% số mắt có chiều cao sẹo bọng 1-2mm và 13,2% sẹo bọng dẹt < 1mm. Tỷ lệ những mắt có NA tự điều chỉnh không dùng thuốc của chúng tôi là 66,7%. Yamamoto thấy nếu chiều cao ≥ 2mm thì 100% NA tự điều chỉnh tốt, chiều cao 1 - 2 mm có 97% nhãn áp tự điều chỉnh, khi sẹo dẹt < 1mm thì 55,6% nhãn áp không tự điều chỉnh được [4]. Đường lưu thông thủy dịch dưới vạt củng mạc là

một tiêu chí quan trọng trên UBM trong đánh giá tỷ lệ thành công của PT mà đa số các tác giả đều đồng nhất quan điểm. Nghiên của chúng tôi có 80,0% số mắt tồn tại khoang dịch dưới vạt củng mạc, tương ứng với tỷlệ NA điều chỉnh tuyệt đối là 66,7%, NA điều chỉnh tương đối là 91,1%. Theo Yamamoto đường lưu thông thủy dịch dưới vạt củng mạc có liên quan mật thiết đến sự kiểm soát NA. Có 90,2% số mắt NA được kiểm soát tốt và 9,8% NA không điều chỉnh nếu tìm thấy đường lưu thông thủy dịch này. Ngược lại nếu không có đường lưu thông thủy dịch thì chỉ có 30% số mắt điều chỉnh được NA còn 70% rơi vào tình trạng mất kiểm soát [4]. Chúng tôi không tìm thấy có mối liên quan giữa giới tính và tỷ lệ NA điều chỉnh sau PT. Tỷ lệ NA điều chỉnh của PT cũng không có sự liên quan với số lượng thuốc tra (tỷ suất chênh OR= 0,31, khoảng tin cậy 95% CI từ 0,06 đến 1,64 với p= 0,17). Không có mối liên quan giữa biến chứng và tình trạng ống dẫn lưu (p > 0,05). Có lẽ do các biến chứng của chúng tôi nhẹ đáp ứng tốt với điều trị nội khoa không cần can thiệp bổ sung nên không ảnh hưởng nhiều đến kết quả PT

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân trẻ tuổi, mắt đã PT cắt bè trước PT, mắt có mức NA trước PT càng cao thì nguy cơ thất bại càng cao. Những mắt sẹo bọng tốt có tỷ lệ thành công cao hơn những mắt sẹo bọng trung bình hoặc xấu. Trên siêu âm UBM: mắt có chiều cao sẹo bọng ≥ 2mm, có độ phản âm trong sẹo thấp, tồn tại khoang dịch dưới vạt có tỷ lệ thành công cao hơn những mắt không có các tiêu chí này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kanner E.M., Netland P.A., Sarkisian S.R., et al. (2009)**. Ex-PRESS miniature glaucoma device implanted under a scleral flap alone or combined with phacoemulsification cataract surgery. J Glaucoma, **18**(**6**), 488–491.
2. **Chan J.E. and Netland P.A. (2015)**. EX-PRESS Glaucoma Filtration Device: efficacy, safety, and predictability. Med Devices (Auckl), **8**, 381–388.
3. **E Buskirk (1992).** Mechanisms and management of filtration bleb failure. 20(3), 157-162.
4. **Yamamoto T., Sakuma T., and Kitazawa Y. (1995).** An Ultrasound Biomicroscopic Study of Filtering Blebs after Mitomycm C Trabeculectomy. Ophthalmology, **102**(**12**), 1770–1776.
5. **Beltran-Agullo L., Trope G.E., Jin Y., et al. (2015).** Comparison of visual recovery following ex-PRESS versus trabeculectomy: results of a prospective randomized controlled trial. J Glaucoma, **24**(**3**), 181–186.
6. **Traverso C.E., De Feo F., Messas-Kaplan A., et al. (2005).** Long term effect on IOP of a stainless steel glaucoma drainage implant (Ex-PRESS) in combined surgery with phacoemulsification. Br J Ophthalmol, **89**(**4**), 425–429.
7. **Arimura S., Miyake S., Iwasaki K., et al. (2018).** Randomised Clinical Trial for Postoperative Complications after Ex-PRESS Implantation versus Trabeculectomy with 2-Year Follow-Up. Scientific Reports, **8**(**1**), 16168.
8. **de Jong L., Lafuma A., Aguadé A.-S., et al. (2011).** Five-year extension of a clinical trial comparing the EX-PRESS glaucoma filtration device and trabeculectomy in primary open-angle glaucoma. Clin Ophthalmol, **5**, 527–533.

NHẬN XÉT GÓC NGHIÊNG, GÓC XOAY CỦA LỒI CẦU XƯƠNG ĐÙI Ở BỆNH NHÂN THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN

Nguyễn Huy Phương*, Trần Trung Dũng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát góc nghiêng và góc xoay của lồi cầu xương đùi ở bệnh nhân thoái hoá khớp gối có chỉ định thay khớp gối toàn phần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu tiến cứu trên 74 khớp gối thoái hoá khớp nặng của 68 bệnh nhân được phẫu thuật thuật thay khớp gối toàn phần từ tháng 07/2016 đến tháng 05/2019. Khảo sát góc nghiêng của lồi cầu xương đùi là góc giữa trục cơ học (FMA) và trục giải phẫu xương đùi (FAA) đo trên phim chụp Xquang toàn trục chi dưới; góc xoay của lồi cầu xương đùi là góc giữa trục xuyên mỏm trên lồi cầu đùi phẫu thuật (sTEA) và trục nối bờ sau 2 lồi cầu đùi (PCA) đo trên phim chụp cộng hưởng từ khớp gối trước mổ. **Kết quả**: - Góc nghiêng trung bình của LCĐ là 7,3º ± 1,4º (2,1º - 9,0º). Có sự khác biệt giữa các bệnh nhân, không có sự khác biệt thống kê giữa nam và nữ, giữa nhóm khớp gối vẹo trong và nhóm khớp gối vẹo ngoài. Có 49 khớp gối (chiếm 66,2%) có góc nghiêng của LCĐ từ 4,5º -7,4º; 09 khớp gối (chiếm 12,2%) có góc nghiêng LCĐ <4,5º và 16 khớp gối (chiếm 21,6%) có góc nghiêng LCĐ >7,4º.- Góc xoay trung bình là 4,0º ± 1,8º (0,1º - 5,9º). Có sự khác biệt giữa các bệnh nhân, không có sự khác biệt thống kê giữa nam và nữ, giữa nhóm gối vẹo trong và nhóm khớp gối vẹo ngoài. Có 21 khớp gối (chiếm 28,4%) có

**Trường đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Phương
Email: huyphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 8.12.2020

góc xoay của LCĐ từ 2,5º - 3,4º; 20 khớp gối (chiếm 27,0%) có góc xoay LCĐ từ 0º - 2,4º và 33 khớp gối (chiếm 44,6%) có góc xoay LCĐ từ 3,5º-6º. **Kết luận:** góc nghiêng và góc xoay của lồi cầu xương đùi có sự khác biệt giữa các bệnh nhân.

Từ khóa: góc nghiêng, góc xoay lồi cầu xương đùi, thoái hóa khớp gối, thay khớp gối toàn phần.

SUMMARY

THE TILT ANGLE AND ROTATION ANGLE OF FEMORAL CONDYLE IN TOTAL KNEE ARTHROPLASTY PATIENTS

Objective: Identify the tilt angle and rotation angle of femoral condyle in knee osteoarthritic patients who have indicated total knee arthroplasty. **Methods**: From 07/2016 to 05/2019, we conducted a prospective study of 74 total knee arthroplasty of 68 patients. Define the tilt angle of femoral condyle is the angle between mechanical axis (FMA) and anatomica axis (FAA) of the femur based on the long leg radiograph; the rotation angle of femoral condyle is the angle between surgical transepicondylar axis (sTEA) and posterior condylar axis (PCA). **Results**: - The average tilt angle of the femoral condyle is 7,3º ± 1,4º (2,1º-9,0º). There are differences between patients, there was no statistical difference between male and female, between groups of genu varum and genu valgum. There are 49 knee joints (accounting for 66,2%) with the tilt angle of the femoral condyle from 4,5º-7,4º; 09 knee joints (12,2%) with the tilt angle of the femoral condyle <4,5º and 16 knee joints (21,6%) with tilt angle of the femoral condyle > 7,4º. - The average rotation angle is 4,0º ± 1,8º (0,1º - 5,9º). There is a difference between patients, there is no statistical difference between male and female, between groups of genu varum and genu valgum. There are 21 knee joints (accounting for 28,4%) with rotation angle of femoral condyle ranging from 2,5º - 3,4º, there are 20 knee joints (27,0%) with rotation angle of femoral condyle ranging from 0º-2,4º and there are 33 knee joints (44,6%) with rotation angle of femoral condyle ranging from 3,5º-6,0º. **Conclusions:** the tilt angle and rotation angle of femoral condyle in knee osteoarthritic are difference between patients.

Keywords: femoral condyle rotated, valgus cut angle, knee osteoarthritis, total knee arthroplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp gối toàn phần (TKGTP) là phẫu thuật yêu cầu độ chính xác rất cao, trong đó góc nghiêng và góc xoay của lồi cầu đùi (LCĐ) là hai yếu tố cực kỳ quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả của thay khớp gối[1],[2].

Góc xoay của LCĐ là góc giữa trục xuyên mỏm trên LCĐ phẫu thuật (sTEA) và trục nối bờ sau 2 LCĐ (PCA). Góc xoay này ảnh hưởng đến sự chính xác của lát cắt bờ trước và bờ sau LCĐ. Góc nghiêng của LCĐ là góc giữa trục cơ học (FMA) và trục giải phẫu (FAA) của xương đùi. Góc nghiêng này quyết định lát cắt đầu xa của xương đùi và ảnh hưởng trực tiếp đến việc khôi phục trục cơ học chi dưới sau mổ.

Hiện nay, nhiều phẫu thuật viên thường sử dụng các trợ cụ với góc cắt nghiêng trung bình 6° và góc xoay ngoài trung bình là 3 để cắt xương LCĐ. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng góc nghiêng và góc xoay của LCĐ không hằng định mà thay đổi phụ thuộc vào chủng tộc người, vào cá thể người bệnh cũng như mức độ thoái hoá và biến dạng của khớp gối[3],[4],[5]. Vì vậy, việc đo đạc, khảo sát các góc này trước mổ để ứng dụng vào điều chỉnh các lát xương LCĐ trong TKGTP là rất cần thiết để cải thiện tính chính xác của phẫu thuật trên từng bệnh nhân khác nhau, từ đó giúp khôi phục trục cơ học chi dưới, giảm đau và tăng độ bền khớp nhân tạo sau mổ tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: - BN bị THKG có chỉ định TKGTP: độ 3;4, đau nhiều, đi lại khó khăn, không đáp ứng với điều trị nội khoa.

- Được chụp phim CHT khớp gối và Xquang toàn trục chi dưới trước mổ.
- Trên phim CHT khớp gối xác định rõ được các trục để đo góc xoay LCĐ.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.
- BN là người Việt Nam, đồng ý phẫu thuật và tham gia nhóm đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - BN thoái hoá khớp gối do chấn thương, có tổn thương xương đùi hoặc có tiền sử can thiệp phẫu thuật xương đùi hoặc thay khớp háng trước đó.

- BN không đồng ý phẫu thuật hoặc không đồng ý tham gia nhóm đối tượng nghiên cứu.

Cỡ mẫu. 74 khớp gối thoái hoá được chỉ định TKGTP của 68 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc, không nhóm chứng.

Địa điểm. Khoa Chấn thương Chỉnh hình và khoa Chẩn đoán hình ảnh của Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội và Bệnh viện Saint Paul.

Thời gian. Từ tháng 07/2016 đến tháng 05/2019.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới tính
- Góc xoay của lồi cầu xương đùi (sTEA, PCA)
- Góc nghiêng của lồi cầu xương đùi (FMA, FAA).

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Máy chụp cộng hưởng từ 1.5 và 3.0 Tesla.
- Máy chụp Xquang, có thể chụp được phim

toàn trục chi dưới.

- Phần mềm INFINITT HEATHCARE: Phần mềm thu thập, xử lý các xung cộng hưởng từ để tạo ảnh trong CHT, sử dụng để lấy ảnh lát cắt nghiên cứu, đo đạc các chỉ số nghiên cứu trên phim CHT, Xquang...

- Đo góc xoay của LCĐ là góc giữa trục liên LCĐ phẫu thuật (sTEA) và trục nối bờ sau 2 LCĐ (PCA):

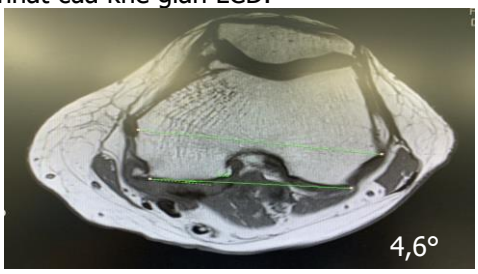
+ Trục sTEA được xác định là trục nối điểm nhô ra nhất của mỏm trên LC ngoài (nguyên uỷ của dây chằng bên ngoài) và điểm lõm sâu nhất của rãnh mỏm trên LC trong (nguyên uỷ của dây chằng bên trong).

+ Trục PCA được xác định là trục nối phần sụn sau nhất của bờ sau 2 LCĐ (tương ứng với vị trí đặt điểm tỳ của trợ cụ cắt xương LCĐ).

- Đo góc nghiêng của LCĐ là góc giữa trục giải phẫu (FMA) và trục cơ học (FAA) xương đùi.

+ Trục giải phẫu xương đùi (FAA) là đường nối từ điểm chính giữa cao nhất của khe gian LCĐ đến điểm chính giữa của ống tuỷ đoạn 1/2 dưới thân xương đùi.

+ Trục cơ học xương đùi (FMA) là đường nối từ tâm của chỏm xương đùi đến điểm chính giữa cao nhất của khe gian LCĐ.



Hình 1. Đo góc xoay LCĐ trên phim CHT



Hình 2. Đo góc nghiêngLCĐ trên phim XQ toàn trục

Phương pháp thu thập số liệu. Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Xử lý số liệu: phần mềm STATA 14.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm tuổi, giới tính nhóm nghiên cứu.

- Tuổi: độ tuổi trung bình của BN là 66,3 ± 7,4 (từ 50 đến 83 tuổi), số BN từ 60 tuổi trở lên chiếm 80,9%.

- Giới tính: Tỷ lệ nữ/nam là 7,5/1.

2. Góc xoay của LCĐ (sTEA,PCA)

Bảng 1. Góc xoay của LCĐ đo trên phim chụp CHT khớp gối (n=74)

	Góc xoay	
Trung bình	4,0º ± 1,8º (0,1º - 5,9º)	
Nam giới	4,1º± 1,7º	p>0,05 (Wilcoxon-test)
Nữ giới	3,9º±1,3º	
Gối vẹo trong (n=71)	3,3º ± 1,5º	p>0,05 (Wilcoxon-test)
Gối vẹo ngoài (n=3)	4,8º ± 1,1º	

Nhận xét: Góc xoay trung bình là 4,0º ± 1,8º (0,1º - 5,9º), có sự khác biệt giữa các bệnh nhân, không có sự khác biệt thống kê giữa nam và nữ, giữa nhóm khớp gối vẹo trong và nhóm khớp gối vẹo ngoài.

Bảng 2. Sự phân bố góc xoay của LCĐ (n=74)

Góc xoay LCĐ	Số khớp	Tỷ lệ %
0º - 0,4º	2	2,7
0,5º - 1,4º	7	9,4
1,5º - 2,4º	11	14,9
2,5º - 3,4º	21	28,4
3,5º - 4,4º	23	31,1
4,5º - 5,4º	6	8,1
5,5º - 6,0º	4	5,4
Tổng số	**74**	**100**

Nhận xét: góc xoay của LCĐ có giá trị từ 2,5º-3,4º chỉ chiếm 28,4%. Có 20 khớp gối (chiếm 27,0%) có góc xoay LCĐ từ 0º - 2,4º và 33 khớp gối (chiếm 44,6%), có góc xoay LCĐ từ 3,5º - 6,0º.

3. Góc nghiêng của lồi cầu xương đùi (FAA,FMA).

Bảng 3. Góc nghiêng của LCĐ đo trên phim XQ toàn trục chi dướic(n=74)

	Góc nghiêng	
Trung bình	7,3º ± 1,4º (2,1º - 9,0º)	
Nam giới	7,0º± 0,8º	p>0,05 (Wilcoxon-test)
Nữ giới	7,5º±1,4º	
Gối vẹo trong (n=71)	7,6º ± 1,5º	p>0,05 (Wilcoxon-test)
Gối vẹo ngoài (n=3)	5,9º ± 1,1º	

Nhận xét: góc nghiêng LCĐ trung bình là 7,3º± 1,4º (2,1º - 9,0º), có sự khác nhau giữa các bệnh nhân, không có sự khác biệt thống kê giữa nam và nữ, giữa nhóm khớp gối vẹo trong và nhóm khớp gối vẹo ngoài.

Bảng 4. Sự phân bố góc nghiêng của LCĐ (n=74)

Góc nghiêng LCĐ	Số khớp	Tỷ lệ %
2º - 2,4º	1	1,4
2,5º - 3,4º	2	2,7
3,5º - 4,4º	6	8,1
4,5º - 5,4 º	10	13,5
5,5º - 6,4º	11	14,9
6,5º - 7,4º	28	37,8
7,5º - 8,4º	13	17,6
8,5º - 9,0º	3	4,0
Tổng số	**74**	**100**

Nhận xét: góc nghiêng của LCĐ từ 4,5º - 7,4º chiếm 66,2%, có 09 khớp gối (chiếm 12,2%) có góc nghiêng LCĐ <4,5º và 16 khớp gối (chiếm 21,6%) có góc nghiêng LCĐ >7,4º.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tuổi, giới tính của nhóm đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi đánh giá các chỉ số góc nghiêng và góc xoay của LCĐ ở 74 khớp gối thoái hoá được chỉ định TKGTP của 68 BN, với Tỷ lệ nữ/nam là 7,5/1, đa số là trên 60 tuổi, điều này là phù hợp vì thoái hoá khớp gối là bệnh lý của người cao tuổi, liên quan tới sự sụt giảm nồng độ Estrogen và tình trạng loãng xương, đặc biệt là ở phụ nữ thời kỳ mãn kinh.

2. Góc nghiêng của LCĐ. Một trong những mục tiêu quan trọng nhất của TKGTP là khôi phục lại trục cơ học sinh lý của chi dưới, tức là đạt được sự vuông góc của phần đùi và phần chày so với trục cơ học trong mặt phẳng trán. Thường các phẫu thuật viên hay sử dụng cùng một góc cắt đầu xa xương đùi trung bình là 6° cho tất cả các bệnh nhân. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng có sự phân bố rộng của góc nghiêng này ở các cá thể và trục cơ học của chi dưới không thể được khôi phục tốt sau TKGTP với góc nghiêng cố định ở tất cả các bệnh nhân. Các nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng việc cá thể hoá góc cắt nghiêng LCĐ cho kết quả khôi phục trục cơ học chi dưới tốt hơn so với sử dụng góc cắt nghiêng LCĐ hằng định.

Nghiên cứu của Deakin A.H và cộng sự[6] ở 157 bệnh nhân (87 nữ và 70 nam), Góc nghiêng trung bình là 5,7°± 1,2° (từ 2° - 9°). Có một sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ, BN nam giới có xu hướng có góc nghiêng lớn hơn (p <0,001). Có mối tương quan giữa mức độ vẹo trục cơ học chi dưới với góc nghiêng (r=-0.499), Khớp gối vẹo trong có xu hướng có góc nghiêng VAC lớn hơn gối vẹo ngoài (p <0,001). Nghiên cứu của Lee CY và cs (2015) [7] ở 304 khớp gối người Châu Á, góc nghiêng LCĐ trung bình là: 5°±2° (từ 4° - 14°). Nghiên cứu của Drexler M. và cs (2017) [8] ở 202 BN, góc nghiêng trung bình là 5,76º (từ 4°-8°) và không có sự khác biệt về giới.

Nghiên cứu của chúng tôi trên 74 khớp gối của 68 BN, nhận thấy góc nghiêng trung bình của LCĐ là 7,3º ± 1,4º (dao động từ 2,1º đến 9,0º) cho thấy có sự khác biệt giữa các BN, không có sự khác biệt thống kê giữa nam và nữ. Góc nghiêng LCĐ ở nhóm khớp gối biến dạng vẹo trong là 7,6º ± 1,5º, ở nhóm gối biến dạng vẹo ngoài là 5,9º ± 1,1º, góc nghiêng của BN biến dạng gối vẹo ngoài có xu hướng thấp hơn nhóm BN gối vẹo trong, tuy nhiên không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0.05). Có thể do số lượng BN gối vẹo ngoài nói riêng và số lượng BN nghiên cứu nói chung của chúng tôi chưa đủ lớn nên chưa nhận thấy rõ sự khác biệt này.

Cũng theo nghiên cứu của chúng tôi, 49 khớp gối (chiếm 66,2%) có góc nghiêng của LCĐ từ 4,5º-7,4º(làm tròn 5-7º khi cắt xương); 25 khớp gối (chiếm 33,8%) có góc nghiêng LCĐ nằm ngoài khoảng 4,5º-7,4º. Như vậy nếu sử dụng các trợ cụ để cắt lát đầu xa LCĐ tuỳ chỉnh chỉ trong khoảng 5º -7º thì trong nhiều trường hợp có thể sẽ không đảm bảo, nên sử dụng trợ cụ độ điều chỉnh biên độ góc lớn hơn thì sẽ tốt hơn.

Giá trị trung bình của góc nghiêng LCĐ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả Deakin A.H và các tác giả khác. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về giải phẫu của chủng tộc người. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác là góc nghiêng này không hằng định ở các BN khác nhau và góc nghiêng của BN biến dạng gối vẹo ngoài có xu hướng thấp hơn nhóm BN gối vẹo trong. Vì vậy chúng tôi cho rằng việc xác định góc nghiêng của LCĐ ở từng BN là thực sự hữu ích, giúp điều chỉnh lát cắt đầu xa xương đùi theo góc nghiêng được xác định trước, từ đó giúp khôi phục trục cơ học của chi dưới tốt hơn.

3. Góc xoay của LCĐ. Trục sTEA được đánh giá là trục ngang gối chính xác nhất, khi đặt phần đùi song song với sTEA sẽ giúp tạo khoảng gấp cân xứng, đảm bảo vuông góc với lát cắt của MC. Trong phẫu thuật TKGTP, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng phần đùi được đặt song song với trục sTEA là tốt nhất. Tuy nhiên, việc xác định chính xác trục sTEA trong mổ là rất khó

khăn. Trục PCA thì lại dễ xác định trong mổ, các trợ cụ cắt xương LCĐ đa số dựa vào trục PCA này. Vì vậy việc xác định mối liên quan hay góc giữa 2 trục này trên từng BN là rất quan trọng, giúp thiết lập chính xác độ xoay của phần đùi trên mặt phẳng nằm ngang.

Các nghiên cứu chỉ ra rằng trục PCA xoay trong trung bình là 3° so với trục sTEA ở các khớp gối bình thường. Vì vậy, các trợ cụ cắt xương LCĐ (femoral cutting block) thông thường sẽ đặt xoay ngoài 3° so với trục PCA để độ xoay của phần đùi song song với sTEA.. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng góc (sTEA, PCA) này không hằng định mà có sự thay đổi ở các BN khác nhau, đặc biệt là có sự khác biệt rõ giữa khớp gối biến dạng vẹo trong và vẹo ngoài.

Nghiên cứu của E.Amaranath và cộng sự (2014) đánh giá mối liên quan của các trục giải phẫu LCĐ trên phim chụp CHT khớp gối ở 265 BN (102 nam, 163 nữ) được TKGTP sử dụng khuôn cắt in 3D riêng cho từng BN (patient-specific jigs/instrument), nhận thấy trục sTEA xoay ngoài so với trục PCA trung bình là 2.3° ± 1.8°, trong đó có 76 BN (chiếm 28.7%) có góc (sTEA,PCA) lớn hơn 3°, góc xoay tăng lên có ý nghĩa thống kê ở BN là nữ giới ($p < 0.01$) và các khớp gối biến dạng vẹo ngoài ($p < 0.001$).

Theo nghiên cứu của chúng tôi, góc xoay LCĐ (sTEA,PCA) trung bình là 4,0º ± 1,8º (dao động từ 0,1º đến 5,9º), tức là trục PCA xoay trong trung bình là 4,0º ± 1,8º so với trục sTEA và có sự khác nhau giữa các BN, không có sự khác biệt thống kê giữa nam và nữ. Góc (sTEA,PCA) ở nhóm khớp gối biến dạng vẹo trong là 3,3º ± 1,5º, ở nhóm gối biến dạng vẹo ngoài là 4,8º ± 1,1º, cao hơn so với nhóm gối vẹo trong tuy nhiên không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$) có thể do số lượng nghiên cứu chưa đủ lớn. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy góc xoay của LCĐ so với trục đặt trợ cụ PCA có xu hướng tăng ở các khớp gối biến dạng vẹo ngoài. Điều này cũng là hợp lý do ở các khớp gối vẹo ngoài, lồi cầu ngoài thường bị thiểu sản (hypoplasia) nặng, dẫn đến trục nối bờ sau 2 LCĐ có xu hướng xoay trong nhiều hơn so với trục ngang gối sTEA. Nhận định của chúng tôi cũng thống nhất với các tác giả Daniel A.C, khi các tác giả này nghiên cứu trên số lượng BN đủ lớn thì đã nhận thấy sự khác biệt rõ giữa khớp gối biến dạng vẹo trong và vẹo ngoài.

Cũng theo nghiên cứu của chúng tôi, 21 khớp gối (chiếm 28,4%) có góc xoay của LCĐ từ 2,5º - 3,4º; 20 khớp gối (chiếm 27,0%) có góc xoay LCĐ từ 0º - 2,4º và 33 khớp gối (chiếm 44,6%) có góc xoay LCĐ từ 3,5º - 6º. Tức là khi làm tròn giá trị từ 2,5º - 3,4º thành 3º thì chỉ có 28,4 % số LCĐ được cắt xoay ngoài 3º, còn 71,6% trường hợp còn lại có góc cắt xoay LCĐ khác với 3º tuỳ theo giá trị đo góc.

Vì vậy khi ứng dụng các chỉ số góc nghiêng và góc xoay của LCĐ vào phẫu thuật TKGTP, chúng tôi không thiết lập cố định ở góc 3º mà điều chỉnh kim chỉnh góc xoay trên trợ cụ cá thể hoá ở từng BN khác nhau theo trị số góc đo trước mổ được làm tròn đến từng độ, góc này phụ thuộc vào giải phẫu và mức độ thoái hoá, biến dạng của khớp gối.

V. KẾT LUẬN

Các chỉ số góc nghiêng và góc xoay của LCĐ không hằng định ở 6º và 3º mà có thể khác nhau ở từng bệnh nhân, phục thuộc vào giải phẫu từng người cũng như mức độ thoái hoá và biến dạng của khớp gối. Việc khảo sát các chỉ số này và ứng dụng vào trong TKGTP có thể giúp cải thiện tính chính xác của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barrack RL, Schrader T, Bertot AJ, Wolfe MW, Myers L (2001).** Component rotation and anterior knee pain after total knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res;392, 46-55.
2. **Ritter MA, Faris PM, Keating EM, Meding JB. (1994)** Postoperative alignment of total knee replacement: its effect on survival. Clin Orthop Relat Res;299, 153-6.
3. **Anay R. Patel et al (2014).** Femoral Component Rotation in Total Knee Arthroplasty An: MRI-Based Evaluation of our Options. The Journal of Arthroplasty, 29, 1666-1670.
4. **Jai Gon Seo et al (2014).** Relationship Between Mechanical Axis-Derived and Anatomic Landmark-Derived Femoral Rotation in TKA: A Three-Dimensional CT Study. The journal of Arthroplasty, 29, 2314-2318.
5. **Fang D.M., Ritter M.A., and Davis K.E. (2009).** Coronal alignment in total knee arthroplasty: just how important is it?. J Arthroplasty, 24(6 Suppl), 39–43.
6. **Deakin A.H, Basanagoudar PL, Nunag P, Johnston AT, Sarungi M (2011).** Natural distribution of the femoral mechanical-anatomical angle in an osteoarthritic population and its relevance to total knee arthroplasty. Epub 2011 Feb 25.
7. **Lee CY, Peng KT, Lee MS, Hsu RW, Shen WJ. (2015).** Variability of distal femoral valgus resection angle in patients with end-stage osteoarthritis and genu varum deformity: Radiographic study in an ethnic Asian population. (38(4)), 350-355.
8. **Drexler M, Barbuto R, Naini MS, Voshmeh N, Rutenberg TF, Schwarzkopf R, Backstein DJ. (2017**). Patient's Height and Hip Medial Offset Are the Main Determinants of the Valgus Cut Angle During Total Knee Arthroplasty. J Arthroplasty, 32 (5), 1469-1501.

ÁP LỰC CÔNG VIỆC CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2020

Nguyễn Thanh Phong[1], Hà Văn Phúc[1], Lê Thị Bình[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 343 điều dưỡng tại 08 khoa lâm sàng của Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2020. **Mục tiêu:** Đánh giá áp lực công việc của người Điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2020; Phân tích một số yếu tố liên quan đến áp lực công việc của người Điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang; phỏng vấn người điều dưỡng dựa trên bộ câu hỏi. **Kết quả:** Yếu tố áp lực cao từ tài chính chiếm tỷ lệ cao nhất (33,8%); tiếp đến là mối quan hệ với người bệnh/người nhà người bệnh (29,8%), môi trường làm việc (27,1%), khối lượng công việc (11,1%), thời gian làm việc (10,2%), mong muốn được công nhận các nỗ lực trong công việc (5%) và thấp nhất là các mối quan hệ với cấp trên, đồng nghiệp (3,2%). Có mối liên quan giữa áp lực công việc với chất lượng giấc ngủ, trầm cảm, lo âu và căng thẳng. Đối tượng gặp áp lực cao đến từ tài chính có chất lượng giấc ngủ kém hơn so với áp lực thấp (OR=2,67; 95%CI: 1,09-6,49; p=0,02). Áp lực từ môi trường làm việc, tài chính, các mối quan hệ trong cơ quan, bệnh nhân/người nhà bệnh nhân, khối lượng công việc và thời gian làm việc là các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn lo âu, trầm cảm và căng thẳng của đối tượng nghiên cứu (p<0,05). **Kết luận:** Áp lực công việc gây ra tình trạng rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, lo âu, căng thẳng. Kết quả nghiên cứu gợi ý cần tăng cường kiểm tra sức khỏe tâm thần của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng trước và trong quá trình công tác một cách thường xuyên, đồng thời cải thiện môi trường làm việc, giảm tải các áp lực công việc nhằm giảm thiểu các nguy cơ ảnh hưởng xấu đến sức khỏe tâm thần của điều dưỡng.

Từ khóa: Áp lực công việc, điều dưỡng, chất lượng giấc ngủ, trầm cảm, lo âu, căng thẳng.

SUMMARY

WORK PRESSURE OF NURSES AND A NUMBER OF RELATED FACTORS AT THE KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL BY 2020

The study was carried out on 343 nurses in 08 clinical departments of Kien Giang General Hospital from January 2020 to June 2020. **Objectives:** To assess work pressure of nurses at Kien Giang General Hospital by 2020; Analyzing some factors related to work pressure of the Nurses at Kien Giang General Hospital in 2020. **Research method:** Cross-section descriptive design; nurse interview based on questionnaire. **Results:** Financial pressures accounted for the highest percentage (33.8%); followed by relationship with the patient / patient's family member (29.8%), working environment (27.1%), work volume (11.1%), working time (10, 2%), expected to be recognized for work effort (5%) and lowest in relationships with superiors and colleagues (3.2%). There is a link between work stress and sleep quality, depression, anxiety, and stress. Subjects with high financial pressure had poor sleep quality compared with low pressure (OR = 2.67; 95% CI: 1.09-6.49; p = 0.02). Stress from the work environment, finances, office relationships, patient/family member, workload and working time are all factors influencing anxiety disorders and depression. and stress of study subjects (p <0.05). **Conclusion:** Work pressure causes sleep disturbances, depression, anxiety, and stress. Research results suggest that it is necessary to strengthen mental health checks of nurses in clinical departments before and during work on a regular basis, while at the same time improving the working environment, reducing the public pressure. work to minimize the risk of adverse mental health effects of nursing.

Keywords: Work pressure, nursing, sleep quality, depression, anxiety, stress.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xã hội ngày càng phát triển, đòi hỏi con người phải làm việc tích cực, năng động để đáp ứng với nhu cầu ngày càng cao của xã hội. Trong cuộc sống hàng ngày, mọi người trong độ tuổi lao động phải làm việc nhằm tạo ra nguồn thu nhập để trang trải chi phí sinh hoạt cho bản thân và gia đình. Vì vậy áp lực tại nơi làm việc là điều không thể tránh khỏi do yêu cầu của môi trường làm việc hiện tại.

Ảnh hưởng của áp lực công việc đến các vấn đề sức khỏe tâm thần cũng đang thu hút sự quan tâm của các nhà khoa học trong thời gian gần đây. Sự căng thẳng, lo âu, trầm cảm và chất lượng giấc ngủ kém là những tình trạng hay gặp nhất khi làm việc dưới áp lực quá mức. Tuy nhiên các nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của áp lực công việc đến các vấn đề sức khỏe tâm thần trên chưa nhiều.

Thực tế tại tỉnh Kiên Giang chúng tôi nhận thấy có nhiều nghiên cứu về lĩnh vực điều dưỡng, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về áp lực công việc của người điều dưỡng. Áp lực công việc ảnh hưởng đến các vấn đề sức khỏe tâm

[1]*Sở Y tế tỉnh Kiên Giang*
[2]*Trường Đại học Thăng Long*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Phong
Email: phongsytkg@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 9.12.2020

thần như rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, lo âu, căng thẳng của người điều dưỡng tại bệnh viện thực tế chính xác như thế nào? thì vẫn chưa biết được, vì đến thời điểm này chưa có nghiên cứu nào về áp lực công việc của người điều dưỡng tại bệnh viện trong tỉnh Kiên Giang.

Để trả lời câu hỏi đặt ra như đã nêu trên, nên chúng tôi thực hiện đề tài: *"Áp lực công việc của người Điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2020"* được tiến hành với hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá áp lực công việc của người Điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2020.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến áp lực công việc của người Điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 343 điều dưỡng là biên chế đang làm việc tại 08 khoa lâm sàng của Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang. Nghiên cứu loại trừ: điều dưỡng không không thuộc biên chế 08 khoa lâm sàng, điều dưỡng từ chối tham gia nghiên cứu.

- Địa điểm: 08 khoa lâm sàng của Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang
- Thời gian: từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2020

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích

2.3. Cỡ mẫu: 343 điều dưỡng là biên chế đang làm việc tại 08 khoa lâm sàng của Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn điều dưỡng từ bộ câu hỏi có sẵn.

2.5. Xử lý số liệu: Phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để tính tính xác suất, tần số, tỷ lệ %, trung bình, khoảng tin cậy, tỷ số chênh OR, phân tích đơn biến và hồi qui đa biến logistic các yếu tố liên quan đến áp lực công việc của người điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang. Mức ý nghĩa thống kê được xác định là p<0,05.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Các điều dưỡng tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Áp lực từ công việc của đối tượng nghiên cứu (n=343):

Bảng 3.1. Áp lực từ môi trường làm việccủa đối tượng nghiên cứu (n=343).

Yếu tố/nhóm yếu tố	Giá trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Áp lực từ môi trường làm việc	Thấp	88	25,7
	Trung bình	162	47,2
	Cao	93	27,1
Áp lực từ tài chính	Thấp	41	12
	Trung bình	186	54,2
	Cao	116	33,8
Áp lực từ các mối quan hệ với cấp trên, đồng nghiệp	Thấp	284	82,8
	Trung bình	48	14
	Cao	11	3,2
Áp lực từ bệnh nhân/người nhà bệnh nhân	Thấp	78	22,7
	Trung bình	163	47,5
	Cao	102	29,8
Áp lực từ khối lượng công việc	Thấp	205	59,7
	Trung bình	100	29,2
	Cao	38	11,1
Áp lực từ thời gian làm việc	Thấp	224	65,3
	Trung bình	84	24,5
	Cao	35	10,2
Áp lực từ mong muốn được công nhận các nỗ lực trong công việc	Thấp	299	87,1
	Trung bình	27	7,9
	Cao	17	5

Nhận xét: Yếu tố áp lực cao từ tài chính chiếm tỷ lệ cao nhất (33,8%); tiếp đến là mối quan hệ với người bệnh/người nhà người bệnh (29,8%), môi trường làm việc (27,1%), khối lượng công việc (11,1%), thời gian làm việc (10,2%), mong muốn được công nhận các nỗ lực trong công việc (5%) và thấp nhất là các mối quan hệ với cấp trên, đồng nghiệp (3,2%).,

3.2. Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.2. Ảnh hưởng của một số yếu tố từ môi trường làm việc đến chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu (n=343).

Yếu tố từ môi trường làm việc		chất lượng giấc ngủ		OR	Khoảng tin cậy 95%	p
		Tốt	Kém			
Áp lực từ môi trường làm việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	24(27,3%) 33(20,4%)	64(72,7%) 129(79,6%)	1,46	0,80-2,68	P=0,21

	Áp lực cao	17(18,3%)	76(81,7%)	1,67	0,82-3,39	P=0,14
Áp lực từ tài chính	Áp lực thấp Áp lực trung bình	11(26,8%) 49(26,3%)	30(73,2%) 137(73,7%)	1,02	0,47-2,20	P=0,94
	Áp lực cao	14(12,1%)	102(87,9%)	2,67	1,09-6,49	P=0,0264
Áp lực từ các mối quan hệ trong cơ quan	Áp lực thấp Áp lực trung bình	60(21,1%) 9(18,8%)	224(78,9%) 39(81,2%)	1,16	0,53-2,52	P=0,70
	Áp lực cao	5(45,5%)	6(54,5%)	0,32	0,09-1,08	P=0,05
Áp lực từ bệnh nhân/người nhà	Áp lực thấp Áp lực trung bình	27(34,6%) 27(16,6%)	51(65,4%) 136(83,4%)	2,66	1,43-4,97	P=0,0017
	Áp lực cao	20(19,6%)	82(80,4%)	2,17	1,10-4,26	P=0,0231
Áp lực từ khối lượng công việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	50(24,4%) 23(23%)	155(75,6%) 77(77%)	1,07	0,61-1,89	P=0,78
	Áp lực cao	1(2,6%)	37(97,4%)	11,93	1,59-89,23	P=0,0025
Áp lực từ thời gian làm việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	54(24,1%) 18(21,4%)	170(75,9%) 66(78,6%)	1,16	0,63-2,13	P=0,62
	Áp lực cao	2(5,7%)	33(94,3%)	5,24	1,21-22,56	P=0,014
Áp lực từ sự mong muốn được công nhận các nỗ lực	Áp lực thấp Áp lực trung bình	69(23,1%) 5(18,5%)	230(76,9%) 22(81,5%)	1,32	0,48-3,61	P=0,58
	Áp lực cao	0	17(100%)	0	0	0

Nhận xét: Đối tượng chịu áp lực cao đến từ tài chính, áp lực trung bình và cao đến từ người bệnh/người nhà, áp lực cao từ khối lượng công việc, áp cao từ thời gian làm việc có chất lượng giấc ngủ kém hơn so với nhóm có áp lực thấp (p<0,05).

3.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.3. Ảnh hưởng của một số yếu tố từ môi trường làm việc đến tình trạng trầm cảm của đối tượng nghiên cứu (n=343).

Yếu tố từ môi trường làm việc		**tình trạng trầm cảm**		**OR**	**Khoảng tin cậy 95%**	**p**
		Có	**Không có**			
Áp lực từ môi trường làm việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	12(13,6%) 57(35,2%)	76(86,4%) 105(64,8%)	0,29	0,14-0,57	**P=0,003**
	Áp lực cao	16(17,2%)	77(82,8%)	0,75	0,33-1,71	P=0,50
Áp lực từ tài chính	Áp lực thấp Áp lực trung bình	3(7,3%) 47(25,3%)	38(92,7%) 139(74,7%)	0,23	0,06-0,79	**P=0,012**
	Áp lực cao	35(30,2%)	81(69,8%)	0,18	0,05-0,63	**P=0,0033**
Áp lực từ các mối quan hệ trong cơ quan	Áp lực thấp Áp lực trung bình	60(21,1%) 20(41,7%)	224(78,9%) 28(58,3%)	0,37	0,19-0,71	**P=0,0021**
	Áp lực cao	5(45,5%)	6(54,5%)	0,32	0,09-1,08	P=0,05
Áp lực từ bệnh nhân/người nhà	Áp lực thấp Áp lực trung bình	10(12,8%) 41(25,2%)	68(87,2%) 122(74,8%)	0,43	0,20-0,92	**P=0,0283**
	Áp lực cao	34(33,3%)	68(66,7%)	0,29	0,13-0,64	**P=0,0015**
Áp lực từ khối lượng công việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	40(19,5%) 22(22%)	165(80,5%) 78(78%)	0,85	0,47-1,54	P=0,61
	Áp lực cao	23(60,5%)	15(39,5%)	0,15	0,07-0,33	**P=0,000**
Áp lực từ thời gian làm việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	40(17,9%) 24(28,6%)	184(82,1%) 60(71,4%)	0,54	0,30-0,97	**P=0,039**
	Áp lực cao	21(60%)	14(40%)	0,14	0,06-0,30	**P=0,000**
Áp lực từ sự mong muốn được công nhận các nỗ lực	Áp lực thấp Áp lực trung bình	65(21,7%) 8(29,6%)	234(78,3%) 19(70,4%)	0,65	0,27-1,57	P=0,34
	Áp lực cao	12(70,6%)	5(29,4%)	0,11	0,03-0,34	**P=0,000**

Nhận xét: Đối tượng chịu áp lực trung bình từ môi trường làm việc; áp lực trung bình và cao từ tài chính, áp lực trung bình từ các mối quan hệ trong cơ quan, áp lực trung bình và cao từ bệnh nhân/người nhà bệnh nhân, áp lực cao từ khối lượng công việc, áp lực trung bình và cao từ thời gian

làm việc, áp lực cao từ mong muốn được công nhận các nỗ lực có nguy cơ trầm cảm cao hơn so với áp lực thấp (p<0,05).

3.4. Các yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.4. Ảnh hưởng của một số yếu tố từ môi trường làm việc đến tình trạng lo âu của đối tượng nghiên cứu (n=343).

Yếu tố từ môi trường làm việc		Tình trạng lo âu		OR	Khoảng tin cậy 95%	p
		Có	Không có			
Áp lực từ môi trường làm việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	16(18,2%) 72(44,4%)	72(81,8%) 90(55,6%)	0,27	0,14-0,51	**P=0,000**
	Áp lực cao	33(35,5%)	60(64,5%)	0,40	0,20-0,80	**P=0,0088**
Áp lực từ tài chính	Áp lực thấp Áp lực trung bình	4(9,8%) 70(37,6%)	37(90,2%) 116(62,4%)	0,17	0,06-0,52	**P=0,0006**
	Áp lực cao	47(40,5%)	69(59,5%)	0,16	0,05-0,48	**P=0,0004**
Áp lực từ các mối quan hệ trong cơ quan	Áp lực thấp Áp lực trung bình	90(31,7%) 27(56,2%)	194(68,3%) 21(43,8%)	0,36	0,19-0,67	**P=0,001**
	Áp lực cao	4(36,4%)	7(63,6%)	0,81	0,23-2,84	P=0,74
Áp lực từ bệnh nhân/người nhà	Áp lực thấp Áp lực trung bình	13(16,7%) 61(37,4%)	65(83,3%) 102(62,6%)	0,33	0,17-0,65	**P=0,0011**
	Áp lực cao	47(46,1%)	55(53,9%)	0,23	0,11-0,47	**P= 0,000**
Áp lực từ khối lượng công việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	57(27,8%) 37(37%)	148(72,2%) 63(63%)	0,65	0,39-1,09	P=0,10
	Áp lực cao	27(71,1%)	11(28,9%)	0,15	0,07-0,33	**P=0,000**
Áp lực từ thời gian làm việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	59(26,3%) 38(45,2%)	165(73,7%) 46(54,8%)	0,43	0,25-0,72	**P=0,0015**
	Áp lực cao	24(68,6%)	11(31,4%)	0,16	0,07-0,35	**P=0,000**
Áp lực từ sự mong muốn được công nhận các nỗ lực	Áp lực thấp Áp lực trung bình	95(31,8%) 14(51,9%)	204(68,2%) 13(48,1%)	0,43	0,19-0,95	**P=0,0342**
	Áp lực cao	12(70,6%)	5(29,4%)	0,19	0,06-0,56	**P=0,001**

Nhận xét: Áp lực từ môi trường làm việc, áp lực tài chính, áp lực từ các mối quan hệ trong cơ quan, áp lực từ bệnh nhân/người nhà bệnh nhân, áp lực từ khối lượng công việc và áp lực từ thời gian làm việc trung bình và cao có nguy cơ rối loạn lo âu cao hơn áp lực thấp (p<0,05).

3.5. Các yếu tố liên quan đến tình trạng căng thẳng của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.5. Ảnh hưởng của một số yếu tố từ môi trường làm việc đến tình trạng căng thẳng của đối tượng nghiên cứu (n=343).

Yếu tố từ môi trường làm việc		tình trạng căng thẳng		OR	Khoảng tin cậy 95%	p
		Có	Không có			
Áp lực từ môi trường làm việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	8(9,1%) 48(29,6%)	80(90,9%) 114(70,4%)	0,23	0,10-0,52	**P=0,0002**
	Áp lực cao	15(16,1%)	78(83,9%)	0,52	0,20-1,29	P=0,15
Áp lực từ tài chính	Áp lực thấp Áp lực trung bình	3(7,3%) 36(19,4%)	38(92,7%) 150(80,6%)	0,32	0,09-1,12	P=0,06
	Áp lực cao	32(27,6%)	84(72,4%)	0,20	0,05-0,71	**P=0,0074**
Áp lực từ các mối quan hệ trong cơ quan	Áp lực thấp Áp lực trung bình	49(17,3%) 19(39,6%)	235(82,7%) 29(60,4%)	0,31	0,16-0,61	**P=0,004**
	Áp lực cao	3(27,3%)	8(72,7%)	0,55	0,14-2,17	P=0,39
Áp lực từ bệnh nhân/người nhà	Áp lực thấp Áp lực trung bình	10(12,8%) 30(18,4%)	68(87,2%) 133(81,6%)	0,65	0,30-1,41	P=0,27
	Áp lực cao	31(30,4%)	71(69,6%)	0,33	0,15-0,73	**P=0,0053**
Áp lực từ khối lượng công việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	26(12,7%) 22(22%)	179(87,3%) 78(78%)	0,51	0,27-0,96	**P=0,0359**

	Áp lực cao	23(60,5%)	15(39,5%)	0,09	0,04-0,20	**P=0,000**
Áp lực từ thời gian làm việc	Áp lực thấp Áp lực trung bình	27(12,1%) 24(28,6%)	197(87,9%) 60(71,4%)	0,34	0,18-0,63	**P=0,0005**
	Áp lực cao	20(57,1%)	15(42,9%)	0,10	0,04-0,22	**P=0,000**
Áp lực từ sự mong muốn được công nhận các nỗ lực	Áp lực thấp Áp lực trung bình	52(17,4%) 8(29,6%)	247(82,6%) 19(70,4%)	0,5	0,20-1,20	P=0,11
	Áp lực cao	11(64,7%)	6(35,3%)	0,11	0,04-0,32	**P=0,000**

Nhận xét: Đối tượng có áp lực từ môi trường làm việc, áp lực từ tài chính, áp lực từ các mối quan hệ trong cơ quan, áp lực từ từ bệnh nhân/người nhà bệnh nhân, áp lực từ khối lượng công việc, áp lực từ thời gian làm việc, áp lực từ sự mong muốn được công nhận các nỗ lực trung bình và cao có nguy cơ căng thẳng cao hơn áp lực thấp (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số điều kiện công việc của đối tượng nghiên cứu:

- **Các áp lực từ môi trường làm việc của các đối tượng:** Bảng 3.1 cho thấy trong 7 nhóm yếu tố chủ yếu tạo áp lực trong công việc, yếu tố áp lực cao từ tài chính chiếm tỷ lệ cao nhất (33,8%); tiếp đến là mối quan hệ với người bệnh/người nhà người bệnh (29,8%), môi trường làm việc (27,1%), khối lượng công việc (11,1%), thời gian làm việc (10,2%), mong muốn được công nhận các nỗ lực trong công việc (5%) và thấp nhất là các mối quan hệ với cấp trên, đồng nghiệp (3,2%). Đối tượng nghiên cứu chịu áp lực cao: từ tài chính chiếm tỉ lệ cao nhất (33,8%), tiếp đến là bệnh nhân/người nhà bệnh nhân (29,8%), môi trường làm việc (27,1%) và thấp nhất là các mối quan hệ với cấp trên, đồng nghiệp (3,2%). Kết quả của nghiên cứu này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sao năm 2017 triển khai trên 341 nhân viên khoa hồi sức, cấp cứu tại một số bệnh viện trên địa bàn Hà Nội [1]; Cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hương năm 2013 triển khai trên nhân viên y tế bệnh viện tâm thần Đà Nẵng [2].

4.2. Các yếu tố liên quan:

- **Liên quan đến chất lượng giấc ngủ:** Bảng 3.2 cho thấy trong 4/7 nhóm yếu tố của áp lực công việc ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu bao gồm áp lực từ tài chính, bệnh nhân/người nhà bệnh nhân, khối lượng công việc và thời gian làm việc. Kết quả của nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sao cũng tìm được 5/7 yếu tố của áp lực công việc liên quan đến chất lượng giấc ngủ tương [1]

- **Liên quan đến tình trạng trầm cảm:** Bảng 3.3 cho thấy có 7/7 nhóm yếu tố từ môi trường làm việc ảnh hưởng đến tình trạng trầm cảm của đối tượng nghiên cứu bao gồm: Áp lực từ môi trường làm việc, tài chính, các mối quan hệ trong cơ quan, bệnh nhân/người nhà bệnh nhân, khối lượng công việc, thời gian làm việc và mong muốn được công nhận các nỗ lực trong công việc. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sao cũng tìm được 6/7 nhóm yếu tố áp lực công việc có liên quan đến tình trạng trầm cảm của đối tượng nghiên cứu, ngoại trừ yếu tố môi trường làm việc [1].

- **Liên quan đến tình trạng lo âu:** Bảng 3.4 cho thấy có 7/7 nhóm yếu tố từ môi trường làm việc có liên quan đến có ảnh hưởng đến tình trạng lo âu của đối tượng nghiên cứu bao gồm: Áp lực từ môi trường làm việc, tài chính, các mối quan hệ trong cơ quan, bệnh nhân/người nhà bệnh nhân, khối lượng công việc, thời gian làm việc và mong muốn được công nhận các nỗ lực trong công việc. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sao tìm được 6/7 nhóm yếu tố của công việc có liên quan đến tình trạng lo âu của đối tượng nghiên cứu ngoại trừ yếu tố mong muốn được công nhận các nỗ lực trong công việc [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hương tại Đà Nẵng cho thấy yếu tố áp lực công việc ảnh hưởng đến tình trạng rối loạn lo âu của đối tượng nghiên cứu [2], nghiên cứu của Rahil Ghorbani Nia cho thấy thời gian làm việc và khối lượng công việc càng cao là yếu tố nguy cơ đối với tình trạng rối loạn lo âu của đối tượng nghiên cứu [3].

- **Liên quan đến tình trạng căng thẳng:** Bảng 3.5 cho thấy có 7/7 nhóm yếu tố từ môi trường làm việc có liên quan đến tình trạng căng thẳng của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sao cũng tìm được 7/7 nhóm yếu tố của môi trường làm việc ảnh hưởng đến sự thay đổi mức độ căng thẳng của đối tượng nghiên cứu [1].

V. KẾT LUẬN

Áp lực công việc gây ra tình trạng rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, lo âu, căng thẳng. Kết quả nghiên cứu gợi ý cần tăng cường kiểm tra sức

khỏe tâm thần của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng trước và trong quá trình công tác một cách thường xuyên, đồng thời cải thiện môi trường làm việc, giảm tải các áp lực công việc nhằm giảm thiểu các nguy cơ ảnh hưởng xấu đến sức khỏe tâm thần của điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Ngọc Sao (2017).** Thực trạng sức khỏe tâm thần và một số yếu tố liên quan của nhân viên khoa Hồi sức, Cấp cứu tại một số bệnh viện trên địa bàn Hà Nội, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Đại học Thăng Long.
2. **Nguyễn Thanh Hương và công sự (2013).** Rối loạn lo âu và một số yếu tố liên quan ở cán bộ bệnh viện tâm thần Đà Nẵng Luận văn thạc sĩ, Đại học y tế công cộng Hà Nội.
3. **Rahil Ghorbani Nia (2015).** Evaluating the Degree of Stress, Anxiety, and Depression among the Emergency Personnel in Kerman University of Medical Sciences Journal of Scientific Research and Essays, 2 (1), 1-6.
4. **Takayuki Kageyyamai. Et al (1998).** Self-Reported Sleep Quality, Job Stress, and Daytime Autonomic Activities Assessed in Terms of Short-Term Heart Rate Variability among Male White-Collar Workers. Industrial Health, 36, 263-272.

TỶ LỆ HUYẾT THANH DƯƠNG TÍNH VỚI TOXOPLASMA GONDII VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ ĐẾN KHÁM THAI TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ NĂM 2020

Nguyễn La Phương Thanh[1], Trần Thị Hồng[2]
Nguyễn Thị Thanh Nhàn[1], Nguyễn Trần Uyên Phương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh Toxoplasmosis là do nhiễm ký sinh trùng T.gondii. Nhiễm T.gondii cấp tính trong thời kỳ mang thai có nguy cơ mắc bệnh bẩm sinh, đặc biệt là ở những phụ nữ không bị nhiễm bệnh trước đó. Mặc dù bệnh toxoplasma là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng, tuy nhiên, có rất ít thông tin về dịch tễ học của nhiễm T.gondii ở phụ nữ mang thai và chương trình sàn lọc trước khi mang thai ở Tp Hồ Chí Minh. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ huyết thanh dương tính T.gondii và các yếu tố nguy cơ về nhân khẩu học, thái độ và hành vi liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám thai ở bệnh viện Từ Dũ, Tp Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Một nghiên cứu cắt ngang tại bệnh viện Từ Dũ được thực hiện từ tháng 4 - 8 năm 2020. Dữ liệu về bà mẹ từ 18 – trên 35 tuổi đã được phỏng vấn với một bảng câu hỏi có cấu trúc đã được kiểm tra trước để thu thập các dữ liệu nhân khẩu học xã hội, tiền sử sản khoa, kiến thức và thực hành liên quan đến nhiễm T.gondii được thu thập từ 400 phụ nữ mang thai đến khám thai tại bệnh viện Từ Dũ. Một mẫu máu 4 ml được thu thập từ mỗi người tham gia và các mẫu huyết thanh được kiểm tra sự hiện diện của các kháng thể IgG và IgM đặc hiệu của T.gondii bằng bằng xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán ELISA. Tất cả số liệu được phân tích bằng phần mềm XSTK SPSS 20. **Kết quả:** Tỷ lệ huyết thanh dương tính với T.gondii trên phụ nữ mang thai đến khám tại Từ Dũ tổng cộng là 13 trong tổng số 400, cụ thể gồm cả dương tính với IgM(+) và IgG(+) là 3,3%, IgG (+) là 12 (3,0%) và IgM (+) là 1 (0,3%) và không có ca nào là cả 2 IgG (+) và IgM (+). Ngoài ra, nghiên cứu này sẽ phản ánh tỉ lệ nhiễm Toxoplasma gondii và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám thai tại Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 04 đến 08 năm 2020. Tuy kết quả chưa chính xác như mong đợi nhưng kết quả này cũng sẽ giúp xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến Toxoplasma gondii ở phụ nữ mang thai. **Kết luận:** Nguy cơ về nuôi mèo ở nhà, ăn thịt chưa nấu chín được xem là các yếu tố nguy cơ lây nhiễm T.gondii. Tương tác phức tạp của các yếu tố nguy cơ lây nhiễm T.gondii cần phải được được nghiên cứu trong các nghiên cứu lớn hơn. Hơn nữa, các nghiên cứu trong tương lai được khuyến nghị để tìm hiểu lý do tại sao tỷ lệ huyết thanh dương tính thấp như kết quả trên ở phụ nữ có thai đến thăm khám thai tại Bệnh viện Từ Dũ so với Khu vực Miền Bắc và các nước khác ở Đông Nam Á.

[1]*Bệnh viện Từ Dũ*
[2]*Đại học Tây Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Uyên Phương
Email: ntuphuong.iu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.12.2020
Ngày duyệt bài: 7.12.2020

SUMMARY

THE POSITIVE RATE OF TOXOPLASMA GONDII FROM SERUM AND RELATED FACTORS OF PREGNANT WOMEN AT TU DU HOSPITAL IN 2020

Objectives: Toxoplasmosis is caused by infection with the parasite T.gondii. Acute T. gondii infection during pregnancy carries a risk of congenital disease, especially in women who have not been previously infected. Although toxoplasmosis is an important public health issue, there are few researches about the epidemiology of T. gondii infection in pregnant women and the pre-pregnancy screening program in Ho Chi Minh City. This study aimed to evaluate the T.gondii-positive rate from serum and the risk factors for demographics, attitudes and behaviors involved in pregnant women at Tu Du Hospital, Ho Chi Minh City. **Methods:** A cross-sectional study at Tu Du Hospital

was conducted from April to August 2020. Data from pregnant women aged 18 - over 35 were interviewed with a structured questionnaire. Pre-examination to collect social demographic data, obstetric history, knowledge and practices related to T.gondii infection were collected from 400 pregnant women who came to Tu Du Hospital. 4 ml blood sample was collected from each participant, and serum samples were checked for the presence of T.gondii-specific IgG and IgM antibodies using the ELISA diagnostic serum assay. All data were analyzed using SPSS 20 software. **Results:** The percentage of T.gondii-positive serum in the pregnant women who came to Tu Du hospital was 13 out of 400, including positive for IgM (+) and IgG (+), IgG (+) and IgM (+) were 3.3%, 3% and 0.1%, respectively and there was no case which had results for both IgG (+) and IgM (+). When researching statistical analysis of some risk factors associated with T.gondii infection, the cases of knowledge interaction were 6.86%, attitudes, actual behavior of the study and only showed that there is not enough evidences on the association with Toxopalsma gondii infection. **Conclusion:** The risk of keeping cats at home, eating undercooked meat are considered risk factors for T.gondii infection. The complex interactions of T. gondii infection risk factors need to be studied in larger studies. Moreover, future studies are recommended to find out why the rate of serosomal positive is as low as the above result in pregnant women visiting Tu Du Hospital compared to the Northern Region and other countries in Southeast Asia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Toxoplasmosis là một bệnh thuộc động vật (zoonotic) phân bố rộng rãi gây ra bởi ký sinh trùng Toxoplasma gondii (T.gondii). Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy rằng bệnh do T. gondii có mặt ở khắp nơi trên thế giới. Sự phân bố của bệnh do ký sinh trùng này thay đổi khác nhau ở mỗi quốc gia [6]. Người ta ước tính khoảng một phần ba dân số thế giới bị nhiễm T. gondii [7]. Phần lớn trong số này không biểu hiện lâm sàng. Phụ nữ mang thai bị nhiễm Toxoplasma gondii, khả năng lây truyền cho thai nhi là rất cao, chiếm đến 30%, kể cả khi mẹ không có bất kỳ triệu chứng nào. Thông thường, tỷ lệ lây nhiễm từ mẹ sang thai nhi là 15% ở 3 tháng đầu, 30% ở 3 tháng giữa và 60% ở 3 tháng cuối. Tuy nhiên, mức độ nguy hiểm cho bé còn tùy thuộc vào thời điểm người mẹ bị nhiễm bệnh. Đặc biệt nguy hiểm là ở giai đoạn 3 tháng đầu của thai kỳ**.** Trẻ sinh ra có thể ban đầu không có triệu chứng, nhưng về sau có thể viêm võng mạc, lác mắt, động kinh và chậm phát triển trí tuệ [2].

Bệnh viện Từ Dũ là bệnh viện chuyên ngành Sản Phụ khoa hạng I trực thuộc Sở Y tế Tp Hồ Chí Minh. Bệnh viện mỗi ngày tiếp nhận các thai phụ từ mọi miền đất nước đến khám và tư vấn thai sản. Khi người phụ nữ mang thai bị nhiễm Toxoplasma gondii cấp có thể gây ra những di chứng trầm trọng cho thai nhi, để lại những hậu quả nặng nề không chỉ cho gia đình mà cho cả cộng đồng và xã hội. Từ những lí do trên, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Tỷ lệ huyết thanh dương tính với Toxoplasma gondii và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ đến khám thai tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2020", với các mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ huyết thanh dương tính với Toxoplasma gondii bằng kỹ thuật ELISA (IgM và IgG) ở phụ nữ khám thai tại Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 04 đến tháng 07 năm 2020.

2. Xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm Toxoplasma gondii ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Tất cả phụ nữ có thai tới khám thai tại Bệnh viện Từ Dũ có tiêu chuẩn sau:

- Từ 18 tuổi trở lên (theo qui định Luật hôn nhân và Gia đình)
- Đang mang thai (các tháng thai kỳ)
- Đồng ý hợp tác trả lời phỏng vấn và lấy mẫu máu xét nghiệm.

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu:

- Những phụ nữ tới khám và phá thai kế hoạch.
- Trường hợp thai ngoài tử cung.
- Đối tượng đã hợp tác 1 lần trước (tới khám thai định kỳ lần sau).
- Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 04/2020 - 08/2020

2.3 Cỡ mẫu. Đây là nghiên cứu ước lượng một tỷ lệ trong một dân số nên chúng tôi áp dụng công thức tính cỡ mẫu sau:

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

n: cỡ mẫu cần điều tra.

p: tỷ lệ nhiễm ước tính, chọn p = 0,5 để có cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là lớn nhất, bởi vì, chưa có nghiên cứu nào trên phụ nữ khám thai tương tự trước đó tại Bệnh viện Từ Dũ;

d: khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được [illegible]u và tỷ lệ của quần thể (d = 0,05).

$Z^2_{1-\alpha/2}$: nguy cơ chấp nhận sai lầm khi chọn mức ý nghĩa thống kê α = 0,05 ứng với z = 1,96 (độ tin cậy 95%)

Thay vào tính được n = 384. Để tránh mất mẫu, cộng thêm 5% và làm tròn là 400 mẫu.

2.4 Phương pháp nghiên cứu. Tất cả các người tham gia nghiên cứu đã được sử dụng bằng bảng câu hỏi phỏng vấn trực tiếp về kiến thức, thái độ và thực hành hay còn gọi là kỹ

thuật khảo sát KAP [4]. Bệnh nhân có thông tin không khớp (trong bảng câu hỏi và hồ sơ y tế) đã bị loại khỏi nghiên cứu. Một mẫu gồm 4 ml máu tĩnh mạch (lấy máu 1 lần cho các lần xét nghiệm thai và Toxoplasma gondii) được thu thập bằng ống kim tiêm chân không vô trùng dùng 1 lần từ mỗi thai phụ tham gia nghiên cứu và huyết thanh được chuẩn bị từ mỗi mẫu. Các mẫu huyết thanh đã được kiểm tra sự hiện diện của kháng thể IgG và IgM cụ thể của T. gondii bằng xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán ELISA. Nghiên cứu tỷ lệ huyết thanh dương tính với toxoplasma gondii (tỷ lệ nhiễm Toxoplasma gondii) ở phụ nữ mang thai bằng kỹ thuật xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán ELISA. Mẫu được ly tâm bằng máy ly tâm Centrifuge với tốc độ 4000 vòng / phút trong 5 phút. Mẫu sau khi ly tâm đưa vào máy xử lý mẫu Alinity (i) (Abbott). Tất cả các mẫu huyết thanh đã được sàng lọc tìm kháng thể IgG và IgM của T. gondii sử dụng xét nghiệm chẩn đoán huyết thanh học bằng ELISA. Để tránh kết quả dương tính giả do tính cụ thể không đầy đủ của xét nghiệm sàng lọc, mọi mẫu dương tính đều phải tuân theo bước xác nhận của ELISA. Tất cả các trường hợp kiểm tra bằng ELISA cho kết quả IgG (+) và hoặc IgM (+) được xếp vào trường hợp nhiễm T. gondii. Tất cả các trường hợp cho kết quả ELISA dương tính đều được kiểm tra lại và được bác sỹ tư vấn, trường hợp nhiễm cấp tính được hướng dẫn lên tuyến trên chẩn đoán xác định và điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ bảng 3.1 cho ta thấy, về tỷ lệ huyết thanh dương tính trong tổng số 400 mẫu thu thập từ nhóm phụ nữ mang thai đến thăm khám tại tại Bệnh viện Từ Dũ thì có 13 mẫu nhiễm ký sinh trùng Toxoplasma gondii IgG (+) và IgM (+). Trong đó số mẫu có kháng thể hay tỷ lệ huyết thanh dương tính tại thời điểm nghiên cứu có IgG (+) là 12 (3,0%), chỉ có IgM (+) là 1 (0,3%), không có mẫu nào có cả IgG (+) và IgM (+).

Bảng 0.1 Thông tin tỷ lệ về tỉ lệ huyết thanh dương tính tại điểm nghiên cứu Toxoplasma gondii

Thái độ hành vi và tỉ lệ huyết thanh dương tính tại điểm nghiên cứu Toxoplasma gondii		Tổng mẫu n	Tần số	Tỷ lệ %	Tỷ lệ tích lũy %
IgG +	Có	400	12	3.0	3.0
	Không		388	97.0	100.0
IgM +	Có	400	1	.3	.3
	Không		399	99.8	100.0
Cả IgG + và IgM +	Có	400	0	0	0

Ngoài ra, theo kết quả phân tích ở bảng 3.2, tỉ lệ dương tính ở các nhóm tuổi <25 tuổi, 26 – 35 tuổi và > 35 tuổi là gần tương đồng nhau lần lượt là 4,8%, 3,1%, và 5,5% và không có sự khác biệt tỷ lệ dương tính giữa các nhóm tuổi (p>0,05).

Bảng 0.2 Tỷ lệ huyết thanh dương tính Toxoplasma gondii (IgG) phân theo nhóm tuổi

			Kết quả IgG		Total	P value
			Có	Không		
Nhóm tuổi	Dưới 25	Count	4	79	83	0.083*
		% within Độ tuổi	4.8%	95.2%	100.0%	
		% of Total	1.0%	19.8%	20.8%	
	26 - 30	Count	5	156	161	
		% within Độ tuổi	3.1%	96.9%	100.0%	
		% of Total	1.2%	39.0%	40.2%	
	31 - 35	Count	0	100	100	
		% within Độ tuổi	0.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	0.0%	25.0%	25.0%	
	> 35	Count	3	53	56	
		% within Độ tuổi	5.4%	94.6%	100.0%	
		% of Total	0.8%	13.2%	14.0%	
Total		Count	12	388	400	
		% within Độ tuổi	3.0%	97.0%	100.0%	
		% of Total	3.0%	97.0%	100.0%	

*: Fisher' Exact Test

Bảng 0.3 Tỷ lệ huyết thanh dương tính T. gondii (IgG) theo tiền sử sẩy thai

			Kết quả IgG		Total	P value
			Có	Không		
Tiền sử bị sẩy thai	Có	Count	5	136	141	0.423*
		% within Tiền sử bị sẩy thai	3.5%	96.5%	100.0%	
		% of Total	1.2%	34.0%	35.2%	
	Không	Count	7	252	259	
		% within Tiền sử bị sẩy thai	2.7%	97.3%	100.0%	
		% of Total	1.8%	63.0%	64.8%	
Total		Count	12	388	400	
		% within Tiền sử bị sẩy thai	3.0%	97.0%	100.0%	
		% of Total	3.0%	97.0%	100.0%	

*: Fisher' Exact Test

Tỷ lệ nhiễm theo tiền sử có bị sẩy thai hay không thì tỉ lệ nhiễm của các thai phụ có tiền sử sẩy thai 3,5% vẫn cao hơn các trương hợp nhiễm của thai phụ không bị sẩy thai 2,7%. Tuy vậy, sự khác biệt tỷ lệ nhiễm giữa sẩy thai hay không sẩy thai vẫn không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 0.4 Câu hỏi Thái độ Hành vi - Hiện tại hay trước đây có nuôi mèo * Kết quả IgG

			Kết quả IgG		Total
			Có	Không	
Câu hỏi Thái độ Hành vi - Hiện tại hay trước đây có nuôi mèo	Có	Count	1	68	69
		% within Kết quả IgG	8.3%	17.5%	1 .2%
	Không	Count	11	320	331
		% within Kết quả IgG	91.7%	82.5%	82.8%
Total		Count	12	388	400
		% within Kết quả IgG	100.0%	100.0%	100.0%

Bảng 3.5 Câu hỏi Thái độ Hành vi - Hiện tại hay trước đây có nuôi mèo * Kết quả IgG (Risk Estimate)

	Giá trị	Khoảng tin cậy 95%	
		Thấp	Cao
Odds Ratio cho câu hỏi Thái độ Hành vi - Hiện tại hay trước đây có nuôi mèo (Có / Không)	0,428	0,054	3,369
Cohort Kết quả IgG = Có	0,436	0,057	3,323
Cohort Kết quả IgG = Không	1,019	0,984	1,056
Số mẫu (n)	400		

Từ Bảng 3.5 ta nhận thấy với Odds Ratio = 0,428 (Khoảng tin cậy 95% = 0,054 – 3,369) thì rủi ro không bị nhiễm IgG (+) ở mức 42,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỉ lệ huyết thanh dương tính với Toxoplasma gondii tại điểm nghiên cứu Bệnh viện Từ Dũ. Tỷ lệ nhiễm Toxoplasma gondii trên phụ nữ mang thai đến khám tại Từ Dũ tổng cộng 13 trong tổng số 400, cụ thể là IgG (+) là 12 (3,0%) và IgM (+) là 1 (0,3%) và không có ca nào là cả 2 IgG (+) và IgM (+) (Bảng 3.1). Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ nhiễm có kháng thể IgM (+) là 0,3% cho thấy nguy cơ bị bệnh Toxoplasma gondii bẩm sinh là 3/1000; so với kết quả của đề tài nghiên cứu của Tác giả Đoàn Hoành Anh [2] tỷ lệ toxoplasmosis bẩm sinh 2/1000. Kết quả vẫn có tồn tại Bệnh nhiễm ký sinh rùng Toxoplasma gondii trên phụ nữ mang thai nên chúng ta đẩy mạnh công tác phòng ngừa bệnh nhiễm ký sinh trùng Toxopalsma gondii này hơn nữa.

4.2 Tỉ lệ huyết thanh dương tính theo nhóm tuổi. Trong nghiên cứu của luận văn này thì nhóm tuổi được nhóm thành 4 nhóm tuổi mang thai. Từ bảng 3.2 cho ta thấy tỉ lệ dương tính ở các nhóm tuổi <25 tuổi và > 35 tuổi là lớn nhất và gần tương đồng nhau lần lượt là 4,8%, và 5,5%, còn lại , 26 – 35 tuổi là 3,1%. Tuy vậy tỷ lệ nhiễm ở các nhóm tuổi là không có ý nghĩa (p>0,05).

4.3 Tỉ lệ huyết thanh dương tính theo nơi cư trú. Ta thấy ở cả hai nơi khu vực dân cứ đều có dương tính với T. gondii, và từ bảng 3.3 thì tỉ lệ nhiễm cao nhất lại ở khu vực nông thôn chiếm 3,2% còn lại là khu vực thành thị chiếm 3,0%. Điều này có nghĩa là môi trường nơi sinh sống, điều kiện kinh tế, thói quen trong sinh hoạt, vệ sinh cá nhân, vệ sinh ăn uống, tiếp xúc với mèo, động vật… ở mỗi khu vực dân cư khác nhau, tạo ra sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm T.gondii.

Kết quả dương tính T. gondii này thì thấp hơn nhiều so với tỷ lệ dương tính của tác giả Đinh Thị Bích Lân và Huỳnh Văn Chương (năm 2009) tại Thừa Thiên Huế, kết quả ở mèo có tỷ lệ huyết thanh dương tính ở thành phố và nông thôn tương ứng là 33% - 87% [1].

4.3 Tỉ lệ huyết thanh dương tính theo tiền sử sẩy thai. Tỷ lệ nhiễm theo tiền sử có bị sẩy thai hay không thì tỉ lệ nhiễm của các thai phụ có tiền sử sẩy thai 3,5% vẫn cao hơn các trương hợp nhiễm của thai phụ không bị sẩy thai 2,7%. Tuy vậy kết quả là thấp hơn so với nghiên cứu trong nước như Luận văn Tác giả Đoàn Hoàng Anh là 10,1% và 11,0% [3]. Kết quả thống kê giữa 2 nhóm có tiền sử và không tiền sử sẩy thai là là chưa đủ chứng cứ liên hệ với nhau. Điều này giải thích rằng kết quả nghiên cứu có tỷ lệ nhiễm cấp tính có kháng thể IgM (+) là 0,3% cho thấy nguy cơ bị bệnh Toxoplasma gondii bẩm sinh là 3/1000.

4.4 Mối liên quan giữa thái độ chung (Hiện tại hay trước đây có nuôi mèo) và nhiễm Toxoplasma gondii. Từ Bảng 3.4 ta có 17,2% số trả lời là có nuôi mèo, trong khi đó còn lại là 82,8% không nuôi mèo trong nhà. Thêm vào đó giá trị p value = 40,6%, giá trị này > 5% nên ta kết luận là trước đây hay hiện tại có nuôi mèo hay không thì chưa đủ chứng cứ liên quan đến nhiễm IgG. Từ Bảng 3.5 cho ta thấy giá trị Odds Ratio = 0,428 (Khoảng tin cậy 95% = 0,054 – 3,369) thì rủi ro không bị nhiễm IgG (+) ở mức 42,8%. Những phát hiện của nghiên cứu này đã cho thấy một tỷ lệ huyết thanh dương tính thấp hơn các nghiên cứu được báo cáo từ trong nước. Sự tồn tại của mèo nhà tại nhà, tiêu thụ thịt nấu chưa chín và thức uống khác chưa tiệt trùng vẫn được xác định là yếu tố nguy cơ đối với nhiễm Toxoplasma gondii. Có thể làm giảm khả năng lây nhiễm Toxoplasma bằng việc thực hiện thói quen ăn uống đảm bảo vệ sinh, vệ sinh môi trường sống, môi trường tập quán chăn nuôi xúc vật (mèo)… Ngoài ra, nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố liên quan đến nhiễm T.gondii để cung cấp thông tin cơ bản về tỷ lệ nhiễm ở phụ nữ mang thai đến Bệnh viện Từ Dũ thăm khám thai kỳ. Với thông tin thu được từ nghiên cứu này, sẽ rất hữu ích trong việc đưa ra ước tính về tỷ lệ nhiễm bệnh hiện hành ở phụ nữ mang thai, từ đó có chính sách về các biện pháp phòng ngừa và thiết kế các nghiên cứu tiếp theo về bệnh Toxoplasmosis ở nước ta.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu tỉ lệ huyết thanh dương tính với Toxaplasma Gondii với thành phần tham gia khảo sát là phụ nữ mang thai đến thăm khám tại Bệnh viện Từ Dũ. Tất cả là 400 trường hợp phụ nữ đang mang thai trên mọi miền đất nước từ tất cả các thành phần nghề nghiệp, độ tuổi vv... Các phát hiện của nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ nhiễm huyết thanh tương đối thấp hơn so với các nghiên cứu báo cáo từ các quốc gia khác nhưng phù hợp với kết quả nghiên cứu tại các tỉnh phía Bắc Việt nam [5]. Qua kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm Toxoplasma gondii trên phụ nữ mang thai đến khám tại Từ Dũ tổng cộng 13 trong tổng số 400, cụ thể là IgG (+) là 12 (3,0%) và IgM (+) là 1 (0,3%) và không có ca nào là cả 2 IgG (+) và IgM (+). Ngoài ra, nghiên cứu này sẽ phản ánh tỉ lệ nhiễm Toxoplasma gondii và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám thai tại Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 04 đến 08 năm 2020. Tuy kết quả chưa chính xác như mong đợi nhưng kết quả này cũng sẽ giúp xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến Toxoplasma gondii ở phụ nữ mang thai. Hy vọng dữ liệu thu được từ nghiên cứu sẽ tư vấn cho việc thực hiện sàng lọc có hệ thống trường hợp nhiễm Toxoplasma gondii trong quá trình khám thai ở Việt Nam như một chiến lược để giảm thiểu bệnh Toxoplasma bẩm sinh và hướng dẫn việc chẩn đoán và quản lý bệnh tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Bích Lân & Huỳnh Văn Chương (2009),** "Kiểm Tra Kháng Thể Kháng Toxoplasma Gondii Trong Huyết Thanh Người và Gia Súc Tại Thừa Thiên Huế", Tạp Chí Khoa Học, Đại Học Huế, Số 55.
2. **Đoàn Hoàng Anh (2013),** "Tỷ lệ nhiễm Toxoplasma gondii trên phụ nữ mang thai tới khám thai tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Lâm Đồng", Luận văn thạc sỹ, Đại học Tây Nguyên.
3. **Lê Thị Thu Hà (08/03/2019),** Nhiễm toxoplasma trong thai kỳ. Chăm sóc Bà Mẹ Mang Thai; https://tudu.com.vn/vn/y-hoc-thuong-thuc/suc-khoe-phu-nu/lam-me-an-toan/cham-soc-ba-me-mang-thai/nhiem-toxoplasma-trong-thai-ky/
4. **MA, Xiao-xue, et al. (2017),** A survey of students studying at an university in Wuhan, China: Knowledge, attitudes, and practices (KAP) regarding food-borne parasitic diseases. 15.
5. **Smit, G. S. A., et al. (2019),** Sero-epidemiological status and risk factors of toxoplasmosis in pregnant women in Northern Vietnam. BMC Infect Dis, Publisher, Place Published, **19**(1): p. 329.
6. **Zemene, Endalew, et al. (2012),** Seroprevalence of Toxoplasma gondii and associated risk factors among pregnant women in Jimma town, Southwestern Ethiopia. Vol. 12. 337.
7. **Zimmerman, Jeff),** Levels of Toxoplasma gondii in Swine Operations.

KHẢO SÁT VIỆC SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG KẾT TẬP TIỂU CẦU VÀ THUỐC CHỐNG ĐÔNG TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Ngọc Khôi*, Nguyễn Thị Mai Hoàng*, Lê Ngọc Anh Pha**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tính phù hợp trong việc sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu và thuốc chống đông trên bệnh nhân nhồi máu não tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. **Phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 342 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não và có sử dụng thuốc chống đông và/ hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu điều trị nội trú tại khoa Nội Thần Kinh – Cơ xương khớp tại bệnh viện Đa Khoa thành phố Cần Thơ. Tiến hành đánh giá việc sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu và thuốc chống đông (chỉ định, liều dùng, đường dùng, thời gian, tác dụng phụ). **Kết quả:** Thuốc chống kết tập tiểu cầu được sử dụng chiếm tỉ lệ cao nhất 92,7%, thuốc chống đông với tỉ lệ thấp nhất 1,17%. Tỉ lệ chỉ định thuốc chống đông theo khuyến cáo là 100%, khoảng 50% bệnh nhân sử dụng phối hợp aspirin và acenocoumarol ở bệnh nhân rung nhĩ chưa phù hợp khuyến cáo, liều dùng phù hợp với khuyến cáo, 100% bệnh nhân được giám sát điều trị khi sử dụng thuốc chống đông theo dõi INR. **Kết luận:** Phối hợp thuốc cần được kiểm soát nghiêm ngặt để tránh các tác dụng không mong muốn và hậu quả nguy hiểm như xuất huyết, giảm tiểu cầu… cho bệnh nhân khi được kê đơn sử dụng nhóm thuốc này trên lâm sàng

Từ khoá: nhồi máu não, thuốc chống kết tập tiểu cầu và thuốc chống đông.

SUMMARY

A SURVEY ON THE USE OF ANTIPLATELET AND ANTICOAGULANT MEDICINE ON CEREBRAL INFARCTION PATIENTS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Objective: evaluating the compatibility in using antiplatelet and anticoagulant medicine on cerebral infarction patients at Can Tho General Hospital. **Methods:** Cross-section studies was carried out on 342 patients diagnosed with cerebral infarction who were using antiplatelet and anticoagulant medicine and receiving inpatient treatment at the Neurology-Osteoarthirtis Department, Can Tho General Hospital. The use of antiplatelet and anticoagulant medicine was assessed (indication, dosage, application, time, side-effects). **Results:** antiplatelet and anticoagulant medicine accounted for the highest percentage of 92.7%, while anticoagulant medicine was used at the lowest rate of 1.17%. The recommended prescription rate of anticoagulant medicine was 100%, in which 50% of the patients using that in combination with aspirin and acenocoumarol did not comply with the recommendation. INR was applied on 100% of the surveyed patients. **Conclusions:** The combination of medicine needs to be strictly managed in order to avoid unexpected side-effects and fatal consequences such as hemorrhage, thrombocytopenia etc. on patients prescribed with this drug group in clinical practice

Keywords: cerebral infarction, antiplatelet and anticoagulant medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một trong những biến cố tim mạch phổ biến hiện nay, có khoảng 800.000 người ở Mỹ bị đột quỵ với thiếu máu cục bộ (nhồi máu não) là loại phổ biến nhất (87%). Năm 2015, tử vong do đột quỵ chiếm 11,8% tổng số ca tử vong trên toàn thế giới, khiến đột quỵ trở thành nguyên nhân gây tử vong thứ hai trên toàn cầu sau bệnh tim [1, 2]. Vì vậy điều trị dự phòng và điều trị đặc hiệu đột quỵ đã và đang là trọng tâm của y học hiện đại.

Nhồi máu não (NMN) là một bệnh cảnh lâm sàng cấp cứu phức tạp, trong đó mục tiêu được đặt lên hàng đầu là điều trị hiệu quả và dự phòng nguy cơ huyết khối. Nhằm điều trị và dự phòng nguy cơ huyết khối đạt hiệu quả, nhóm thuốc được lựa chọn đầu tay là nhóm thuốc chống kết tập tiểu cầu và thuốc chống đông. Bệnh nhân NMN lại thường có nhiều bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận hay các bệnh lý mạn tính khác, do đó việc sử dụng nhiều phác đồ kèm với phác đồ chính điều trị NMN phải có sự cân nhắc kỹ lưỡng để tránh sự tương tác bất lợi cho bệnh nhân [3]. Với mong muốn tìm hiểu tình hình sử dụng chống kết tập tiểu cầu và thuốc chống đông cho bệnh nhân NMN tại bệnh viện, cũng như cung cấp thêm thông tin về góc nhìn của dược lâm sàng cho các bác sĩ về tính an toàn và hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá tính phù hợp trong việc sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu và thuốc chống đông trên bệnh nhân nhồi máu não tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang

**Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
***Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Khôi
Email: nnkhoi@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 22.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020
Ngày duyệt bài: 9.12.2020

Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: nghiên cứu tiến hành trên 342 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não và có sử dụng thuốc chống đông và/ hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu điều trị nội trú tại khoa Nội Thần Kinh – Cơ xương khớp tại bệnh viện Đa Khoa thành phố Cần Thơ trong thời gian từ 01/8/2018 đến 31/5/2019.

Tiêu chí chọn mẫu: thoả tiêu chí chọn vào nghiên cứu: được chẩn đoán xác định là nhồi máu não (bằng lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc chụp cộng hưởng từ sọ não (MRI), có sử dụng thuốc chống đông và/ hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu và điều trị trên 3 ngày. Tiêu chí loại ra: bằng chứng chảy máu não trên chụp cắt lớp vi tính CT-scan, có triệu chứng gợi ý chảy máu não dù CT-scan bình thường, u não giảm tỷ trọng, cơn máu não thoáng qua (TIA), những trường hợp phối hợp xuất huyết não và nhồi máu não, đã được điều trị nội trú ở các bệnh viện khác >24 giờ sau đó được chuyển đến Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

Phương pháp thu thập số liệu: dữ liệu được thu thập dựa theo thông tin trong hồ sơ bệnh án tại Khoa nội thần kinh – Cơ xương khớp thuộc Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. Với các nội dung:

- Đặc điểm mẫu nghiên cứu
- Đánh giá việc sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu và thuốc chống đông trên bệnh nhân nhồi máu não, dựa vào bảng tiêu chí và cơ sở xây dựng tiêu chuẩn nhận xét sử dụng thuốc

Tiêu chí	Cơ sở xây dựng
Chỉ định	1. Hướng dẫn xử lý giai đoạn sớm các bệnh nhân nhồi máu não cấp AHA/ASA 2018. 2. Hướng dẫn điều trị dự phòng đột quỵ nhồi máu não và cơn thiếu máu não thoáng qua AHA/ASA 2014. 3. Dược thư Quốc gia Việt Nam 2018. 4. Pharmacotherapy 2017. 5. Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc của nhà sản xuất được Cục quản lý Dược phê duyệt
Liều dùng, thời gian dùng, đường dùng	
Giám sát điều trị Tác dụng không mong muốn	
Kết quả điều trị	

Phân tích thống kê. Các số liệu được xử lý thống kê trên máy tính bằng Excel 2010 và SPSS 20.0

Các phương pháp phân tích số liệu sử dụng trong nghiên cứu: thống kê mô tả đối với các biến định lượng và định tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian khảo sát từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 5 năm 2019, thu thập được số liệu của 342 bệnh nhân nhồi máu não, kết quả như sau:

Đặc điểm dân số xã hội. Kết quả nghiên cứu cho thấy giới nam chiếm 52,6%, tuổi trung bình 67,7±12,56, trong đó nhỏ nhất: 40 tuổi, lớn nhất 94 tuổi.

Bệnh lý kèm theo

Bảng 1. Bệnh lý kèm theo (n= 342)

Yếu tố nguy cơ		Tần số	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp		252	73,7
Đái tháo đường		75	21,9
Rối loạn lipid máu		4	1,2
Nghiện rượu		11	3,2
Tiền sử tim mạch	Rung nhĩ – loạn nhịp	1	0,3
	Bệnh động mạch vành	8	2,3
	Bệnh van tim	2	0,6
	Suy tim	2	0,6
Tổng		**13**	**3,8**
Hút thuốc lá		13	3,8
Tiền sử đột quỵ		77	22,5
Số yếu tố nguy cơ			
Có 1 yếu tố nguy cơ		149	43,6
Có 2 yếu tố nguy cơ		109	31,9
Có ≥ 3 yếu tố nguy cơ		34	9,9

Bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não có nhiều yếu tố nguy cơ mắc kèm và tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 73,7%, tiếp theo tiền sử đột quỵ và đái tháo đường lần lượt là 22,5% và 21,9%.

Danh mục và kiểu phối hợp thuốc chống đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu. Trong 342 bệnh nhân có sử dụng thuốc chống đông và/hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu, tỷ lệ sử dụng các thuốc chống kết tập tiểu cầu chiếm tỷ lệ cao trong đó aspirin cao nhất với 92,7% , tiếp đó là clopidogrel 17,25%. Các thuốc chống đông được sử dụng với tỷ lệ thấp hơn, acenocoumarol là 1,17%. Trong các kiểu phối hợp thuốc chống ngừng kết tập tiểu cầu và/ hoặc thuốc chống đông, việc sử dụng một nhóm thuốc là chủ yếu, chiếm 99,4%, việc sử dụng cả 2 nhóm thuốc chỉ chiếm 0,6%. Trong nhóm thuốc chống kết tập tiểu cầu, aspirin dùng đơn độc chiếm 81,6% và clopidogrel dùng đơn độc chiếm 6,7%.

Bảng 2. Đánh giá chỉ định sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu và thuốc chống đông theo tiêu chí có sẵn

Đặc điểm	Số bệnh nhân thực hiện	Số BN sử dụng thuốc	Tỷ lệ % phù hợp	Tỷ lệ % không phù

				khuyến cáo	hợp khuyến cáo
TH khuyến cáo	Bệnh nhân được lựa chọn aspirin 24 - 48 giờ sau khởi phát đột quỵ nhồi máu não	249	268	92,91	7,09
	Tỷ lệ bệnh nhân đột quỵ nhẹ (NIHHS ≤3) được điều trị kháng tiểu cầu kép (aspirin và clopidogrel) được khởi đầu trong 24 giờ và duy trì đến khi xuất viện	36	0	0	0
TH không khuyến cáo	Bệnh nhân nhồi máu não được lựa chọn clopidogrel 75 mg 1v/ngày làm điều trị dự phòng đột quỵ	6	23	73,91	26,09
	Vi phạm chống chỉ định của thuốc	17	340	95	5

Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân được lựa chọn aspirin 24 - 48 giờ sau khởi phát đột quỵ nhồi máu não là 92,91%, phù hợp khuyến cáo. Tỷ lệ sử dụng clopidogrel là 26,09% không phù hợp khuyến cáo. Không đánh giá được tiêu chí: bệnh nhân đột quỵ nhẹ (NIHHS ≤3) được điều trị kháng tiểu cầu kép (aspirin và clopidogrel) được khởi đầu trong 24 giờ và duy trì đến khi xuất viện. Tỉ lệ bệnh nhân được sử dụng aspirin có vi phạm chống chỉ định là 5%.

Bảng 3. Đánh giá chỉ định sử dụng thuốc chống đông theo tiêu chí

Đặc điểm		Số bệnh nhân thực hiện	Số BN sử dụng thuốc	Tỷ lệ % phù hợp khuyến cáo	Tỷ lệ % không phù hợp khuyến cáo
TH không khuyến cáo	Bệnh nhân nhồi máu não không do nguyên nhân từ tim, được chỉ định thuốc chống đông bằng đường uống để giảm nguy cơ đột quỵ tái phát	0	4	100	0
TH không khuyến cáo	Ở bệnh nhân rung nhĩ, tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não được chỉ định phối hợp thuốc chống đông và thuốc chống kết tập tiểu cầu (trừ trường hợp đau thắt ngực không ổn định và đặt stent)	2	4	50	50
TH không khuyến cáo	Vi phạm chống chỉ định của thuốc	0	4	100	0

Không có bệnh nhân nào vi phạm khuyến cáo sử dụng thuốc chống đông đường uống đề dự phòng nguy cơ đột quỵ ở bệnh nhân nhồi máu não không do nguyên nhân từ tim. Tỷ lệ bệnh nhân vi phạm khuyến cáo dùng phối hợp thuốc chống đông và chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân rung nhĩ sau nhồi máu não so với tổng số bệnh nhân dùng thuốc chống đông là 50%. Không có bệnh nhân nào vi phạm chống chỉ định của thuốc chống đông.

Bảng 4. Liều dùng thuốc CKTTC và thuốc CĐ

Tên thuốc	Liều	Tính phù hợp	Số BN	Tỷ lệ %
Acenocoumarol	Liều duy trì từ 1-8mg để đạt được INR =2-3	Phù hợp	4	100
		Không phù hợp	0	0
Aspirin	Giai đoạn cấp 160 - 300mg/ ngày	Phù hợp	5	1,8
		Không phù hợp	274	98,2
	Giai đoạn duy trì 50-325mg/ ngày	Phù hợp	279	100
		Không phù hợp	0	0
Clopidogrel	75mg	Phù hợp	23	100
		Không phù hợp	0	0

Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc chống đông và thuốc chống kết tập tiểu cầu theo liều khuyến cáo rất cao, 100% với acenocoumarol, 100% với clopidogrel. Tuy nhiên liều dùng aspirin giai đoạn cấp không phù hợp là 98,2%, phù hợp là 1,8%. Liều aspirin giai đoạn duy trì phù hợp khuyến cáo là 100%. Tỉ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc chống đông và thuốc chống kết tập tiểu cầu theo đường dùng khuyến cáo rất cao: 100% với acenocoumarol (đường uống), 100% với clopidogrel (đường uống), 100% với aspirin (đường uống).

Thời gian dùng thuốc: acenocoumarol, aspirin và clopidogrel không có khuyến cáo nào quy định thời gian cụ thể nên chúng tôi không đưa vào nguyên cứu.

Giám sát điều trị: 4 bệnh nhân sử dụng acenocoumarol đều được giám sát điều trị với 100% phù hợp khuyến cáo

Tác dụng không mong muốn của thuốc chống đông và chống kết tập tiểu cầu

Trong quá trình điều trị các bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu, ghi nhận 2 trường hợp ngưng sử dụng aspirin do đau thượng vị, 1 trường hợp nổi mẩn đỏ da nghi ngờ do tác dụng không muốn của aspirin.

Kết quả điều trị. Trong 342 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có 98% bệnh nhân đỡ khi xuất viện, có 0,9% bệnh nhân không đổi và có 1,1% bệnh nhân xin về trong quá trình điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá chỉ định sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu và thuốc chống đông. Aspirin được bắt đầu trong vòng 48 giờ sau khi khởi phát đột quỵ và có liên quan đến sự tăng nhẹ xuất huyết não, bù lại sapirin giúp giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và tái phát sớm nhồi máu não. Do đó, theo khuyến cáo của Mỹ, dùng aspirin đường uống trong vòng 24 đến 48 giờ sau khởi phát nhồi máu não được khuyến khích cho hầu hết các bệnh nhân [4]. Trong mẫu nghiên cứu, bệnh nhân được lựa chọn aspirin 24 - 48 giờ sau khởi phát đột quỵ nhồi máu não là 92,91% là tỉ lệ khá cao là phù hợp với khuyến cáo. Tuy nhiên còn một số lượng nhỏ bệnh nhân chưa được sử dụng aspirin trong 48 giờ.

Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não được lựa chọn clopidogrel 75 mg/ngày làm điều trị dự phòng đột quỵ là khá cao (26,09%). Một số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được sử dụng clopidogrel 75 mg trong điều trị dự phòng nhồi máu não thay vì aspirin, là chưa phù hợp với khuyến cáo.

Trong mẫu nghiên cứu, chúng tôi nghi nhận được 36 trường hợp sử dụng kết tập tiểu cầu kép (aspirin phối hợp với clopidogrel).

Liều dùng, đường dùng, thời gian dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu và thuốc chống đông và giám sát điều trị thuốc chống đông. Trong nghiên cứu ghi nhận hầu hết các bệnh nhân được chỉ định aspirin trong vòng 48 giờ sau khởi phát nhồi máu não vẫn dùng liều thấp 81 mg/ngày (chiếm 98,2%) như liều dự phòng đột quỵ nhồi máu não tái phát, chỉ có 1,8% dùng liều cao là 162 mg/ngày (2 viên). Việc chỉ định aspirin trong vòng 48 giờ sau khởi phát nhồi máu não dùng liều thấp 81 mg/ngày là chưa phù hợp theo khuyến cáo. Sự an toàn và hiệu quả của aspirin được sử dụng trong giai đoạn cấp tính trong đột quỵ thiếu máu cục bộ được xác định bởi hai thử nghiệm lâm sàng lớn (thử nghiệm CAST và thử nghiệm IST), với liều trung bình của aspirin là 160 – 300mg/ngày[5], [6].

Liều duy trì của acenocoumarol theo Dược thư quốc gia Việt Nam 2018 là từ 1-8 mg để đạt được INR mục tiêu, còn trong khuyến cáo AHA/ASA 2014 chỉ khuyến cáo điều chỉnh liều acenocoumarol để đạt được INR mục tiêu (INR = 2-3). Trong mẫu nghiên cứu, acenocoumarol được chỉ định liều từ 1mg/ngày đến 1,5mg/ngày và được theo dõi để đạt được INR = 2-3 là phù hợp với khuyến cáo.

Tác dụng không mong muốn của thuốc chống đông và chống kết tập tiểu cầu. Tác dụng không mong muốn của thuốc (ADR) phổ biến nhất của aspirin là liên quan đến hệ tiêu hóa, thần kinh và cầm máu. Tần số ADR phụ thuộc vào liều. Có tới 5% tổng số người được điều trị có ADR [7]. Trong quá trình điều trị các bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu, ghi nhận 2 trường hợp ngưng sử dụng aspirin do đau thượng vị, 1 trường hợp nổi mẩn đỏ da nghi ngờ do tác dụng không muốn của aspirin. Theo Dược thư Quốc gia Việt Nam 2018, đau thượng vị là tác dụng không mong muốn thường gặp (ADR> 1/100) [7].

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy các thuốc CKTTC được chỉ định chiếm tỷ lệ cao cao nhất với 92,7% và thuốc CĐ được sử dụng với tỷ lệ thấp là 1,17%. Trong số các bệnh nhân được chỉ định, ghi nhận các trường hợp sử dụng thuốc chưa phù hợp khuyến cáo bao gồm: phối hợp aspirin và acenocoumarol ở bệnh nhân rung nhĩ (50%), không sử dụng aspirin 24 - 48 giờ sau khởi phát đột quỵ NMN (7%), không sử dụng clopidogrel dự phòng đột quỵ (26,09%), sử dụng

aspirin khi bệnh có giảm tiểu cầu, hen, suy thận mạn, xơ gan (5%). Do đó, lựa chọn phối hợp thuốc cần được kiểm soát nghiêm ngặt để tránh các tác dụng không mong muốn và hậu quả nguy hiểm như xuất huyết, giảm tiểu cầu… cho bệnh nhân khi được kê đơn sử dụng nhóm thuốc này trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, et al, (2012),** "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", Lancet, 380 (9859), pp. 2095-2128.
2. **Benjamin E J, Virani S S, Callaway C W, Chamberlain A M, et al, (2018),** "Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association", Circulation, 137 (12), pp. e67-e492
3. **Lệ Đức Hinh (2009),** Tai biến mạch máu não-hướng dẫn chẩn đoán và xử lý, NXB Y học, pp. 84-107, 217-24, 294-318, 333-41, 403- 19, 442-63, 645-54
4. **Powers W J, Rabinstein A A, Ackerson T, Adeoye O M, et al, (2018),** "2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", Stroke, 49 (3), pp. e46-e110.
5. **CAST:** randomised placebo-controlled trial of early aspirin use in 20,000 patients with acute ischaemic stroke. CAST (Chinese Acute Stroke Trial) Collaborative Group.(1997), Lancet, 349 (9066), pp. 1641-1649.
6. **The International Stroke Trial (IST):** a randomised trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19435 patients with acute ischaemic stroke. International Stroke Trial Collaborative Group, (1997), Lancet, 349 (9065), pp. 1569-1581.
7. **Bộ Y tế, (2018),** Dược thư quốc gia Việt Nam.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Đức Hạnh*, Vũ Minh Hải*, Vũ Minh Hải(B)*, Trần Hoàng Tùng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín thân 2 xương cẳng tay tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp**: Mô tả cắt ngang 56 bệnh nhân chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng tay và được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 01 năm 2018 đến hết tháng 01 năm 2020. **Kết quả**: 56 bệnh nhân gồm 29 nam và 27 nữ; nguyên nhân: tai nạn giao thông chiếm 46,4%, tai nạn sinh hoạt 39,3%; Cơ chế chấn thương: gián 92,9%, chấn thương trực 7,1%; Phân loại theo AO: loại B chiếm 50%, Gãy loại A 41,1%, Gãy loại C 8,9%. Theo dõi 45 bệnh nhân tối thiểu sau 6 tháng, đánh giá theo Charles Creaman: rất tốt 91,2%; tốt 4,4%; xấu chiếm tỷ lệ 4,4%. **Kết luận**: Phương pháp kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín thân 2 xương cẳng tay cho kết quả tốt và an toàn.

SUMMARY

OUTCOMES OF SCREW AND PLATE FIXATION FOR CLOSED BOTH-BONE FOREARM FRACTURE AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of screw and plate fixation surgery to treat closed both-bone forearm fracture at Thai Binh General Hospital. **Methods**: A descriptive cross-sectional was conducted among 56 patients diagnosed with closed both-bone forearm fracture and underwent screw and plate fixation at Thai Binh General Hospital from January 2018 to the end of January 2020. **Results**: 56 patients, including 29 males and 27 females; causes: traffic accident accounted for 46.4%, household injury - 39.3%; The injury mechanism: indirect - 92.9%, direct - 7.1%; Classification according to AO: Grade B accounts for 50%, grade A - 41.1%, grade C - 8.9%. 45 patients were followed up at least 6 months and evaluated their outcomes according to Charles Creaman criteria:: exellent - 91.2%; good - 4.4%; bad - 4.4%. **Conclusion**: screw and plate fixation surgery to treat closed both-bone forearm fracture yields good and safe outcomes

**Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
***Bệnh viện Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải
Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 7.12.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân hai xương cẳng tay là gãy ở đoạn có màng liên cốt bám, được giới hạn bởi hai bình diện ngang: Bình diện trên khoảng 2cm dưới lồi củ nhị đầu, bình diện dưới khoảng 4cm trên khớp cổ tay [2]. Gãy thân hai xương cẳng tay là loại gãy xương thường gặp và do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra như: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, thể thao. Chúng tôi nghiên cứu: *"Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín thân*

hai xương cẳng tay tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình" nhằm mục đích nâng cao kết quả điều trị loại gãy xương này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa bàn nghiên cứu. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

2. Đối tượng nghiên cứu. 56 bệnh nhân chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng tay và được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 01 năm 2018 đến hết tháng 01 năm 2020

3. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Liên quan giữa tuổi và giới (n=56)

Tuổi	Giới		Tổng cộng	Tỷ lệ (%)
	Nam	Nữ		
< 18	9	1	10	17,9%
18 - 30	8	3	11	19,6%
31 - 40	5	0	5	8,9%
41 - 60	2	8	10	17,9%
> 60	5	15	20	35,7%
Tổng cộng	**29**	**27**	**56**	**100%**
Tỷ lệ (%)	**51,8%**	**48,2%**	**100%**	

Nhận xét: 56 bệnh nhân gồm 29 nam (51,8%) và 27 nữ (48,2%) như vậy nam có tỷ lệ cao hơn so với nữ. Độ tuổi dưới 31 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 37,5%.

Bảng 3.2. Nguyên nhân và cơ chế chấn thương (n=56)

Cơ chế	Nguyên nhân				Tỷ lệ
	TNGT	TNLĐ	TNSH	TN khác	
Trực tiếp	2	1	1	0	7,1%
Gián tiếp	24	6	21	1	92,9%
Tổng	**26**	**7**	**22**	**1**	**100%**
Tỷ lệ	46,4%	12,5%	39,3%	1,8%	100%

Nhận xét: tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất 46,4%, sau là tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ 39,3%. Đây là 2 nguyên nhân chủ yếu gây nên gãy hai xương cẳng tay. Cơ chế chấn thương gián tiếp chiếm tỷ lệ cao 92,9%

Bảng 3.3. Nguyên nhân và phân loại theo AO (n=56)

Loại gãy / Nguyên nhân	Loại A	Loại B	Loại C	Tổng
TNSH	9	11	2	22
TNLĐ	3	3	1	7
TNGT	11	13	2	26
TN khác	0	1	0	1
Tổng cộng	**23**	**28**	**5**	**56**
Tỷ lệ	**41,1%**	**50,0%**	**8,9%**	**100%**

Nhận xét: Phân loại theo AO gãy thân hai xương cẳng tay loại B chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 50%. Gãy loại A chiếm tỷ lệ 41,1%. Gãy loại C chiếm tỷ lệ 8,9%.

Bảng 3.4. Thời gian tập vận động sau mổ (n=56)

Thời gian / Loại gãy	2 ngày	2 tuần	Tổng
Loại A	23	0	23
Loại B	27	1	28
Loại C	0	5	5
Tỷ lệ	89,3%	10,7%	56

Nhận xét: Có 50/56 bệnh nhân phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít chiếm tỷ lệ 89,3% sau phẫu thuật 2 ngày.

Bảng 3.5. Kết quả liền xương sau mổ 6 tháng (n=45)

Phân loại / Mức độ liền	Loại gãy			Tổng	Tỷ lệ
	Loại A	Loại B	Loại C		
Liền xương hết di lệch	19	21	2	42	93,4%
Liền xương can xù	0	0	1	1	2,2%

Liền xương di lệch lớn	0	0	0	0	0
Không liền xương	0	0	2	2	4,4%
Tổng	**19**	**21**	**5**	**45**	**100%**

Nhận xét: Khám lại sau tối thiểu 6 tháng có 42/45 bệnh nhân liền xương hết di lệch chiếm tỷ lệ 93,4%. Có 1/45 bệnh nhân liền xương can xù chiếm tỷ lệ 2,2% và 2/45 bệnh nhân không liền xương chiếm tỷ lệ 4,4% gặp ở bệnh nhân gãy loại C gãy phức tạp khuyết xương.

Bảng 3.6. Đánh giá kết quả chung dựa theo tiêu chuẩn của Charles Creaman liên quan đến loại gãy (n=45)

Kết quả / Phân loại	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
Loại A	18	1	0	0	18
Loại B	21	0	0	0	21
Loại C	2	1	0	2	6
Tổng	41	2	0	2	45
Tỷ lệ	91,2%	4,4%	0	4,4%	100%

Nhận xét: Kết quả chung sau theo dõi tối thiểu từ 6 đến 24 tháng 45 bệnh thấy: 41 bệnh nhân kết quả rất tốt (91,2%); 2 bệnh nhân kết quả tốt (4,4%); 2 bệnh nhân kết quả xấu (4,4%)

IV. BÀN LUẬN

1. Tuổi, giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thường gặp nhiều nhất là dưới 31 tuổi có 20/56 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 37,5%. Đây là lứa tuổi hoạt động nhiều nhất, cũng là độ tuổi lao động chính cho gia đình và xã hội, do đó việc nhanh chóng rút ngắn thời gian điều trị để phục hồi khả năng lao động sớm cho người bệnh có ý nghĩa rất quan trọng không chỉ với riêng bệnh nhân, gia đình người bệnh mà còn cả về mặt kinh tế và xã hội. Kết quả nghiên cứu của Lê Thành Cương (2011) trên 46 bệnh nhân cũng gặp ở lứa tuổi từ 16-30 chiếm tỷ lệ cao nhất 52,17% [1]. Kết quả của Meeravali SK (2015) trên 56 bệnh nhân cũng gặp độ tuổi từ 21-30 bị gãy thân hai xương cẳng tay chiếm tỷ lệ cao nhất là 36% [6].

Chúng tôi nam có 21/56 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 51,8%, nữ có 27/56 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 48,2%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Lê Thành Cương (2011) cũng gặp ở nam nhiều hơn nữ (nam 32/46 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 69,57%, nữ 14/46 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 30,43%) [1]. Kết quả của các tác giả nước ngoài như: Kết quả của Meeravali SK (2015) ở nam là 40/56 bệnh nhân và nữ là 16/56 bệnh nhân [6]. Kết quả của Sang Bum Kim (2015) ở nam là 30/47 bệnh nhân và nữ là 17/47 bệnh nhân [7].

2. Nguyên nhân và cơ chế. Trong 56 bệnh nhân chúng tôi gặp do nhiều nguyên nhân, chủ yếu gặp nhiều nhất là: Tai nạn giao thông chiếm 26/56 trường hợp chiếm tỷ lệ 46.4%. Tai nạn sinh hoạt chiếm vị trí thứ hai 22/56 trường hợp chiếm tỷ lệ 39,3%. Kết quả này cho thấy tình trạng tai nạn giao thông hiện nay đã và đang là vấn đề bức xúc. Các thương tích do tai nạn giao thông thường rất phức tạp và đa dạng làm cho công tác điều trị gặp nhiều khó khăn. Kết quả của chúng tôi giống với Lê Thành Cương (2011) tai nạn giao thông đứng vị trí thứ nhất với 26/56 trường hợp tỷ lệ 56,52% [1] và kết quả của Seyed Abdolhossein Mehdi Nasab năm 2012 do tai nạn giao thông cũng chiếm tỷ lệ cao 48/87 bệnh nhân và chiếm 55,2% [8]. Cơ chế gián tiếp do chống tay xuống đất hoặc kéo đỡ gặp nhiều nhất 52/56 trường hợp chiếm tỷ lệ 92,9%. Kết quả của Nguyễn Anh Trọng (2015) cơ chế gián tiếp cũng gặp nhiều nhất là 25/38 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 65,8% [3].

3. Tổn thương giải phẫu bệnh. Trong 56 bệnh nhân chúng tôi thấy hình thái đường gãy theo phân loại của AO là đường gãy ngang có mảnh phụ (loại B), có 28/56 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 50,0%. Theo Fernandez (2010) thì gãy ngang cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là 370/553 bệnh nhân chiếm 67% [5]. Kết quả của Trần Quốc Tuấn (2009) thì gãy ngang có mảnh rời cũng chiếm tỷ lệ cao là 30/60 bệnh nhân chiếm 50,0% [4]. Nếu loại gãy này kết hợp xương bằng phương pháp đóng đinh nội tủy thì sẽ không vững nhưng nếu kết hợp xương bằng nẹp vít thì rất vững và cũng giữ luôn được mảnh rời không phải tăng cường buộc chỉ thép để giữ mảnh rời.

4. Kết quả điều trị

4.1 Kết quả lúc ra viện. 56 bệnh nhân thường sau mổ 24h rút dẫn lưu, bệnh nhân được chụp Xquang để đánh giá kết quả chỉnh trục xương sau phẫu thuật: Có 53/56 bệnh nhân xương thẳng trục hết di lệch chiếm tỷ lệ 94,6%; có 3 bệnh nhân xương thẳng trục nhưng còn di lệch sang bên ít chiếm tỷ lệ 5,4% Thời gian nằm viện của bệnh nhân kết hợp xương nẹp vít ≤ 7 ngày là 38/56 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 67,9% còn

18/56 bệnh nhân có ngày điều trị > 7 ngày là do bệnh nhân có thêm thương tổn phối hợp và 2 trường hợp do nhiễm trùng vết mổ phải khâu da thì 2. Theo Trần Quốc Tuấn (2009) [4] với 60 bệnh nhân được mổ kết hợp xương gãy thân hai xương cẳng tay bằng nẹp vít kết quả chỉnh trục xương như sau: Xương thẳng trục hết di lệch 56/60 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 93,3%. Xương thẳng trục còn di lệch ít 4/60 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 6,7%.

4.2 Kết quả chung theo dõi tối thiểu sau 6 tháng. Có 42/45 bệnh nhân liền xương hết di lệch chiếm tỷ lệ 93,3%; có 1 bệnh nhân liền xương can xù chiếm tỷ lệ 2,2%; không có bệnh nhân liền xương di lệch lớn; có 2 bệnh nhân không liền xương chiếm tỷ lệ 4,4%. Meeravali SK (2015) có tỷ lệ liền xương là 54/56 bệnh nhân chiếm 96,5% và 2/56 bệnh nhân chiếm 3,5% khớp giả [6]. Lê Thành Cương (2011) có kết quả liền xương hết di lệch là 40/41 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 97,56% và liền xương di lệch ít là 1/41 bệnh nhân chiếm 2,44% [1]. Nguyễn Anh Trọng (2015) có tỷ lệ 71,1% (27/38 bệnh nhân) là liền xương hết di lệch và 28,9% (11/38 bệnh nhân) là liền xương can xù [3]. Như vậy kết quả liền xương của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của các tác giả trong và ngoài nước. 45 bệnh nhân khám lại đều hài lòng.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín thân 2 xương cẳng tay cho kết quả tốt và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thành Cương (2011),** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay người lớn bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vit tại Bệnh viện Việt Đức, Luận án tốt ngiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Minh Thư (2018),** "Bước đầu đánh giá hiệu quả của cải tiến dụng cụ hỗ trợ tập sấp ngửa cẳng tay trong PHCN cho bệnh nhân gãy xương cẳng tay do chấn thương", Tạp chí Y học Việt Nam, 466(1), 20-23.
3. **Nguyễn Anh Trọng (2015),** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điềutrị gãy kín thân 2 xương cẳng tay người trưởng thành bằng nẹp vít AO, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Đại học Thái Nguyên.
4. **Trần Quốc Tuấn (2009),** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay ở người lớn bằng kết hợp xương nẹp vít tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định, Luận án tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Thái Bình
5. **Fernandez, M. Langendo¨rfer (2010**), "Failures and complications in intramedullary nailing of children's forearm fractures", J Child Orthop, 159–167.
6. **Meeravali SK, Dasaraiah CV (2015),** "Management of fractures of both bones of forearm with dynamic compression plate with screw fixation", J hand – Surg- Am 15A, 94-101.
7. **Prakash Jayakumar, Jesse B Jupiter (2014)** "Reconstruction of malunited diaphyseal fractures of the forearm", 265-273.
8. **Seyed Abdolhossein Mehdi Nasab, Nasser Sarrafan, Saeed Sabahi (2012**), "Four-Screw Plate Fixation vs Conventional Fixation for Diaphyseal Fractures of the Forearm", Trauma Mon, 245-249.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TÂN TRIỀU

Nguyễn Duy Thanh[1], Pham Văn Bình[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm sau mổ cắt thực quản qua nội soi ngực. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu tiến hành trên 42 bệnh nhân ung thư thực quản phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 01/2018 đến tháng 10/2020. Kết quả nghiên cứu: nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ nam giới chiếm 100%, tuổi trung bình là 56 (39-74). Vị trí u ở 1/3 giữa là 22 ca chiếm 52,4% 1/3 dưới là 20 ca chiếm 47,6%. Kết quả giải phẫu bệnh: 38 bệnh nhân là ung thư biểu mô vảy (90,5%), 4 bệnh nhân là ung thư biểu mô tuyến (9,5%). Giai đoạn bệnh: Giai đoạn 0 chiếm 14,3%, 31% giai đoạn I, 16,7% giai đoạn IIA, 14,3% giai đoạn IIB,11,9% gian đoạn III, 14,3% không thấy tổn thương trên vi thể. Thời gian nằm viện trung bình là 14 ngày. Biến chứng hô hấp sau mổ xảy ra ở 10 bệnh nhân (23,8%): 7 bệnh nhân viêm phổi, 1 bệnh nhân tràn dịch màng phổi và 2 bệnh nhân xẹp phổi. 7 bệnh nhân (16,3%) có liệt thần kinh thanh quản quặt ngược. 6 bệnh nhân rò tiêu hóa (11,6%): 5 bệnh nhân rò miệng nối ở cổ và 1 bệnh nhân rò đường ống tạo hình thực quản của dạ dày và bệnh nhân này tử vong sau mổ 24 ngày. **Kết luận:** Kết quả sớm sau mổ cắt thực quản nội soi tạo hình khá tốt do tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp. Tuy nhiên cần theo dõi lâu dài để đánh giá them kết quả xa.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội,*
[2]*Bệnh viện K,*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Thanh
Email: dr.thanhnd@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 8.12.2020

Từ khóa: cắt thực quản, nội soi ngực bụng, ung thư thực quản, tạo hình thực quản.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY IN NATIONAL CANCER HOSPITAL

Object: To evaluate the feasibility and result of Laparoscopic and thoracoscopic Esophagectomy. **Methods:** From 1/2018 to 10/2020, we have performed 42 cases of eosophagectomy via thoracoscopy and laparoscopy for treatment of the middle and lower third esophageal cancer in National Cancer Hospital: 42 male, with the mean age is 56 years old (range: 39-74). Tumors located in the middle third of esophagus 22 cases, lower third 20 cases. 38 cases were squamous cell carcinoma (90,5%), 4 cases were adenocarcinoma (9,5%). Stage 0: 6 (14,3%), Stage I: 13 (31%), Stage IIA: 7(16,7%), Stage IIB: 6 (14,3), Stage III: 5 (11,9%), negative 6 (14,3%) after neoadjuvant therapy. Average postoperative hospital stay was 14 days. Pulmonary complications 10 case (23,8%): 7 pneumonia, 1 pleural effusion, 2 atelectasis. Seven patients (16,3%) had recurrent laryngeal nerve injury. Six patients had anastomotic stricture (11,6%): 5 anastomosis leakage in the neck and 1 gastric conduit perforation may occur due to gastric staple line failure and patient died in 24 day after surgery. **Conclusion:** Early results were excellence with less morbidity and one mortality. However, patients follow up is nessesary to evaluate the long- term result.

Key words: Esophagectomy, Thoracoscopy, laparoscopy, esophageal cancer, esophageal plasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản đứng thứ 8 trong số tất cả các loại ung thư và đứng thứ 5 trong các ung thư đường tiêu hóa. Tỷ lệ mắc mới hàng năm là 572.000 ca (GLOBOCAN 2018). Điều trị ung thư thực quản là điều trị đa mô thức, kết hợp hóa trị, xạ trị và phẫu thuật phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, thể trạng bệnh nhân. Trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Từ năm 2003, đã có một số trung tâm tiến hành phẫu thuật nội soi cắt thực quản như bệnh viện Việt Đức, bệnh viện Chợ Rẫy,.. và 2 năm trở lại đây đang được triển khai ở bệnh viện K, mang lại kết quả bước đầu tương đối khả quan. Tại bệnh viện K khoa ngoại bung I chúng tôi bắt đầu thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thực quản từ 1/2018 đến 10/2020 được 42 trường hợp. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư thực quản tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh ung thư thực quản phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô và có đầy đủ hồ sơ bệnh án,

Thời gian: từ tháng 01/2018 đến tháng 10/2020.

Địa điểm: Khoa Ngoại Bụng 1, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu: Chọn tất cả các đối tượng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Phân tích và xử lí số liệu: Nhập số liệu bằng phần phầm mềm epidata v3.1 và xử lí số liệu bằng phần mềm SPSS v22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Các đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	42	100
	Nữ	0	0,0
Tuổi	< 40 tuổi	1	2,4
	40-49 tuổi	8	11,9
	50-59 tuổi	18	42,9
	60-69 tuổi	14	33,2
	≥ 70 tuổi	1	2,4

3.1.1. Tuổi

Nhận xét: tuổi trung bình là 56 ± 8 (39÷74) tuổi, trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50-59 tuổi (42,9%).

3.1.2. Giới

Nhận xét: bệnh nhân nam chiếm 100%

Bảng 3.2: Các đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Các đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ %
GPB	SCC	38	90,5
	AC	4	9,5
Vị trí u	1/3 giữa	22	52,4
	1/3 dưới	20	47,6
Giai đoạn	0	6	14,3
	I	13	31
	IIA	7	16,7
	IIB	6	14,3
	III	5	11,9
	Âm tính (do hóa xạ trị)	6	14,3

3.1.3. Mô bệnh học

Nhận xét: tỷ lệ ung thư biểu mô vảy chiếm 90,5%

3.1.4. Vị trí u

Nhận xét: u ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới chiếm tỷ lệ tương đương

3.1.4. Giai đoạn bệnh

Nhận xét: Ung thư giai đoạn sớm chiếm tỷ

lệ cao nhất 31% và có 14,3% bệnh nhân có kết quả âm tính do đã điều trị hóa xạ tiền phẫu.

3.2. Kết quả sớm. Thời gian phẫu thuật trung bình là 265 phút và không có tai biến trong mổ.

Thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình là 5,6± 1,3 (3÷9 ngày).

Thời gian nằm viện sau mổ trung vị là 14 ngày, khoảng tứ phân vị là 9-16 ngày, thời gian nằm viện ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 60 ngày.

3.3. Biến chứng sau mổ

Bảng 5.1. Biến chứng sau mổ.

Biến chứng sau mổ	n	Tỷ lệ %
Biến chứng hô hấp	10	23,8
Liệt dây thần kinh quặt ngược	7	16,3
Rò miệng nối	5	11,6

Nhận xét: Biến chứng hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất là 23,8%, các biến chứng khác gồm liệt dầy thần kinh quặt ngược và rò miệng nối chiếm tỷ lệ 16,3% và 11,6%.

Bảng 5.2. Biến chứng hô hấp

Biến chứng hô hấp	n	Tỷ lệ %
Tràn dịch màng phổi	1	10
xẹp phổi	2	20
Viêm phổi	7	70
Tổng	**10**	**100**

Nhận xét: biến chứng viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 70%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian rút ống nội khí quản. Phẫu thuật ung thư thực quản cho đến nay vẫn là một phẫu thuật nặng đòi hỏi phẫu thuật viên có trình độ, kinh nghiệm và đội ngũ hồi sức.

Yibulayin và công sự thực hiện nghiên cứu đa trung tâm bao gồm 15.790 trường hợp phẫu thuật cắt thực quản. Kết quả thu được: mổ nội soi ít mất máu trong mổ hơn, thời gian nằm viện ngắn và thời gian mổ dài hơn (P <0,05) so với mổ mở. Tuy nhiên, số lượng hạch bạch huyết nạo vét được, thời gian nằm hồi sức, biến chứng đường tiêu hóa, rò miệng nối và liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược không có sự khác biệt đáng kể. [1]

Thời gian nằm hồi sức cũng như thời gian rút ống NKQ trong nghiên cứu này là 32,4 (3-72) giờ. Khi so sánh với các nghiên cứu khác về phẫu thuật nội soi cắt thực quản, thời gian nằm hồi sức của nhóm bệnh nhân nghiên cứu cũng tương đương như các tác giả khác.

4.2. Biến chứng hô hấp. Nghiên cứu của chúng tôi có 10 (23,8%) bệnh nhân biến chứng hô hấp sau mổ. Trong đó 1 bệnh nhân rối loạn thông khí hạn chế và 2 bệnh nhân RLTK tắc nghẽn còn lại 7 bệnh nhân có CNHH trước mổ bình thường. Dùng phép kiểm Fisher's exact test, thấy tỉ lệ biến chứng phổi giữa nhóm bệnh nhân có chức năng hô hấp bình thường và chức năng hô hấp hạn chế khác nhau không có ý nghĩa thống kê (p= 0,17). Ngoài ra, nhiều tác giả cũng ghi nhận nhiều yếu tố khác nhau ảnh hưởng đến tỉ lệ viêm phổi sau mổ cắt thực quản.

Biến chứng phổi, chủ yếu là viêm phổi, là những biến chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật cắt thực quản và có thể xảy ra ở 40% bệnh nhân [2] và chiếm khoảng 2/3 tỷ lệ tử vong liên quan đến cắt bỏ thực quản. Các tác giả nước ngoài khuyến cáo để giảm biến chứng phổi sau mổ, cần đánh giá chức năng hô hấp đầy đủ trước mổ, cai thuốc lá và rượu, tập thở, hỗ trợ dinh dưỡng, sau mổ cần giảm đau tốt, và tập thở lại sớm [3].

4.3. Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản. Liệt dây thanh âm là một biến chứng khá phổ biến sau cắt ung thư thực quản, với tỉ lệ thay đổi có thể lên đến 63% [4]. Có thể liệt một hoặc cả 2 dây thanh âm, nguyên nhân do gây tổn thương dây thần kinh quặt ngược trong quá trình phẫu thuật. Triệu chứng lâm sàng phổ biến là khàn giọng. Biến chứng này tăng lên ở các phẫu thuật nạo vét hạch rộng rãi 3 vùng, thời gian mổ kéo dài, phẫu tích rộng vùng cổ làm tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngước trái. Theo tác giả Luketich, khi cắt thân thần kinh X nên cắt dưới chỗ chia khí phế quản, việc này có thể giúp làm giảm tổn thương thần kinh quặt ngược trong thì ngực. Khi nạo hạch trung thất trên, cần chú ý thần kinh quặt ngược thanh quản trái.

Nghiên cứu của chúng tôi có 7 (16,3%) trường hợp bị khàn tiếng sau mổ. Có 3 bệnh nhân có thì ngực phẫu tích là 120 phút. Có 2 bệnh nhân có thời gian nằm viện > 30 ngày do biến chứng là suy hô hấp/ viêm phổi và 1 bệnh nhân là suy hô hấp/ viêm phổi/ rò miệng nối cổ. Nói khàn trong trường hợp này có thể do bệnh nhân có thời gian đặt ống nội khí quản thở máy kéo dài khi bị suy hô hấp/ viêm phổi. Tính đến tháng 10/2020 các bệnh nhân này vẫn còn sống và chưa ghi nhận tái phát u.

4.4. Rò miệng nối. Rò miệng nối sau cắt bỏ thực quản tạo hình được báo cáo trong khoảng 3-25%[5]. Một số yếu tố nguy cơ của rò miệng nối được chia thành 4 nhóm: bệnh hệ thống, cấu trúc ống thực quản tạo hình, kỹ thuật khâu miệng nối, yếu tố hậu phẫu. Suy dinh dưỡng trước mổ, đái tháo đường, tuổi cao, hóa xạ tiền phẫu là các yếu tố nguy cơ trước mổ. Vị trí của miệng nối, loại phẫu thuật, độ căng của miệng

nối, kinh nghiệm của phẫu thuật viên là các yếu tố kỹ thuật. Cuối cùng, yếu tố hậu phẫu: tăng áp lực lòng dạ dày, mổ lại, thở máy kéo dài cũng được xem là các yếu tố nguy cơ.[6]

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rò miệng nối là 11,6%. Tỷ lệ này của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới. Tỷ lệ rò miệng nối khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và không hóa xạ trị tiền phẫu (p=0,018). Chúng tôi cho rằng tổ chức dạ dày sau khi bị hóa xạ trị tiền phẫu dẫn đến xơ hóa giảm sự mềm mại, giảm tưới máu dẫn đến miệng nối dễ bục rò.

V. KẾT LUẬN

Thời gian phẫu thuật trung bình là 265 phút. Không có tai biến trong mổ. Biến chứng sau mổ thấp: biến chứng hô hấp 23,8%, rò miệng nối 11,6; không có rò bạch huyết, tổn thương thần kinh quặt ngược 16,3%.Tất cả đều được điều trị bảo tồn. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 11 ngày. Tỷ lệ tử vong sau mổ là 2,38% do rò đường tạo ống dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yibulayin W., Abulizi S., Lv H., et al. (2016).** Minimally invasive oesophagectomy versus open esophagectomy for resectable esophageal cancer: a meta-analysis. World J Surg Oncol, 14(1), 304.
2. **Valkenet K., Trappenburg J.C.A., Ruurda J.P., et al. (2018)**. Multicentre randomized clinical trial of inspiratory muscle training versus usual care before surgery for oesophageal cancer. Br J Surg, 105(5), 502–511.
3. **Yu Z., Li S., Liu D., et al. (2018).** Society for Translational Medicine Expert Consensus on the prevention and treatment of postoperative pulmonary infection in esophageal cancer patients. J Thorac Dis, 10(2), 1050–1057.
4. **Shimizu H., Shiozaki A., Fujiwara H., et al. (2017).** Short- and Long-term Progress of Recurrent Laryngeal Nerve Paralysis After Subtotal Esophagectomy. Anticancer Res, 37(4), 2019–2023.
5. **Turkyilmaz A., Eroglu A., Aydin Y., et al. (2009).** The management of esophagogastric anastomotic leak after esophagectomy for esophageal carcinoma. Dis Esophagus, 22(2), 119–126.
6. **Manghelli J.L., Ceppa D.P., Greenberg J.W., et al. (2019)**. Management of anastomotic leaks following esophagectomy: when to intervene?. J Thorac Dis, 11(1), 131–137.

KHẢO SÁT CHIỀU DÀY LỚP SỢI THẦN KINH QUANH ĐĨA THỊ TRÊN MẮT CẬN THỊ Ở TRẺ EM

Ma Doãn Thuyết[1], Vũ Thị Bích Thuỷ[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát chiều dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị trên mắt cận thị ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 128 mắt cận thị của 68 trẻ em ≤ 16 tuổi. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Chiều dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị (RNFL) trung bình là 94,83 ± 10,90 µm, dày nhất là 118 µm và thấp nhất là 63µm. RNFL dày nhất ở phía trên (120,81 ± 19,36µm), tiếp đến là phía dưới (117,98 ± 18,57µm), phía thái dương (78,55 ± 15,88 µm) và mỏng nhất ở phía mũi (62,08 ± 10,99 µm). Chiều dày RNFL ở vị trí 11h là dày nhất (126,93 ± 29,42 µm), tiếp theo là vị trí 12h, 6h và độ dày RNFL ở vị trí 3h là mỏng nhất (56,18 ± 9,27µm). **Kết luận:** Chiều dày RNFL trung bình trên 128 mắt cận thị mỏng hơn so với mắt bình thường. RNFL ở phía trên dày nhất và ở phía mũi là mỏng nhất. RNFL ở vị trí 11h là dày nhất và 3h là mỏng nhất. ***Từ khoá:*** RNFL, đĩa thị, cận thị

[1]Bệnh viện Bưu Điện
[2]Bệnh viện Mắt trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Ma Doãn Thuyết
Email: mathuyet@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 4.12.2020

SUMMARY

SURVEY THICKNESS RETINAL NERVE FIBER LAYER AROUND OPTIC DISC IN MYOPIA EYE OF CHILDREN

Objectives: to survey thickness retinal nerve fiber layer around optic disc in myopia eye of children. **Methods:** A total of 128 myopia eye of 68 children under 16 year old. **Results:** Average Thickness RNFL is 94,83 ± 10,90 µm, thickest is 118 µm, thinnest is 63µm. RNFL thickest in superior (120,81 ± 19,36 µm), then inferior (117,98 ± 18,57µm), temporal (78,55 ± 15,88 µm) and thinnest in nasal (62,08 ± 10,99µm). Thickness RNFL in 11 clock hour is thickest (126,93 ± 29,42 µm), then is 12 clock hour, 6 clock hour and thickness RNFL in 3 clock hour is thinnest (56,18 ± 9,27µm). **Conclusion:** Thickness RNFL of 128 myopia eye thinner than normal eye. RNFL in superior is thickest and inferior is thinnest. RNFL in 11h is thickest and 3h is thinnest.

Key words: RNFL, optic disc, myopia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cận thị là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực trên thế giới. Ở các nước Châu Á, tốc độ tăng cận thị nhanh hơn lên đến 90% thanh niên ở Đài Loan, Singapore và

Hồng Kông bị cận thị. Cận thị đang tăng lên ở những người trẻ tuổi, tỷ lệ hiện mắc tăng từ 5,8% năm 1983 lên 21% năm 2000 ở trẻ em 7 tuổi tại Đài Loan[1]. Cận thị, đặc biệt là cận thị cao gây ra nhiều thay đổi về cấu trúc, chức năng của mắt và là nguyên nhân gây giảm thị lực đứng thứ 2 trên thế giới. Có thể gây ra các biến chứng như bong võng mạc, đục thể thuỷ tinh, glôcôm góc mở, thoái hoá hoàng điểm do cận thị và thoái hoá võng mạc chu biên[2]. Theo Kim T.W (2012) có 43% mắt cận thị có sự thay đổi về độ nghiêng của đĩa thị (ONH), teo mỏng lớp sợi thần kinh và sự thay đổi chủ yếu ở trẻ em từ 7 đến 9 tuổi[3]. Nghiên cứu của Ahn và cộng sự (2020) cho thấy trẻ em cận thị có tỷ số C/D rộng thì có độ dày RNFL mỏng hơn nhóm chứng (95,28 ± 10,25µm và 97,83 ± 17,6 µm)[4].

Ở Việt Nam, Ngô Thị Lan[5] (2016) nghiên cứu về đặc điểm OCT đĩa thị giác – hoàng điểm trên mắt cận thị nhưng đối tượng là người lớn (≥ 16 tuổi). Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Khảo sát chiều dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị trên mắt cận thị ở trẻ em"* với mục tiêu sau: Khảo sát chiều dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị trên mắt cận thị ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân ≤ 16 tuổi có mắt cận thị ở mọi mức độ tại Bệnh viện Mắt trung ương. Loại trừ những mắt có bệnh lý gây đục môi trường quang học, tiền sử phẫu thuật nhãn cầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: tính theo công thức

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p\,(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$$

Trên thực tế, chúng tôi lấy 128 mắt của 68 người bệnh tham gia vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Khảo sát chiều dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị

- Độ dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa trung bình
- Độ dày lớp sợi thần kinh võng mạc quanh đĩa thị ở 12 vị trí.
- Độ dày lớp sợi thần kinh võng mạc quanh đĩa thị theo góc ¼: phía trên (46 - 135°), phía dưới (226 - 315°), phía mũi (136 - 225°, ở mắt phải), phía thái dương (316 - 45°, ở mắt phải).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân là nam giới có 38 bệnh nhân chiếm 55,9% và 30 bệnh nhân nữ chiếm 44,1%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 10,44 ± 2,91 tuổi. Đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi ≥ 10 tuổi chiếm phần lớn (60,2%).

3.1.1. Tình trạng thị lực

Bảng 3.1.Tình trạng thị lực của số mắt nghiên cứu

Tình trạng thị lực		Thị lực không kính		Thị lực có kính	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
TL kém	< 20/200	51	39,8 %	1	0,8 %
	20/200 – < 20/50	50	39,1 %	8	6,2 %
	20/50 – < 20/25	23	18,0 %	20	15,6 %
≥ 20/25		**4**	**3,1 %**	**99**	**77,3 %**
Tổng		128	100%	128	100%

Thị lực không kính: 124/128 mắt có thị lực dưới mức bình thường (< 20/25) chiếm 96,9%. Ngược lại sau chỉnh kính có tới 77,3% số mắt có thị lực tốt và 22,7% số mắt trong tình trạng nhược thị với các mức độ khác nhau.

3.1.2. Mức độ cận thị của nhóm nghiên cứu

Mức độ cận thị tính theo cầu tương đương

Bảng 3.2. Phân bố mức độ cận thị tính theo cầu tương đương

Mức độ cận thị (D)	Số mắt (n)	Tỉ lệ (%)
Nhẹ	74	57,8 %
Trung bình	38	29,7%
Nặng	16	12,5%
Tổng (mắt)	128	100%

Trong nghiên cứu, có 74 mắt cận thị nhẹ (từ 0,50 D đến dưới 3.00 D) chiếm 57,8%, tiếp theo là nhóm cận thị trung bình (38 mắt) chiếm 29,7% và 16 mắt cận thị nặng (12,5%). Cận thị tính theo cầu tương đương trung bình của nhóm nghiên cứu là - 3.00 ± 2.36 D.

3.2. Độ dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị. Độ dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị trung bình là 94,83 ± 10,90µm, dày nhất là 118 µm và thấp nhất là 63 µm.

Bảng 3.3. Độ dày RNFL trung bình theo các góc phần tư ($\bar{x}$ ± SD; µm)

RNFL	$\bar{X}$ ± SD (µm)	Dày nhất (µm)	Mỏng nhất (µm)
RNFL dưới	117,98 ± 18,57	156	29
RNFL trên	120,81 ± 19,36	166	25

RNFL mũi	**62,08 ± 10,99**	105	41
RNFL thái dương	78,55 ± 15,88	144	53

Kết quả ở bảng 3.8 cho thấy, RNFL dày nhất ở phía trên (120,81 ± 19,36µm), tiếp đến là phía dưới (117,98 ± 18,57µm), phía thái dương (78,55 ± 15,88µm) và mỏng nhất ở phía mũi (62,08 ± 10,99 µm).

Độ dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị theo múi giờ: Kết quả nghiên cứu cho thấy RNFL ở vị trí 11h là dày nhất (126,93 ± 29,42µm), tiếp theo là vị trí 12h, 6h và RNFL ở vị trí 3h là mỏng nhất (56,18 ± 9,27 µm).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Ahn và cộng sự (2020), tỷ lệ nam giới là 54,76%, nữ giới là 45,24%[4]. Tương tự như kết quả nghiên cứu của Kim T.W (2012), đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới chiếm 56,86%, còn lại là nữ giới chiếm 43,13%[3].

4.1.1. Tình trạng thị lực. Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Ngô Thị Lan (2016), tỷ lệ mắt có thị lực tốt sau chỉnh kính là 97,10%[5]. Hơn nữa đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đã loại trừ các mắt nếu kèm theo các bệnh lý khác tại mắt.

4.1.2. Mức độ cận thị

Mức độ cận thị tính theo cầu tương đương

Bảng 4.1. Mức độ cận thị tính theo cầu tương đương

Tác giả	Đối tượng nghiên cứu	Tỷ lệ mức độ cận thị (%)		
		Nhẹ	Trung bình	Nặng
Ngô Thị Lan (2016)[5]	≥ 16 tuổi	26,14	**44,4**	29,46
Kim M., et al (2018)[6]	< 13 tuổi	-2,53D ->-5,56D		
Nhóm nghiên cứu	≤ 16 tuổi	**57,8**	29,7	12,5

Mức độ cận thị tính theo cầu tương đương trong nghiên cứu của chúng tôi là - 3,00 ± 2.36 D, tương tự như nghiên cứu của Kim M. và cộng sự (2018) với cầu tương đương trung bình là - 4.26 ± 2.34D[6].

4.2. Chiều dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị

Bảng 4.2. Chiều dầy RNFL trung bình của các nghiên cứu

Tác giả	Đối tượng	Trung bình (µm)	Dày nhất (µm)	Mỏng nhất (µm)
Malakar (2015)[7]	Cận thị	87,89 ± 10,37	Trên đối tượng 11 - 40 tuổi	
	Chính thị	111,64 ± 12,6		
Nhóm NC	≤16 tuổi	94,83 ± 10,90	118	63

Tương tự như kết quả của Malakar và cộng sự (2015), tác giả cho thấy RNFL trung bình của 50 mắt cận thị cao là 87,89 ± 10,37 µm.

Chiều dày RNFL theo các góc phần tư

Bảng 4.6. Chiều dày RNFL góc phần tư của các nghiên cứu

RNFL (µm)	M.D. Thuyết, V.T.B.Thuỷ	Malakar, cs (2015)[7]
RNFL dưới	117,98 ± 18,57	104,74 ± 14,05
RNFL trên	120,81 ± 19,36	109,47 ± 19,83
RNFL mũi	**62,08 ± 10,99**	**67,06 ± 17,37**
RNFL thái dương	78,55 ± 15,88	70,06 ± 14,13

Tương tự như kết quả nghiên cứu của Malakar và cộng sự (2015), tác giả cho thấy RNFL dày nhất ở phía trên, tiếp đến là phía dưới, phía thái dương và mỏng nhất ở phía[7].

Chiều dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị theo múi giờ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ dày RNFL ở vị trí 11h là dày nhất (126,93 ± 29,42 µm), tiếp theo là vị trí 12h, 6h và độ dày RNFL ở vị trí 3h là mỏng nhất (56,18 ± 9,27 µm). Kết quả này tương tự như kết quả của Park (2019) về độ dày RNFL ở vị trí 3h là mỏng nhất (66,45 ± 12,88 µm) và khác về độ dày RNFL dày nhất theo múi giờ. Nghiên cứu của tác giả cho thấy độ dày RNFL ở vị trí 7h là dày nhất (130,73 ± 27,00 µm), tiếp đến là vị trí 11 giờ, 6 giờ[8].

V. KẾT LUẬN

Độ dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị trung bình là 94,83 ± 10,90 µm, dày nhất là 118 µm và thấp nhất là 63µm. RNFL dày nhất ở phía trên (120,81 ± 19,36 µm), tiếp đến là phía dưới (117,98 ± 18,57 µm), phía thái dương (78,55 ± 15,88 µm) và mỏng nhất ở phía mũi (62,08 ± 10,99 µm).Độ dày RNFL ở vị trí 11h là dày nhất (126,93 ± 29,42 µm), tiếp theo là vị trí 12h, 6h và độ dày RNFL ở vị trí 3h là mỏng nhất (56,18 ± 9,27 µm).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pineles SL, Kraker RT, VanderVeen DK, et al**. Atropine for the Prevention of Myopia Progression in Children. Ophthalmology. 2017;124(12):1857-1866.
2. **Wu PC, Huang HM, Yu HJ, Fang PC, Chen CT.** Epidemiology of Myopia. Asia-Pacific journal of ophthalmology (Philadelphia, Pa.). Nov/Dec 2016;5(6):386-393.
3. **Kim T-W, Kim M, Weinreb RN, Woo SJ, Park KH, Hwang J-M.** Optic Disc Change with Incipient Myopia of Childhood. Ophthalmology. 2012;119(1):21-26.e23.
4. **Ahn YJ, Park YY, Park SH, Shin SY.** Long term change of the optic disc and OCT parameters during myopic shift in children with large cup to disc ratio. PLoS One. 2020;15(7):e0235621.
5. **Ngô Thị Lan.** Khảo sát đặc điểm OCT đĩa thị giác - hoàng điểm trên bệnh nhân cận thị. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
6. **Kim M, Choung HK, Lee KM, Oh S, Kim SH.** Longitudinal Changes of Optic Nerve Head and Peripapillary Structure during Childhood Myopia Progression on OCT: Boramae Myopia Cohort Study Report 1. Ophthalmology. Aug 2018; 125(8): 1215-1223.
7. **Malakar M, Askari SN, Ashraf H, Waris A, Ahuja A, Asghar A.** Optical coherence tomography assisted retinal nerve fibre layer thickness profile in high myopia. Journal of clinical and diagnostic research : JCDR. Feb 2015; 9(2): Nc01-03.
8. **Park HL, Kim YC, Jung Y, Park CK.** Vertical disc tilt and features of the optic nerve head anatomy are related to visual field defect in myopic eyes. Sci Rep. Mar 5 2019;9(1):3485.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHI TRÊN Ở BỆNH NHÂN LIỆT TỨ CHI DO CHẤN THƯƠNG TUỶ SỐNG CỔ

Trần Thái Hùng*, Nguyễn Thị Kim Liên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân liệt tứ chi do chấn thương tuỷ sống cổ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp đánh giá kết quả phục hồi vận động chi trên trong chương trình tập phục hồi chức năng ở 30 người bệnh chẩn đoán liệt tứ chi do chấn thương tủy sống cổ điều trị nội trú tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 10 năm 2020. **Kết quả:** Sau can thiệp, chức năng vận động chi trên theo thang điểm CUE-I tăng trung bình 10,33 điểm; mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo FIM cải thiện 7,57 điểm, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p<0,005**.** Không có báo cáo nào về tác dụng không mong muốn trong quá trình can thiệp. **Kết luận:** Quá trình can thiệp tập phục hồi chức năng an toàn, có hiệu quả đối với khả năng vận động chi trên và cải thiện chất lượng cuộc sống ở người bệnh liệt tứ chi do chấn thương tủy sống cổ.

Từ khóa: chấn thương tủy sống cổ, phục hồi chức năng chi trên, CUE-I.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EFFECTS OF REHABILITATION FOR UPPER LIMB MOTOR FUNCTION IN QUADRIPLEGIA PATIENTS DUE TO CERVICAL SPINAL CORD INJURY

Objective: Assessment of the effects of rehabilitation for upper limb motor function in quadriplegia patients due to cervical spinal cord injury. **Methods:** The interventional study to evaluate effects of upper limb motor rehabilitation in the rehabilitation program in 30 patients diagnosed with quadriplegia due to cervical spinal cord injury at the Rehabilitation Center - Bach Mai Hospital from October 2019 to October 2020. **Results:** After the intervention, the upper limb motor function on the CUE-I scale increased 10.33 points; independence in activities of daily living according to FIM improved 7.57 points, this change is statistically significant with p <0.005. There were no reports of side effects during the intervention **conclusions:** The process of rehabilitation exercises is safe and effective in recovering upper limb motor function and improving quality of life in quadriplegia patients due to cervical spinal cord injury.

Key words: Cervical cord injury, Rehabilitation for upper limb motor function, CUE-I.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương tuỷ sống đã và đang là vấn đề cấp thiết của y học nói chung và ngành phục hồi chức năng nói riêng đối với mọi quốc gia, dân tộc trên thế giới. Tổn thương tuỷ sống là một loại bệnh lý thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau, nhưng thường gặp nhất là chấn thương tuỷ sống (tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao,…) để lại nhiều di chứng cho người bệnh, ảnh hưởng sâu sắc tới cuộc sống của người bệnh, đặc biệt là các di chứng về vận động. Trong đó tổn thương tuỷ sống do chấn thương ngày càng gặp nhiều hơn, nặng nề hơn. Đặc biệt chấn thương cột sống cổ là rất nghiêm trọng, làm giảm nhiều khả

**Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hùng
Email: thaihung.hmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 7.12.2020

năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của người bệnh mà nguyên nhân chủ yếu là do giảm, mất chức năng vận động của chi trên [1] [2].

Phục hồi chức năng cho người bệnh liệt tứ chi đã được đề cập đến từ rất sớm và đã đạt được một số thành tựu đáng ghi nhận. Số lượng người bệnh bị chấn thương tủy sống cổ được điều trị phục hồi chức năng cũng ngày càng nhiều hơn, do đó việc đánh giá khả năng vận động, kết quả điều trị của các người bệnh liệt tứ chi được là rất cần thiết.

Ngày nay, việc phục hồi chức năng vận động chi trên và khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày ở người bệnh liệt tứ chi ngày càng được chú trọng, đã và đang có nhiều nghiên cứu để hình thành các thang điểm chuyên sâu đánh giá khả năng vận động chi trên ở người bệnh liệt tứ chi cũng như áp dụng nó để đánh giá hiệu quả của quá trình điều trị [3]. Để đánh giá chính xác nhất về sự cải thiện trong khả năng vận động chi trên cũng như sự cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh trong quá trình điều trị ở nước ta, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài *"Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân liệt tứ chi do chấn thương tuỷ sống cổ".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 30 người bệnh liệt tứ chi được chẩn đoán xác định do nguyên nhân chấn thương tuỷ sống cổ đã được phẫu thuật hoặc điều trị bảo tồn được điều trị nội trú tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 10 năm 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: Từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 10 năm 2020

- Địa điểm: Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai

2.4. Quy trình can thiệp:

❖ Thu thập số liệu đầu vào khi người bệnh nhập viện: Thông tin bệnh nhân, lượng giá ASIA, lượng giá bằng thang điểm CUE-I và FIM.

❖ Thực hiên kỹ thuật tập phục hồi chức năng cho người bệnh trong đó có các kỹ thuật tập luyện tăng cường khả năng vận động chi trên:

• **Nguyên tắc:**

- Đảm bảo các dấu hiệu sinh tồn: đảm bảo chức năng hô hấp, tim mạch, điều trị thiếu máu, tổn thương kèm theo,…

- Tập luyện theo giai đoạn bệnh và theo mức tổn thương chức năng.

- Tập phục hồi chức năng: Tiến hành sớm, lâu dài và phối hợp nhóm (bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, chỉnh hình, tâm lý trị liệu…) tác động nhiều mặt đến người bệnh.

• **Phương pháp cụ thể:**

- Vận động trị liệu: Tập theo tầm vận động (tuỳ theo cơ lực của người bệnh), tập kéo giãn cơ – khớp, xoa bóp các chi liệt, tập cảm thụ bản thể chức năng.

- Hoạt động trị liệu: Tập tăng cường chức năng sinh hoạt hàng ngày. Tập với các dụng cụ trợ giúp sinh hoạt.

- Chăm sóc, kê đặt tư thế đúng để ngăn ngừa các thương tật thứ cấp: co rút, teo cơ, cứng khớp, biến dạng…

❖ Thu thập số liệu đầu ra khi người bệnh chuẩn bị xuất viện: thời gian điều trị, lượng giá bằng thang điểm CUE-I và FIM.

2.5. Thu thập và xử lý số liệu. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Làm sạch, mã hóa, nhập số liệu vào máy tính và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 30 người bệnh liệt tứ chi do chấn thương tủy sống cổ được tập theo chương trình tập vận động và hoạt động trị liệu chi trên ở Trung tâm Phục hồi chức năng Bạch Mai. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48,13 ± 13,8, trong đó độ tuổi từ 40 đến 60 tuổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 46,7% (tương đương 14/30 trường hợp). Nam giới chiếm đa số với 29/30 trường hợp (tương đương 97%). Nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn lao động (trong đó đa số là ngã cao) với 13/30 trường hợp (tương đương 43,3%). Không có trường hợp nào xuất hiện các tác dụng không mong muốn trong và sau quá trình tập luyện.

Bảng 1. So sánh chức năng vận động chi trên theo thang điểm CUE-I trước và sau điều trị.

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	t	p
CUE-I vào viện	89,00	52,95	6,92	0,000 < 0.01
CUE-I ra viện	99,33	58,84		

Bảng 2. So sánh mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo điểm FIM trước và sau điều trị.

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	t	p
FIM vào viện	78,5	26,86	11,11	0,000 < 0.01
FIM ra viện	86,07	27,82		

Bảng 3. Mức độ cải thiện điểm CUE-I và FIM trung bình sau điều trị.

Thang điểm	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Mức cải thiện	p*
CUE-I	89,00	99,33	10,33	0,000
FIM	78,5	86,07	7,57	0,000

Nhận xét: Sau can thiệp, chức năng vận động chi trên và mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh đều cải thiện có ý thống kê (p<0,05, *kiểm định ttest).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy phần lớn người bệnh chấn thương tủy sống cổ nằm trong độ tuổi 40 đến 60 (chiếm 46,7% trường hợp). Trong đó nguyên nhân thường gặp nhất là do tai nạn lao động (chiếm 43,3%), chủ yếu là do ngã cao và thường gặp ở nam giới (chiếm 97%). Đặc điểm này phù hợp với tình hình dịch tễ chung của chấn thương tủy sống trên thế giới. Vì đây là độ tuổi nằm trong độ tuổi lao động, bên cạnh đó sự đảm bảo an toàn trong quá trình lao động vẫn chưa được quan tâm và đầu tư đúng mức [2] [4].

Vấn đề về vận động chi trên ở người bệnh liệt tứ chi luôn được chú trong và đề cao khả năng tập phục hồi chức năng. Khả năng vận động chi trên là tiền đề để giúp người bệnh đạt được các mục tiêu trong chương trình phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt tứ chi. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kết quả phục hồi chức năng chi theo thang điểm CUE-I cho thấy quá trình tập luyện ở trung tâm phục hồi chức năng Bạch Mai giúp cải thiện khả năng vận động chi trên. Trước can thiệp, điểm CUE-I trung bình của 30 người bệnh là 89,00 điểm. Sau can thiệp CUE-I tăng lên đạt trung bình 99,33 điểm. Như vậy, chức năng chi trên cải thiện 10,33 điểm, tương đương 11,6%. Mức cải thiện này có ý nghĩa về mặt lâm sàng sàng cũng như về mặt thống kê bằng kiểm định ttest trước và sau can thiệp với p=0,000 (p<0,05). Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu các trên thế giới khi đánh giá sự cải thiện khả năng vận động chi trên tùy từng nghiên cứu với mô hình can thiệp và thời gian khác nhau [5].

Mặt khác, tổn thương vận động chi trên kéo theo những hạn chế về mặt thực hiện các chức năng sinh hoạt hay khả năng tự chăm sóc bản thân và làm cho người bệnh phải phụ thuộc vào người khác, giảm khả năng độc lập của người bệnh. Tình trạng này chủ yếu là do sự suy giảm về chức năng vận động chi trên của người bệnh. Ở đây, chúng tôi đánh giá khả năng thực hiện các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày (ADL) bằng thang điểm FIM. Đa số người bệnh phụ thuộc trong việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như vệ sinh cơ thể, đại tiểu tiện, thay quần áo, di chuyển. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trước can thiệp điểm FIM trung bình của người bệnh là 78,5, sau can thiệp là 86,07. Cải thiện 7,57 điểm, tương đương 9,65% và mức cải thiện này có ý nghĩa về mặt lâm sàng sàng cũng như về mặt thống kê bằng kiểm định ttest trước và sau can thiệp với p=0,000 (p<0,05). Như vậy sau can thiệp tất cả trường hợp đều tăng mức độ độc lập trong ADL, kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới khi đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày trong chương trình phục hồi chức năng chi trên [6].

Tóm lại, có sự cải thiện khả năng vận động chi trên theo thang điểm CUE-I, cũng như cải thiện khả năng độc lập trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm FIM ở các trường hợp liệt tứ chi do chấn thương tủy sống cổ điều trị nội trú tại Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của chương trình phục hồi chức năng ở người bệnh liệt tứ chi do chấn thương tủy sống cổ giúp cải thiện 10,33 điểm (tương đương 11,6%) theo thang điểm CUE-I khi đánh giá chức năng vận động chi trên và cải thiện 7,57 điểm (tương đương 9,65%) theo thang điểm FIM khi đánh giá khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày (p<0,05.).

Không ghi nhận tác dụng không mong muốn trong và sau khi can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Simpson L.A., Eng J.J., Hsieh J.T.C. và cộng sự. (2012).** The Health and Life Priorities of Individuals with Spinal Cord Injury: A Systematic Review. Journal of Neurotrauma, 29(8), 1548–1555.
2. **Camilla Yuri Kawanishi and Márcia Greguol (2013)** Physical Activity, Quality of Life, and Functional Autonomy of Adults With Spinal Cord Injuries, 30 (4), 317–337.
3. **Oleson C.V. và Marino R.J. (2014).** Responsiveness and concurrent validity of the

revised Capabilities of Upper Extremity-Questionnaire (CUE-Q) in patients with acute tetraplegia. Spinal Cord, 52(8), 625–628.
4. **Jau-Ching Wu M.D, Ph.D., Chin-Chu Ko M.D và cộng sự (2013).** Epidemiology of cervical spondylotic myelopathy and its risk of causing spinal cord injury: a national cohort study. Journal of Neurotrauma, 30(5), 148–155
5. **Marino, Ralph J. MD, MS; Patrick, Mary RN, MSN (2012).** Development of an Objective Test of Upper-Limb Function in Tetraplegia: The Capabilities of Upper Extremity Test. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 9 (6), 478-486.
6. **Teresa Foy, Ginger Perritt và cộng sự (2013).** Occupational therapy treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. Pg 162-175.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HẠCH CỔ BỆNH LÝ TRÊN SIÊU ÂM B-MODE

Trần Anh Tuấn[1], Nguyễn Thị Ngọc Ánh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của hạch cổ bệnh lý trên siêu âm B-MODE. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu, được thực hiện trên 70 bệnh nhân được thực hiện siêu âm 2D phát hiện hạch cổ; sau đó được thực hiện chọc tế bào FNA và/ hoặc sinh thiết tại Trung tâm điện quang bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả**: Trong số 70 bệnh nhân với 70 hạch được thực hiện, đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh có 46 hạch di căn, 03 hạch u lympho, 14 hạch viêm không đặc hiệu, 7 hạch viêm u hạt do lao. **Kết luận**: Trong nghiên cứu này, siêu âm B-MODE có giá trị trong chẩn đoán hạch cổ ác tính. Việc thực hiện siêu âm đánh giá hạch cổ góp vai trò giảm thiểu nhu cầu chọc tế bào/ sinh thiết hạch cổ lành tính.

SUMMARY

RESEARCH THE IMAGING CHARACTERISTICS OF PATHOLOGICAL CERVICAL LYMPH NODE ON B-MODE ULTRASOUND

Background: The purpose of the study was to evaluate the characters of pathological cervical lymph nodes on B-MODE ultrasound. **Materials and Methods:** In this cross-sectional prospective study, performed on 70 patients with cervical lymphadenopathy were prospectively evaluated with B-mode. Statistical analysis was carried out with histopathological or cytological diagnosis as gold standard. **Results**: We conducted ultrasound in 70 patients. To compare with the pathology results of the disease, there are 46 metastatic lymph nodes, 03 lymphoma nodes, 14 nonspecific inflammatory lymph nodes, and 07 granulomatous lymph nodes due to tuberculosis. **Conclusions**: Within the limitations of this study, B-mode evaluations was found to be highly significant diagnosis malignant cervical lymph node. B-mode Ultrasound provide a prospect to reduce the need for biopsy/fine needle aspiration cytology in reactive nodes.

Keywords: B-mode ultrasound, histopathology, lymph node.

[1]*Trung tâm điện quang, Bệnh viện Bạch Mai*
[2]*Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Tuấn
Email: Bs.trananhtuan@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 21.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 9.12.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vùng cổ là vị trí giàu hạch bạch huyết chính vì vậy bệnh lý hạch cổ khá phổ biến. Trước đây, phương pháp chủ yếu để đánh giá hạch cổ đều dựa vào lâm sàng, chính vì thế những hạch nhỏ, hạch nằm sâu rất dễ bỏ lỡ. Siêu âm với việc sử dụng đầu dò tần số cao là phương pháp thăm khám linh hoạt, không xâm phạm. Trên thế giới có nhiều tác giả nghiên cứu về siêu âm trong đánh giá hạch cổ [1,2,3]. Tuy nhiên ở Việt Nam nghiên cứu đánh giá đặc điểm của hạch bệnh lý trên siêu âm còn hạn chế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.Đối tượng: 70 bệnh nhân siêu âm phát hiện hạch cổ và được thực hiện siêu âm 2D; có kết quả giải phẫu bệnh (FNA hoặc sinh thiết) khẳng định hạch ác tính hay bệnh lý khác

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả tiến cứu.

Địa điểm thực hiện: Trung tâm điện quang bệnh viện Bạch Mai từ 9/2019 tới 4/2020

3. Thiết bị sử dụng: Máy siêu âm Hitachi Arieta 7, và máy Ge E9. Sử dụng đầu dò Linear tần số 7-11Hz.

4. Phương pháp thực hiện. Sử dụng máy siêu âm Hitachi Arieta 7 và máy Ge E9, với đầu dò Linear tần số 7-11Hz. Bệnh nhân nằm ngửa, vùng cổ được bộc lộ hoàn toàn. Các cài đặt đã được chuẩn hóa và các bộ lọc tường, tần số lặp lại xung, độ tăng màu và độ sâu lấy nét được đặt ở chế độ tự động. Kỹ thuật được sử dụng là quét ngang liên tục và quét dọc bao phủ toàn bộ cổ ở cả hai bên nhằm đánh giá toàn bộ các nhóm hạch cổ I-VI. Việc thăm khám được bắt

đầu bằng cắt ngang vùng dưới lưỡi, theo trình tự từ vùng dưới hàm đến vùng mang tai đến vùng trên, giữa và dưới cổ đến hố thượng đòn đến tam giác cổ sau. Thu thập các thông số về hạch trên siêu âm B-mode: nhóm hạch, đường kính trục ngắn, hình dạng, có hay không có mặt của rốn hạch, đường bờ, vôi hóa.

Tất cả các bệnh nhân đều được thực hiện đầy đủ các bước trên, sau đó được chọc tế bào (FNA) hoặc sinh thiết làm giải phẫu bệnh để đánh giá, tùy từng trường hợp kích thước hạch và vị trí hạch mà một số bệnh nhân được quyết định sinh thiết trong lần đầu tiên tiếp cận. Trong trường hợp kết quả giải phẫu bệnh không tương xứng với đặc điểm trên siêu âm hoặc bệnh phẩm ít tế bào, bệnh nhân sẽ được chọc tế bào hoặc sinh thiết lần hai. Trường hợp bệnh nhân không có hình ảnh hạch nghi ngờ trên siêu âm, kết quả giải phẫu bệnh lành tính, sẽ được theo dõi bằng lâm sàng và hẹn kiểm tra lại bằng siêu âm sau 3-6 tháng.

5. Phân tích số liệu: Phân tích các đặc điểm của từng hạch trên siêu âm B-MODE. Kết quả giải phẫu bệnh được coi là tiêu chuẩn vàng để nhằm xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính của siêu âm trong chẩn đoán hạch cổ ác tính.

6. Xử lí số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.

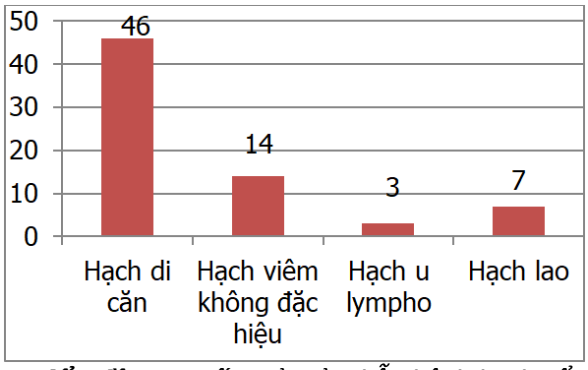
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm giải phẫu bệnh của hạch:

Bảng 3.1: Phân bố nhóm tuổi bệnh nhân tới khám (n=70)

Nhóm tuổi	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 20	2	2,9
20-40	12	17,1
40-60	26	37,1
>60	30	42,9
TỔNG	**70**	**100,0**

Nhận xét: Nhóm hạch bệnh lý hay gặp ở nhóm tuổi >60 tuổi với tỷ lệ bệnh nhân chiếm 42,9%.



Biểu đồ 3.1: *Kết quả giải phẫu bệnh hạch cổ*

Nhận xét: kết quả giải phẫu bệnh có 46 hạch di căn, 03 hạch lympho, 14 hạch viêm không đặc hiệu, và 07 hạch viêm do lao

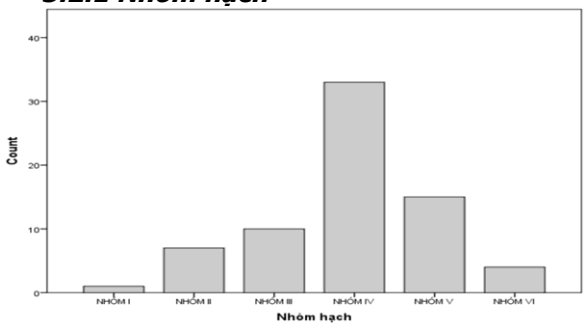
Bảng 3.2 Nguồn gốc u nguyên phát di căn hạch cổ

Nguồn gốc	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Ung thư phổi	21	45,7
Ung thư tuyến giáp	12	26,1
Ung thư dạ dày	2	4,3
Ung thư thực quản	1	2,2
Không rõ nguồn gốc	10	21,7
Tổng	**46**	**100%**

Nhận xét: Trong nhóm hạch di căn, chủ yếu có nguồn gốc từ ung thư phổi và ung thư tuyến giáp.

3.2 Đặc điểm hình ảnh

3.2.1 Nhóm hạch



Biểu đồ 3.2 Phân bố nhóm hạch cổ

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, nhóm hạch hay gặp nhất nhóm IV chiếm 47,1%.

Bảng 3.3: Đặc điểm kích thước, hình dạng, đường bờ, rốn hạch, vôi hóa trên siêu âm B-MODE (70 hạch)

ĐẶC ĐIỂM \ GPB		Di căn n (%)	U Lympho n(%)	Viêm không đặc hiệu n (%)	Lao hạch n (%)	Tổng N (%)
Kích thước	<8mm	18 (39%)	0(0%)	7(50%)	0(0%)	25(35,7%)
	≥8mm	28(61%)	3(100%)	7(50%)	7(100%)	55(64,3%)
Hình dạng (S/L)	≥0,5	5(11%)	1(33%)	3(21,4%)	1(14%)	10(16,7%)
	<0,5	41(69%)	2(67%)	11(78,6%)	6(86%)	60(83,3%)
Đường bờ	Bờ rõ	14(30,4%)	1(33%)	8(57%)	6(85,7%)	29(41,4%)
	Bờ mờ	32(69,6%)	2(67%)	6(43%)	1(16,3%)	41(58,6%)
Rốn hạch	Có	1(2%)	0(0%)	11(79%)	2(29%)	14(20%)

	Không	45(98%)	3(100%)	3(21%)	5(71%)	56(80%)
Vôi hóa	Có	3(6,5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	3(4,3%)
	Không	43(93,5%)	3(100%)	14(100%)	7(100%)	67(95,7%)

3.2.2 Kích thước. Đường kính ngang trung bình của hạch di căn 11mm, hạch lao 12mm, hạch u lympho 14mm và hạch viêm không đặc hiệu là 9mm. 61% hạch di căn có kích thước ≥8mm.

3.3 Hình dạng. Trong 70 hạch có 60 có hình dạng tròn (S/L≥0.5), 10 hạch có hình dạng bầu dục (S/L<0.5). Nhóm 60 hạch hình dạng tròn có 41 hạch di căn (68,3%), 11 hạch viêm không đặc hiệu (18,3%), 6 hạch lao (10,0%), 2 hạch u lympho (3,3%). Trong số 10 hạch hình dạng bầu dục có 5 hạch di căn (50%), 1 hạch u lym pho (10%), 3 hạch viêm không đặc hiệu (30%), 2 hạch lao (20%).

Theo kết quả này 89,1% hạch di căn có hình dạng tròn trong khi tỉ lệ này ở hạch viêm không đặc hiệu là 78,6%, hạch lao 85,7%, hạch u lympho 66,7%.

3.3.1 Đặc điểm đường bờ. Trong 70 hạch có 41 hạch đường bờ mờ, 29 hạch có đường bờ rõ; 69,6% hạch di căn có đường bờ mờ, 30,4% hạch di căn có đường bờ rõ trong khi ở hạch viêm mạn tính 43% đường bờ mờ, 57% đường bờ rõ; ở nhóm hạch lao 85,7% đường bờ rõ, 16,3% đường bờ mờ

3.3.2 Rốn hạch. Kết quả 98% hạch ác tính không quan sát thấy rốn hạch, trong khi tỷ lệ này gặp ở 21% hạch viêm không đặc hiệu và 29% hạch lao.

3.3.3 Vôi hóa. Đặc điểm vôi hóa chỉ gặp ở 3 bệnh nhân (6,5%) trong tổng số bệnh nhân hạch di căn, 100% bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú di căn. Vôi hóa trong trường hợp này là 100% dạng vi vôi hóa lấm chấm.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số 70 hạch bạch huyết được đánh giá, có 46 hạch di căn, 03 hạch lympho, 14 hạch viêm không đặc hiệu, và 07 hạch viêm do lao được khẳng định bằng kết quả giải phẫu bệnh (FNA hoặc sinh thiết).

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nhóm hạch ác tính (hạch di căn và hạch u lympho) là 58, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân hạch lành tính (hạch viêm không đặc hiệu, hạch lao) 48 tuổi. Hạch di căn chủ yếu di căn ung thư phổi (45,7%), ung thư tuyến giáp thể nhú (26%). Nhóm hạch di căn hay gặp nhất nhóm IV chiếm 58,7%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đường kính trung bình của hạch di căn 11mm, hạch lao 12mm, hạch u lympho 14mm và hạch viêm không đặc hiệu là 9mm. Như vậy kích thước hạch di căn lớn hơn hạch viêm không đặc hiệu nhưng nhỏ hơn kích thước hạch lao và hạch u lympho. Hạch nhỏ nhất được thực hiện có đường kính ngang 3,5mm, hạch lớn nhất có đường kính ngang 31mm, kết quả giải bệnh đều là hạch di căn. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa giá trị trung bình của đường kính trục ngắn của các hạch di căn và hạch viêm không đặc hiệu. Do các hạch viêm đều tăng kích thước, và đặc điểm kích thước có vai trò chủ yếu trong quá trình theo dõi hơn là đánh giá tính chất lành hay ác tính[1 3 4].

Về hình dạng theo nghiên cứu của chúng tôi 69% hạch di căn có hình dạng tròn (S/L≥0.5) trong khi tỉ lệ này ở hạch viêm không đặc hiệu gặp 78,6%, hạch u lympho 67%, hạch lao là 86%. Hạch ác tính có xu hướng tròn, tuy nhiên nó không được coi tiêu chí để đánh giá giữa lành và ác tính[5], đồng thời giá trị cut-off 0,5 để đánh giá hạch tròn hay bầu dục không được sự đồng tình bởi một số tác giả khác[6].

Trong nghiên cứu này, có sự khác biệt rõ rệt về có hay không có mặt rốn hạch trên siêu âm giữa nhóm di căn (hoặc u lympho) và nhóm viêm không đặc hiệu. Trong số 46 hạch di căn có 45 hạch đều không quan sát thấy rốn hạch (98%) trong khi chỉ có 1 hạch có quan sát thấy rốn hạch (2%). Sự không có mặt của rốn hạch có sự khác biệt rất lớn giữa hạch di căn và hạch lành tính, tương tự với tác giả khác[2 4 5].

Về vôi hóa hạch dạng lấm chấm. 70 hạch chỉ 3 hạch có vôi hóa và đều là vôi hóa nhỏ dạng lấm chấm, cả 3 bệnh nhân này đều gặp trong hạch di căn ung thư tuyến giáp thể nhú[7]. Như vậy đặc điểm vôi hóa lấm chấm rất có giá trị trong chẩn đoán nguyên phát từ tuyến giáp[7,8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hạch di căn thường có đặc điểm kích thước ≥8mm, đường bờ mờ, không có rốn hạch. Trong đó đặc điểm rốn hạch có độ nhạy cao nhất 98%, độ đặc hiệu của đặc điểm vôi hóa dạng lấm chấm lên tới 100%.

V. KẾT LUẬN

Trong giới hạn của nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá đặc điểm của hạch trên siêu âm B-MODE ý nghĩa với độ nhạy cao đánh giá hạch ác tính (di căn hoặc u lympho). Siêu âm góp phần giảm nhu cầu sinh thiết/chọc hút tế bào bằng kim nhỏ ở bệnh nhân có hạch viêm phản ứng không cần thiết. Tuy nhiên không có đặc điểm

đơn lẻ nào trên siêu âm có thể khẳng định bản chất hạch cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahuja A, Ying M, Ho S, et al.** Ultrasound of malignant cervical lymph nodes. Cancer Imaging. 2008;8(1):48.
2. **Khanna R, Sharma AD, Khanna S, Kumar M, Shukla RC.** Usefulness of ultrasonography for the evaluation of cervical lymphadenopathy. World journal of surgical oncology. 2011;9(1):29.
3. **Ahuja A, Ying M, King W, Metreweli C.** A practical approach to ultrasound of cervical lymph nodes. The Journal of Laryngology & Otology. 1997;111(3):245-256.
4. **Ying M, Bhatia KS, Lee YP, Yuen HY, Ahuja AT.** Review of ultrasonography of malignant neck nodes: greyscale, Doppler, contrast enhancement and elastography. Cancer imaging : the official publication of the International Cancer Imaging Society. Jan 6 2014;13(4):658-669.
5. **Ying M, Ahuja A, Brook F, Brown B, Metreweli C.** Sonographic appearance and distribution of normal cervical lymph nodes in a Chinese population. Journal of ultrasound in medicine: official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine. Jun 1996;15(6):431-436.
6. **SB Dangore* SDaRB.** Evaluation of the efficacy of colour Doppler ultrasound in diagnosis of cervical lymphadenopathy. Dentomaxillofacial Radiology. 2008;37:205-212.
7. **Ahuja AT, Chow L, Chick W, King W, Metreweli C.** Metastatic cervical nodes in papillary carcinoma of the thyroid: ultrasound and histological correlation. Clinical radiology. Apr 1995; 50(4): 229-231.
8. **Ahuja AT, Ying M, Ho SS, Metreweli C.** Distribution of intranodal vessels in differentiating benign from metastatic neck nodes. Clinical radiology. Mar 2001;56(3):197-201.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN ỨNG DỤNG CÁC CHỈ SỐ GÓC CỦA LỒI CẦU XƯƠNG ĐÙI

Nguyễn Huy Phương*, Trần Trung Dũng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần ứng dụng chỉ số góc nghiêng và góc xoay của lồi cầu xương đùi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu tiến cứu trên 74 khớp gối thoái hoá khớp nặng của 68 bệnh nhân được phẫu thuật thuật thay khớp gối toàn phần từ tháng 07/2016 đến tháng 05/2019. Tất cả bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ khớp gối và phim X-quang toàn trục chi dưới trước mổ. Xác định góc nghiêng của lồi cầu xương đùi là góc giữa trục cơ học và trục giải phẫu xương đùi (FMA,FAA), góc xoay là góc giữa trục xuyên mỏm trên lồi cầu đùi phẫu thuật và trục nối bờ sau 2 lồi cầu đùi (sTEA,PCA). Ứng dụng các chỉ số này trong phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. Đánh giá kết quả của phẫu thuật thay khớp gối toàn phần dựa trên các tiêu chí về hình ảnh và thang điểm KSS (KS và KFS). **Kết quả**: Trục cơ học trung bình sau mổ: 1,9º ± 0,8º. Góc chè - đùi sau mổ: 3,6°± 2,1°. Điểm trung bình KS trước mổ: 33,8 ± 12,7, sau mổ: 84,8 ± 7,4. Điểm trung bình KFS trước mổ: 36,9 ± 10,9, sau mổ: 84,6 ± 11,3.Kết quả chung sau mổ: 78,4% rất tốt, 17,6% tốt, 4,0% khá, 0,0% kém. **Kết luận:** ứng dụng góc nghiêng và góc xoay của lồi cầu xương đùi giúp cải thiện tính chính xác và kết quả của phẫu thuật thay khớp gối toàn phần.

***Từ khóa**:* góc nghiêng, góc xoay lồi cầu xương đùi, thoái hóa khớp gối, thay khớp gối toàn phần.

**Trường đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Phương
Email: huyphuong@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2020
Ngày duyệt bài: 10.12.2020

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL KNEE ARTHROPLASTY USING THE ANGLES INDEXES OF THE FEMORAL CONDYLE

Objective: Evaluate the results of total knee arthroplasty applying the femoral condyle rotational and valgus cut angle technique. **Methods**: From 07/2016 to 05/2019, we conducted a prospective study of 74 total knee arthroplasty of 68 patients. All patients were taken MRI and long leg radiograph pre-oparative. Define the valgus cut angle which is the angle between mechanical and anatomical axis of the femur (FMA,FAA) and femoral condyle rotated which is the angle between surgical transepicondylar axis and posterior condylar axis (sTEA,PCA) respectively. Using these angle indexes in total knee arthroplasty with combined technique. Evaluate results of total knee arthroplasty based on imaging criteria and KSS scale (KS and KFS) post-operative. **Results**: Mean mechanical axis post-operative: 1,9º±0,8º. Patello-femoral angle post-operative: 3,6°± 2,1°. Mean KS scoring pre-operative: 33,8 ± 12,7, post-operative: 84,8 ± 7,4. Mean KFS scoring pre-operative: 36,9 ± 10,9, and post-operative: 84,6 ± 11,3. General results post-surgery: 78,4% very good, 17,6% good, 4,0% fair, 0.0% poor. **Conclusions:** Applying femoral condyle rotated and valgus cut angle improves the precision and outcome of total knee arthroplasty.

***Keywords**:* femoral condyle rotated, valgus cut angle, knee osteoarthritis, total knee arthroplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp gối toàn phần (TKGTP) điều trị thoái hóa khớp là phẫu thuật ngày càng phổ

biến, tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ khá cao (khoảng 20%) người bệnh không hài lòng vì vẫn còn đau hoặc khó khăn trong vận động sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần do nhiều nguyên nhân khác nhau[1],[2]. Một trong các nguyên nhân đó là không đạt được độ chính xác của các lát cắt xương và cân bằng phần mềm. Trong đó độ nghiêng và xoay ngoài của phần đùi hay lồi cầu đùi (LCĐ) là hai yếu tố cực kỳ quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả của thay khớp gối. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng độ xoay của phần đùi không đúng có thể dẫn đến các biến chứng như đau khớp chè đùi, hạn chế chức năng gối và tăng độ mòn của vật liệu khớp nhân tạo[3],[4]. Độ nghiêng của phần đùi thì ảnh hưởng trực tiếp đến việc khôi phục trục cơ học chi dưới sau mổ[5]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng góc nghiêng và góc xoay của LCĐ không hằng định mà thay đổi phụ thuộc vào chủng tộc người, từng cá thể người bệnh cũng như mức độ thoái hoá và biến dạng của khớp gối. Vì vậy, việc đo đạc, khảo sát 2 góc này trước mổ và ứng dụng vào tuỳ chỉnh các lát xương LCĐ là rất cần thiết để cải thiện tính chính xác của phẫu thuật TKGTP, từ đó giúp khôi phục trục cơ học chi dưới, giảm đau và tăng độ bền khớp nhân tạo sau mổ tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân THKG độ 3;4, đau nhiều, đi lại khó khăn, không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Được chụp phim CHT khớp gối và Xquang toàn trục chi dưới trước mổ.
- Trên phim CHT khớp gối xác định rõ được các trục để đo góc xoay LCĐ.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.
- BN là người Việt Nam, đồng ý phẫu thuật và tham gia nhóm đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN thoái hoá khớp gối do chấn thương, có tổn thương xương đùi hoặc có tiền sử can thiệp phẫu thuật xương đùi hoặc thay khớp háng trước đó.
- BN không đồng ý phẫu thuật hoặc không đồng ý tham gia nhóm đối tượng nghiên cứu.

Cỡ mẫu: 74 khớp gối thoái hoá được phuẫt thuật TKGTP của 68 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc, không nhóm chứng.

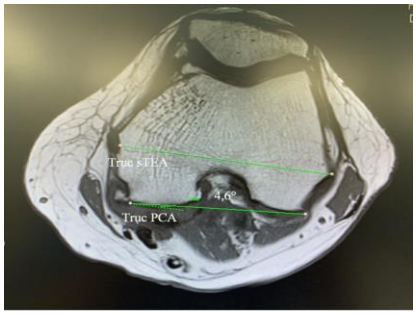
Địa điểm nghiên cứu. Khoa Chấn thương Chỉnh hình và Y học thể thao của Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội và Bệnh viện Saint Paul.

Thời gian. Từ tháng 07/2016 đến tháng 05/2019.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Máy chụp cộng hưởng từ 1.5 và 3.0 Tesla.
- Máy chụp Xquang, có thể chụp được phim toàn trục chi dưới.
- Phần mềm INFINITT HEATHCARE: Phần mềm thu thập, xử lý các xung cộng hưởng từ để tạo ảnh trong CHT, sử dụng để lấy ảnh lát cắt nghiên cứu, đo đạc các chỉ số nghiên cứu trên phim CHT, Xquang...

Đo góc xoay của LCĐ là góc giữa trục liên LCĐ phẫu thuật (sTEA) và trục nối bờ sau 2 LCĐ (PCA) đo trên phim CHT khớp gối. Góc nghiêng của LCĐ là góc giữa trục giải phẫu (FMA) và trục cơ học (FAA) xương đùi đo trên phim toàn trục chi dưới.



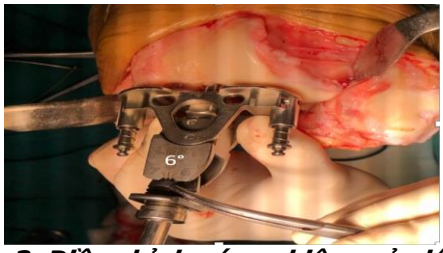
Hình 1. Đo góc xoay LCĐ trên phim CHT khớp gối



Hình 2. Đo góc nghiêng LCĐ trên phim XQ toàn trục chi dưới

Kỹ thuật phẫu thuật thay khớp gối toàn phần ứng dụng góc nghiêng và góc xoay của lồi cầu xương đùi.

- Điều chỉnh kim chỉnh góc của trợ cụ cắt đầu xa của xương đùi theo góc nghiêng LCĐ, làm tròn đến hàng đơn vị.



Hình 3. Điều chỉnh góc nghiêng của lát cắt đầu xa LCĐ dựa theo góc nghiêng.

- Điều chỉnh kim chỉnh góc của trợ cụ cắt bờ trước và bờ sau của lồi cầu xương đùi theo góc xoay (sTEA,PCA), làm tròn đến hàng đơn vị.



Hình 4. Điều chỉnh góc xoay của lát cắt bờ trước, bờ sau dựa theo góc xoay LCĐ

- Các lát cắt khác của lồi cầu xương đùi, mâm chày và các thì mổ khác thực hiện tương tự như kỹ thuật TGKTP thông thường.

Phương pháp thu thập số liệu. Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Xử lý số liệu: phần mềm STATA 14.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm tuổi, giới tính nhóm nghiên cứu.

- Tuổi: độ tuổi trung bình của BN là 66,3 ± 7,4 (từ 50 đến 83 tuổi), số BN từ 60 tuổi trở lên chiếm 80,9%.
- Giới tính: Tỷ lệ nữ/nam là 7,5/1.

2. Trục cơ học chi dưới sau mổ

Bảng 1. Trục cơ học chi dưới sau mổ đo trên phim XQ toàn trục (n=74)

Trục cơ học	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Biên độ
Chi dưới	1,9º ± 0,8º	0,0°- 4,1°
Phần đùi	90,3 ± 0,3°	89,0°-91,2°
Phần chày	89,4 ± 1,2°	88,1°-92,2°

Nhận xét:

- Trục cơ học chi dưới trung bình sau mổ 1,9º ± 0,8º (0,0°- 4,1°). Có 68/74 khớp gối có trục cơ học nằm trong khoảng 3º; 6/74 KGNT sau mổ nằm ngoài khoảng 3º.
- Góc giữa trục cơ học xương đùi và phần đùi sau mổ là: 90,3 ± 0,3° (89,0°-91,2°), góc giữa trục cơ học xương chày và phần chày sau mổ là: 89,4 ± 1,2° (88,1°-92,2°).

3. Góc nghiêng XBC (góc chè - đùi) sau mổ

Bảng 2. Góc chè - đùi sau mổ đo trên phim XQ tiếp tuyến XBC (n=74)

Góc chè-đùi sau mổ	Số khớp	Tỷ lệ %
< 5°	68	91,9
> 5°	6	8,1
Tổng số	**74**	**100**

Nhận xét:

- Góc chè - đùi trung bình sau mổ là 3,6°± 2,1°. Cải thiện có ý nghĩa thống kê so với góc chè - đùi trước mổ (6,7°± 2,8°).
- Có 68/74 khớp gối (chiếm 91,9%) có góc nghiêng XBC sau mổ từ <5°, có 6 khớp gối (8,1%) là góc nghiêng lớn hơn >5°.

4. Biên độ vận động khớp

Bảng 3. Biên độ gấp gối sau mổ(n=74)

Biên độ gấp	Số khớp	Tỷ lệ %
<90º	3	4,0
90º-110º	19	25,7
>110º	52	70,3
Tổng số	**74**	**100**

Nhận xét: biên độ vận động gối trung bình là 115º ± 8,2º, số khớp có biên độ gấp gối ≥ 90º là 71 khớp (chiếm 96,0%); biên độ gấp thấp nhất là 80º, nhiều nhất là 125º. Có 02 trường hợp bị hạn chế duỗi khớp gối <10º.

5. Điểm KSS (bao gồm KS và KFS) trước và sau mổ.

Bảng 4. So sánh điểm KSS trước và sau mổ

	Điểm KS	Điểm KFS	p
Trước mổ	33,8 ± 12,7	36,9 ± 10,9	< 0.05 (T-test)
Sau mổ	84,8 ± 7,4	84,6 ±11,3	< 0.05 (T-test)

Nhận xét: có sự cải thiện rõ rệt về thang điểm khớp gối KSS (KS,KFS) trước và sau mổ.

6. Đánh giá kết quả chung theo thang điểm KSS

Bảng 5. Đánh giá kết quả chung theo thang điểm KSS

Kết quả chung	Số khớp	Tỷ lệ %
Rất tốt	58	78,4
Tốt	13	17,6
Khá	3	4,0
Kém	0	0
Tổng	**74**	**100**

Nhận xét: với thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 24,9 ± 10,3 tháng, có 71/74 khớp gối (chiếm 96%) đạt kết quả tốt và rất tốt; 3/74 khớp gối (chiếm 4,0%) đạt kết quả khá, không có trường hợp nào đạt kết quả kém.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tuổi, giới tính của nhóm nghiên cứu. Chúng tôi theo dõi 74 khớp gối của

68 BN, với tỷ lệ nữ/nam là 7,5/1, đa số là trên 60 tuổi, điều này là phù hợp vì thoái hoá khớp gối là bệnh lý của người cao tuổi, liên quan tới sự sụt giảm nồng độ Estrogen và tình trạng loãng xương, đặc biệt là ở phụ nữ thời kỳ mãn kinh.

2. Trục cơ học chi dưới sau mổ. Việc ứng dụng góc nghiêng vào việc cắt đầu xa xương đùi cũng như cân bằng khoảng duỗi để cắt mâm chày giúp khôi phục trục cơ học chi dưới bên mổ thay khớp gối trở về gần với sinh lý hơn. Trong nghiên cứu, chúng tôi điều chỉnh lát cắt đầu xa xương đùi cá thể hoá theo từng BN. Trên hệ thống trợ cụ có sẵn các trị số góc từ 0° đến 9° để chúng tôi thiết lập góc cắt này. Đánh giá trên phim Xquang toàn trục sau mổ, chúng tôi nhận thấy rằng việc cá thể hoá góc cắt đầu xa xương đùi theo góc nghiêng của LCĐ giúp khôi phục trục cơ học sau mổ về gần trục sinh lý hơn, trung bình là 1,9º ± 0,8º; có 68/74 khớp gối có trục cơ học nằm trong khoảng 3º; 6/74 KGNT sau mổ nằm ngoài khoảng 3º. Nhiều nghiên cứu dài hạn đã chỉ ra rằng, trục cơ học sau mổ nằm trong khoảng 0º-3º giúp tăng tuổi thọ của khớp gối nhân tạo[6],[7].

Chúng tôi nhận thấy các trường ngoài khoảng này có thể do 2 nguyên nhân: 01 là các lát cắt xa LCĐ và MC chưa đảm bảo thực sự vuông góc với trục cơ học; 02 là các BN thoái hoá khớp gối bị biến dạng vẹo ngoài và vẹo trong nặng, mặc dù lát cắt xương đầu xa xương đùi đảm bảo vuông góc với trục cơ học xương đùi, lát cắt xương MC vuông góc với trục cơ học xương chày nhưng có lẽ sự co kéo về hệ thống phần mềm dây chằng 2 bên, mặc dù đã được giải phóng và cân bằng, đã ảnh hưởng đến trục cơ học chi dưới sau mổ. Đây cũng chính là vấn đề khó khăn khi TKGTP ở các BN có biến dạng khớp gối nặng, việc khôi phục trục cơ học ở các trường hợp này đôi khi khó đạt được tối đa.

3. Góc nghiêng XBC (góc chè - đùi) sau mổ. Góc nghiêng XBC là chỉ số quan trọng để đánh giá khớp chè-đùi sau mổ cũng như đánh giá độ xoay của phần đùi có phù hợp hay không.

Chúng tôi điều chỉnh góc cắt xoay ngoài của LCĐ được cá thể hoá theo góc (sTEA,PCA) (được làm tròn đến hàng đơn vị) đo đạc trên phim CHT trước mổ. Các trợ cụ cắt xương LCĐ có đủ thông số góc cắt xoay từ 0º - 6º để chúng tôi điều chỉnh. Sau khi cắt xương bờ trước - bờ sau LCĐ theo độ xoay ngoài định trước, chúng tôi kiểm tra lại tính cân xứng trong - ngoài của khoảng gấp, nếu cần chúng tôi sẽ giải phóng thêm phần mềm để cải thiện hơn tính cân xứng và bằng nhau của khoảng gấp và khoảng duỗi.

Theo nghiên cứu của Jayeong Yoon và cộng sự (2019)[8], nhóm bệnh nhân có góc nghiêng xương bánh chè ≤ 5° có tầm vận động tốt hơn và các vấn đề của khớp gối sau phẫu thuật ít hơn hẳn nhóm có góc nghiêng xương bánh chè > 5°. Như vậy góc nghiêng xương bánh chè ảnh hưởng đến chức năng của khớp gối và kết quả đạt được sau phẫu thuật.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, Góc chè - đùi trung bình sau mổ là 3,6°± 2,1°. Có sự giảm đáng kể so với góc chè - đùi trước mổ. Chúng tôi cho rằng, sự tối ưu hoá độ xoay ngoài của phần đùi theo giải phẫu kèm theo giải phóng phần mềm quanh XBC hợp lý đã góp phần cải thiện góc chè - đùi tốt hơn.

4. Biên độ vận động khớp. Biên độ vận động gối trung bình là 115º ± 8,2º, số khớp có biên độ gấp gối ≥ 90º là 71 khớp (chiếm 96,0%); biên độ gấp thấp nhất là 80º, nhiều nhất là 125º. Mức độ gấp gối này làm BN hài lòng. Với biên độ gấp gối như vậy sẽ tạo thuận lợi cho việc đi lại, sinh hoạt của BN.

Có 2 trường hợp bị hạn chế duỗi gối sau mổ <10º, 02 BN này trước có biến dạng vẹo trong co rút gấp nhiều do bị viêm đa khớp dạng thấp. Chúng tôi cho rằng việc khôi phục tốt trục cơ học của chi dưới cũng như tối ưu hoá góc xoay ngoài của phần đùi đã góp phần sự cải thiện biên độ vận động khớp gối sau mổ. Tuy nhiên, các yếu tố như khớp biến dạng nhiều, tầm vận động kém trước mổ, PHCN chưa thực sự đồng bộ, sự kém năng động sau mổ của người già, kèm theo bệnh lý nội khoa kết hợp…cũng làm ảnh hưởng một phần đến biên độ vận động gối.

5. Đánh giá kết quả chung theo KSS. Chúng tôi khám đánh giá, ghi nhận và so sánh điểm KS và KFS của khớp gối trước mổ và sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng nhận thấy sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng lâm sàng cũng như chức năng khớp gối sau mổ. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy sự cải thiện rõ rệt nhất thang điểm KS, KFS ở thời điểm 1 và 3 tháng sau mổ. Tại thời điểm tháng thứ 6 sau mổ, có sự cải thiện so với tháng thứ 3 sau mổ, tuy nhiên không đáng kể. Vì vậy chúng tôi cho rằng thời điểm 3 tháng sau mổ là giai đoạn rất quan trọng trong việc theo dõi và hướng dẫn bệnh nhân tập luyện PHCN, để đạt được biên độ vận động và chức năng của khớp gối tốt nhất.

Đánh giá kết quả chung theo thang điểm KSS, có 78,4% BN đạt kết quả rất tốt, 17,6% tốt, 4,0% khá, không có BN đạt kết quả kém. Tuy nhiên, đây mới chỉ là kết quả theo dõi trung bình sau mổ là 24,9 ± 10,3 tháng, chúng tôi sẽ

tiến hành theo dõi xa hơn, với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá thêm hiệu quả của việc ứng dụng này.

V. KẾT LUẬN

Việc đo đạc và khảo sát các chỉ số góc nghiêng, góc xoay của lồi cầu xương đùi và ứng dụng vào điều chỉnh các lát cắt xương trong phẫu thuật TKGTP ở từng bệnh nhân có thể giúp cải thiện tính chính xác của phẫu thuật cũng như khôi phục lại trục cơ học của chi dưới tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vikki Wylde, Andrew Beswick, Julie Bruce (2018).** Chronic pain after total knee arthroplasty. EFORT Open Rev, 3(8): 461–470.
2. **Yong-Hao Pua, Cheryl Lian-Li Poon, Felicia Jie-Ting Seah (2019)** Predicting individual knee range of motion, knee pain, and walking limitation outcomes following total knee arthroplasty. Acta Orthop; 90(2):179-186
3. **Barrack RL, Schrader T, Bertot AJ, Wolfe MW, Myers L (2001).** Component rotation and anterior knee pain after total knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res;392, 46-55.
4. **S.Hofmann, J.Romero, E.Roth-Schiffl (2003).** Rotational malalignment of the components may cause chronic pain or early failure in total knee arthroplasty. Orthopade;32(6):469-76.
5. **N.Bardakos, (2007).** Mechanical axis cannot be restored in total knee arthroplasty with a fixed valgus resection angle: a radiographic study. J Arthroplasty. ;22(6 Suppl. (2)):85–89.
6. **Fang D.M., Ritter M.A., and Davis K.E. (2009).** Coronal alignment in total knee arthroplasty: just how important is it?. J Arthroplasty, 24(6 Suppl), 39–43.
7. **Parratte S., Pagnano M.W., Trousdale R.T., et al. (2010).** Effect of postoperative mechanical axis alignment on the fifteen-year survival of modern, cemented total knee replacements. J Bone Joint Surg Am, 92(12), 2143–2149.
8. **Jayeong Yoon, Deukhee Jung, Taehyeon Jeon (2019).** Influence of Patellar Tilt Angle in Merchant View on Postoperative Range of Motion in Posterior Cruciate Ligament-Substituting Fixed-Bearing Total Knee Arthroplasty. Clin Orthop Surg; 11(4): 416-421.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CƯƠNG Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO ĐIỀU TRỊ PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VĨNH PHÚC

Hoàng Quỳnh[1], Nguyễn Quang[2], Vũ Văn Kiên[1]
Trần Ngọc Định[1], Vương Tuấn Khanh[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: đánh giá tình trạng rối loạn cương sau phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt (PĐLT TTL) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. **Mục đích**: nhận xét tình trạng rối loạn cương trước phẫu thuật và đánh giá sự thay đổi tình trạng rối loạn cương sau phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** tổng cộng 93 trường hợp được nghiên cứu tiến cứu phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị PĐLT TTL. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu 69,62 ± 8,02. Trọng lượng trung bình tuyến tiền liệt trước phẫu thuật là 58,05 ± 31,78 gam. Một số yếu tố được đánh giá trước và sau phẫu thuật là: bảng điểm quốc tế đánh giá triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS: International Prostate Symptom Score), bảng điểm chất lượng cuộc sống (QoL: Quality of Life Index), bảng điểm chức năng cương dương quốc tế (IIEF-5: International Index of Erectile Function), theo dõi sau 3 tháng. **Kết quả:** thời gian phẫu thuật trung bình 59,5 ± 22,4 phút. Không có trường hợp nào phải truyền máu. Không có trường hợp nào bị hội chứng cắt đốt nội soi. Điểm IPSS giảm từ 19,05 ± 8,44 tới sau phẫu thuật 3 tháng là 3,16 ± 3,28. Điểm QoL giảm từ 4,75 ± 1,22 tới sau phẫu thuật 3 tháng là 1,14 ± 1,67. Điểm IIEF-5 giảm từ 11,22 ± 10,18 tới sau phẫu thuật 3 tháng là 9,08 ± 9,64. **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn cương dương ở bệnh nhân sau phẫu thuật phì đại lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua đường niệu đạo tăng so với trước phẫu thuật nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Phì đại lành tính tuyến tiền liệt, nội soi qua niệu đạo, rối loạn cương dương

[1]*Bệnh viện đa khoa Tỉnh Vĩnh Phúc*
[2]*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Quỳnh
Email: drquynh.vp@gmail.com
Ngày nhận bài: 16.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 4.12.2020

SUMMARY

EVALUTION OF ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS AFTER URETHRAL ENDOSCOPY FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT VINH PHUC GENERAL HOSPITAL

Background: To evaluate the situation of erectile dysfunction after urethral endoscopy for benign prostatic hyperplasia (BPH) at Vinh Phuc general hospital. **Purpose:** To describe the status of erectile dysfunction before surgery and evaluate the change of erectile dysfunction after urethral endoscopy for

benign prostatic hypertroplasia at Vinh Phuc general hospital. **Methods:** A total of 93 cases whose benign prostatic hypertroplasia were treated using urethral endoscopy were recruitted. Average age of the study group was 69.62 ± 8.02. Average weight of the prostate gland before surgery was 58.05 ± 31.78 grams. Patients were assessed before and after surgery using the International Prostate Symptom Score (IPSS), Quality of Life Index (QoL), International Index of Erectile Function (IIEF-5), the patients were followed up for 3 months. **Results:** The average time of operation was 59.5 ±22.4 minutes. No case needed a blood transfusion. No cases had endoscopic ablation syndrome. IPSS score decreased from 19.05 ± 8.44 to 3.16 ± 3.28 after 3 months of the surgery. The QoL score decreased from 4.75 ± 1.22 to 1.14 ± 1.67 after 3 months of the surgery. IIEF-5 score decreased from 11.22 ± 10.18 to 9.08 ± 9.64 after 3 months of the surgery. **Conclusion:** The erectile dysfunction in patients after urethral endoscopy for benign prostatic hyperplasia increased in comparison to before the surgery, however the change was not statistically significant.

***Keywords**:* Benign prostatic hyperplasia, urethral endoscopy, erectile dysfunction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cương dương (RLCD) là một dạng bệnh lý của rối loạn tình dục được biểu hiện bằng tình trạng: dương vật không có khả năng cương dù có ham muốn tình dục, hay dương vật cương cứng không đủ, cương cứng không đúng lúc để giúp người bệnh hoàn thành được cuộc giao hợp một cách trọn vẹn. RLCD là một bệnh mang tính xã hội và khá phổ biến ở nam giới, bệnh tuy không gây tử vong, cũng không cần xử trí cấp cứu nhưng về lâu dài sẽ gây ảnh hưởng sâu sắc tới đời sống tinh thần của người đàn ông và hạnh phúc gia đình của họ.

Trong xã hội hiện đại ngày nay, RLCD ngày càng phổ biến ở nam giới với tỷ lệ rất cao. Theo nghiên cứu của Feldman và cộng sự (CS) được tiến hành tại Massachusetts Male Aging Study (MMAS) Hoa Kỳ cho thấy 52% đàn ông Mỹ bị RLCD ở các mức độ khác nhau, tỷ lệ mắc là 39% ở tuổi 40, 48% ở tuổi 50, 57% ở tuổi 60, 67% ở tuổi 70 và lên tới 75% ở tuổi 80. Theo McKinlay và CS ước tính đến năm 2025 có khoảng 322 triệu người bị RLCD trên toàn thế giới. Tại Việt Nam theo công trình nghiên cứu của Trần Quán Anh và Phạm Văn Trịnh thì tỷ lệ RLCD là 15,7% ở nam giới trên 20 tuổi.

Phì đại lành tính tuyến tiền liệt (PĐLT TTL) được gọi tắt theo Tiếng Anh là BPH (Benign prostatic hyperplasia), là sự tăng sinh không ác tính của mô đệm và biểu mô tuyến làm cho tuyến to lên. Với những trường hợp nặng, tuyến có thể tăng lên gấp 10 lần bình thường ở nam giới trưởng thành.Thường sau vài chục năm, PĐLT TTL mới gây ra các triệu chứng liên quan trên bệnh nhân. Tuy nhiên, cho đến tuổi 60 có tới 50% nam giới bị PĐLT TTL.

Trên thực tế, ở nam giới mối liên quan giữa PĐLT TTL với RLCD vẫn chưa được biết đến một cách rõ ràng, vẫn còn có nhiều tranh cãi về mối liên quan giữa PĐLT TTL và RLCD. Tuy nhiên khi tuổi càng cao thì tỉ lệ người bệnh PĐLT TTL và RLCD càng tăng.

Trên thế giới hiện nay cũng đã có những nghiên cứu về mối liên quan giữa PĐLT TTL với RLCD nhưng vẫn chưa đi đến một sự thống nhất về mối liên quan này.Nghiên cứu của chúng tôi góp phần xác định mối liên quan giữa PĐLT TTL với RLCD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tổng cộng 93 trường hợp (TH) PĐTL TTL được phẫu thuật bằng Thulium laser từ tháng 08 năm 2018 đến tháng 08 năm 2020 tại khoa Ngoại tiết niệu bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. Tuổi trung bình là 69,62 ± 8,02. Các bệnh được thăm khám đầy đủ trước phẫu thuật bao gồm bệnh sử, thăm khám hậu môn trực tràng, tổng phân tích nước tiểu, creatinine huyết thanh, PSA huyết thanh. Triệu chứng đường tiểu dưới được đánh giá bảng điểm quốc tế đánh giá triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS: International Prostate Symptom Score), bảng điểm chất lượng cuộc sống (QoL: Quality of Life Index). Bảng điểm chức năng cương dương quốc tế (IIEF-5). Siêu âm qua đường bụng giúp đánh giá thể tích tuyến tiền liệt (VTTL) và nước tiểu tồn lưu (NTTL). Tất cả bệnh nhân có nghi ngờ u ác qua các thông số (PSA, thăm khám hậu môn trực tràng hay siêu âm) đều được tiến hành sinh thiết tuyến tiền liệt.Nếu kết quả là ác tính thì sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

Quá trình phẫu thuật được tiến hành như sau: xác định và đánh dấu giới hạn của vùng phẫu thuật so với ụ núi, tiến hành cắt ở vị trí 5h và 7h, tiếp tục cắt lùi về phía sau so với giới hạn đã được đánh dấu thùy giữa, và sau cùng là thùy bên. Các mẫu u được cắt nhỏ, dễ dàng hút ra nhờ bơm hút thủy tinh (resectoscope sheath) mà không cần dùng đến máy xay mô (morcelator). Thông niệu đạo được đặt trước khi kết thúc phẫu thuật.

Sau phẫu thuật xác định các yếu tố: thời gian phẫu thuật, tỷ lệ truyền máu, hemoglobin huyết thanh, Na^+huyết thanh, thời gian đặt thông niệu đạo, thời gian nằm viện, IPSS, QoL, IIEF-5. Bệnh nhân được kiểm tra lại sau 3 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng 93 TH PĐLT TTL được điều trị phẫu thuật nội soi qua niệu đạo từ tháng 08 năm 2018 tới tháng 08 năm 2020 tại khoa Ngoại tiết niệu bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, chúng tôi thu được một số kết quả như sau:

Bảng 1: *Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng chính*

Yếu tố	Số liệu
Tổng số trường hợp	93
Tuổi	69,62 ± 8,02 (53 - 88)
PSA (ng/ml)	3,8 ± 3,4 (0,51 – 13,9)
Trọng lượng TTL (gam)	58,05 ± 31,78 (33 – 126)

Bảng 2: *Một số kết quả ngay sau PT*

Yếu tố	Số liệu
Hemoglobin trước PT (g/dl)	13,1 ± 1,5
Hemoglobin sau PT (g/dl)	12,7 ± 1,5
p	<0,001
Na huyết thanh trước PT(mmol/l)	139,7 ± 3,1
Na huyết thanh sau PT(mmol/l)	138,3 ± 3,2
p	0,469
Thời gian phẫu thuật (phút)	59,5 ± 22,4
Thời gian đặt thông niệu đạo (ngày)	4,3 ± 0,9
Thời gian nằm viện (ngày)	6,67 ± 1,97

Bảng 3*: Một số kết quả sau 3 tháng*

Yếu tố	Trước PT	Sau PT 3 tháng
IPSS	19,05 ± 8,44	3,16 ± 3,28
QoL	4,75 ± 1,22	1,14 ± 1,67
IIEF-5	11,22 ± 10,18	9,08 ± 9,64

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn cương dương ngày càng được biết đến nhiều và nhận được ngày càng nhiều sự quan tâm của cộng đồng. Rối loạn cương dương ở bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt nói riêng và bệnh nhân cao tuổi nói chung ngày càng được quan tâm để nâng cao chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Qua kết quả nghiên cứu của đề tài chúng tôi có một số ý kiến bàn luận về mối liên quan giữa rối loạn cương dương trên bệnh nhân có phì đại lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt.

Nhìn chung tỷ lệ RLCD ở bệnh nhân bị phì đại lành tính tuyến tiền liệt (từ 58,7% đến 93,4%) cao hơn so với các đối tượng khác trong quần thể, như theo Phạm Văn Trịnh là 15,7% [1]. Báo cáo của viện sức khỏe quốc gia Mỹ đã tổng kết tỷ lệ mắc bệnh trên những người đàn ông từ 21 tuổi đến ngoài 70 tuổi: ở Mỹ là 18%, Châu Âu 17%, Châu Á 14%, Vùng Đông Nam Á 10%, Trung Quốc 28%[2]. Nguyên nhân là do bệnh nhân phẫu thuật phì đại lành tính tuyến tiền liệt có tuổi cao hơn các nhóm đối tượng khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 73,1% trường hợp có rối loạn cương dương với điểm IIEF-5 trung bình 11,22 ± 10,18. Trong đó rối loạn cương dương mức độ nặng chiếm đến 46,2%, rối loạn cương dương trung bình là 4,3%, rối loạn cương dương nhẹ đến trung bình 10,8%, rối loạn cương dương nhẹ 11,8%.

Với thời gian phẫu thuật trung bình là 59,5 ± 22,4 phút, thời gian lưu thông niệu đạo trung bình 4,3 ± 0,9 ngày và thời gian nằm viện trung bình 6,67 ± 1,97 ngày. Không có biến chứng nặng về chảy máu hay hội chứng nội soi. Theo dõi sau 3 tháng chúng tôi thấy: sau phẫu thuật điểm IIEF-5 trung bình giảm đáng kể từ 11,22 ± 10,18 điểm xuống 9,08 ± 9,64 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,000 < 0,05. Tỷ lệ RLCD cũng tăng từ 73,1% lên 78,5%, tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ RLCD trước và sau phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê với p = 0,18 > 0,05. Trong khi tỷ lệ rối loạn cương dương sau mổ tăng có 2 bệnh nhân từ RLCD trước mổ chuyển thành không RLCD sau mổ, 2 bệnh nhân này có tuổi thấp là 62 tuổi và 64 tuổi, phải chăng những trường hợp cải thiện tình trạng RLCD tốt sau mổ có liên quan đến tuổi. Mức độ nặng của RLCD cũng tăng lên đáng kể từ 46,2% trước phẫu thuật lên 59,1% sau phẫu thuật, các mức độ RLCD khác có xu hướng giảm nhẹ. Sự khác biệt mức độ RLCD trước và sau phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê với p = 0,067 > 0,05.

Nghiên cứu của Friedhelm B và CS [3] trên 123 bệnh nhân được phẫu thuật cắt nội nội soi TTL qua đường niệu đạo được đánh giá qua thang điểm IIEF cũng cho kết quả tương tự như chúng tôi, kết quả cho thấy điểm IIEF trung bình giảm đáng kể từ 30,52 trước phẫu thuật xuống 26,24 sau phẫu thuật với p < 0,05. Nghiên cứu của Giorgio Ivan Russo và CS [4] khi theo dõi và đánh giá 178 bệnh nhân không RLCD trước phẫu thuật nội soi TTL qua niệu đạo thì sau phẫu thuật có 20,9% bệnh nhân báo cáo bị RLCD ở các mức độ khác nhau, điểm IIEF-5 trung bình cũng giảm từ 23,5 xuống 19,2 và 18,7 với mỗi 6 tháng và 12 tháng tương ứng sau phẫu thuật (p < 0,001). Theo Pavone C và CS [5] tỷ lệ RLCD sau phẫu thuật cắt nội soi TTL qua niệu đạo tăng từ 58,7% trước phẫu thuật lên 60,9% sau phẫu thuật. Kết quả của Cheng NZ và CS [6] khi nghiên cứu trên 358 bệnh nhân phẫu thuật cắt TTL qua nội soi thì phẫu thuật có thể làm giảm bớt các triệu chứng lâm sàng của PĐLT TTL và

cải thiện chất lượng cuộc sống nhưng không cải thiện được tình trạng rối loạn tình dục ở bệnh nhân cao tuổi. Tương tự Muntener M và CS [7] khi nghiên cứu 1014 bệnh nhân phẫu thuật cắt TTL qua nội soi cho thấy tình trạng RLCD không bị ảnh hưởng sau phẫu thuật.

Như vậy kết quả của chúng tôi cũng giống như các tác giả nêu trên.Sự giảm điểm IIEF-5 trung bình sau phẫu thuật là có ý nghĩa thống kê. Trong khi tỷ lệ RLCD sau phẫu thuật tăng so với trước phẫu thuật là không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Kết quả thu được chúng tôi nhận thấy: tình trạng rối loạn cương dương ở bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật là rất cao. Sau phẫu thuật tỷ lệ rối loạn cương có tăng lên với mức độ rối loạn cương dương nặng cũng tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên điểm trung bình IIEF-5 sau phẫu thuật 3 tháng giảm và có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Trịnh (1997).** Điều tra dịch tễ học về rối loạn cương dương trên 764 nam giới bình thường, Kỷ yếu hội nội tiết học, 11 – 19.
2. Đỗ Trung Quân (2007). Biến Chứng Suy Sinh Dục Nam Giới Đái Tháo Đường. Bài Giảng Bệnh Học Nội Khoa, NXB Y Học. 1, 258 - 68.
3. **Friedhelm B, Berner L, Dechet C, Presson A, Pycha A (2013).** Does the surgeon have an influence on clinical voiding parameters and postoperative sexual function after TURP?. Aktuelle Urol. 2013 Sep;44(5):370-4.
4. **Giorgio Ivan Russo et al (2013).** Predictive factors of erectile dysfunction after TURP in potents patients. http:// www.jurology.com/ article/S0022-5347(13)02864-4/abstract.
5. **Pavone C, Abbadessa D, Scaduto G et al (2015).** Sexual dysfunctions after transurethral resection of the prostate (TURP): evidence from a retrospective study on 264 patients. Arch Ital Urol Androl. 2015 Mar 31;87(1):8-13.
6. **Cheng N Z, Tang Z Y, Liu Y, Liu X S, Qi L (2008).** Effect of transurethral resection of prostate on quality of life in aged patients with benign prostatic hyperplasia. Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2008 Oct;33(10):975-8.
7. **Muntener M, Aellig S, Kuettel R et al (2007).** Sexual function after transurethral resection of the prostate (TURP): results of an independent prospective multicentre assessment of outcome. Eur Urol. 2007 Aug;52(2):510-5. Epub 2007 Feb 5.
8. **Trần Quán Anh (2009).** Rối loạn cương dương, Bệnh Học Giới Tính Nam, 400 – 470.
9. **Nguyễn Bửu Triều (1997**). Bệnh Học Tiết Niệu. Nhà xuất bản y học. 441 – 449.

CĂN NGUYÊN VI SINH VẬT CỦA BỆNH VIÊM PHỔI TÁI NHIỄM Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2016 – 2018

Phạm Ngọc Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số căn nguyên vi sinh vật của bệnh viêm phổi tái nhiễm ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/05/2016 – 30/04/2018. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích trên 145 bệnh nhân viêm phổi tái nhiễm (VPTN). **Kết quả nghiên cứu:** Dịch tễ học: Trẻ ≤ 12 tháng tuổi (62,1%); trẻ trai chiếm (64,1%); ở nông thôn (70,3%); VP tái nhiễm gặp nhiều vào tháng 5 và tháng 8. Căn nguyên vi khuẩn: Tỷ lệ phân lập vi khuẩn (VK) là 27,6%, VK Gram âm (65%), Gram dương (20%), Mycoplasma pneumoniae (15%); Căn nguyên virus: Tỷ lệ dương tính với virus là 60%: Rhinovirus (37,2%), Adenovirus (16,6%); Tỉ lệ bị đồng nhiễm là 20%; đồng nhiễm cả vi khuẩn và virus cao nhất 11,7%; nhiễm 2 loại virus chiếm 6,2%. **Kết luận:** Tỷ lệ phân lập vi khuẩn ở trẻ VP tái nhiễm là 27,6%, chủ yếu là VK Gram âm (65%), tỷ lệ dương tính với virus là 60%, phần lớn là Adenovirus (37,2%), tỉ lệ bị đồng nhiễm là 20%

Từ khóa: viêm phổi tái nhiễm, trẻ em, vi khuẩn, virus

SUMMARY

MICROBIOLOGICAL CAUSE OF RE-INFECTED PNEUMONIA IN CHILDREN AT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS 2016 - 2018

Objectives: To Describe some epidemiological characteristics and identify the microbiological etiology of re-infected pneumonia in children at National Hospital of Pediatrics from 01/05/2016 – 30/04/2018. **Materials and methods:** cross-sectional description with analysis of 145 patients with re-infected pneumonia (PT). **Results**: Epidemiology: Children ≤ 12 months old (62,1%); boys account for (64,1%); in rural areas (70,3%); Re-infected pneumonia is more common in May and August. Bacterial etiology: The rate of bacterial isolation (VK) is 27,6%, gram-negative bacteria (65%), Gram positive bacteria (20%), Mycoplasma pneumoniae (15%); Virus etiology: 60% positive for virus: Rhinovirus (37,2%), Adenovirus (16,6%); The rate of co-infection is 20%; bacterial and

*Bệnh viện Nhi Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Toàn
Email: ngoctoancard@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2020
Ngày duyệt bài: 8.12.2020

viral co-infection was the highest at 11,7%; infected with 2 types of viruses accounted for 6,2%. **Conclusion:** The rate of bacterial isolation in re-infected children was 27.6%, mainly bacterial negative (65%), the rate of positive for viruses was 60% was Adenovirus (37.2%), the co-infection rate is 20%

Keywords: re-infected pneumonia, children, bacteria, viruses

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi (VP) là một bệnh phổ biến trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ dưới 5 tuổi. Viêm phổi tái nhiễm là viêm phổi xảy ra trên một cá thể ít nhất 2 lần trong vòng 1 năm hoặc có bất kỳ 3 đợt VP và hình ảnh X quang tim phổi giữa các lần hoàn toàn bình thường. Viêm phổi tái nhiễm chiếm tỷ lệ 7-11,4% trong số bệnh nhân viêm phổi nhập viện. VP tái nhiễm được xác định có đến 80% các nguyên nhân do: VP do hít, suy giảm miễn dịch, tim bẩm sinh, hen phế quản, luồng trào ngược dạ dày thực quản, bất thường hệ hô hấp... Tỷ lệ các nguyên nhân này dao động tùy từng nghiên cứu và địa dư khác nhau. Để giải quyết dứt điểm tình trạng VP tái nhiễm cần xác định được nguyên nhân và tác nhân gây bệnh trực tiếp của các đợt tái nhiễm. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, tỷ lệ trẻ em bị mắc VP tái nhiễm không nhỏ, bệnh thường diễn biến nặng, tỉ lệ tử vong và biến chứng còn cao, các phương pháp điều trị chủ yếu dựa vào kinh nghiệm và sử dụng kháng sinh bao vây. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Xác định một số căn nguyên vi sinh vật của bệnh viêm phổi tái nhiễm ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/05/2016 – 30/04/2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới [1] và điều trị nội trú.
- **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Nhi Trung ương
- **Thời gian nghiên cứu:** từ 01/05/2016 đến 30/04/2018

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu được tính theo công thức

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = Hệ số tin cậy (95%).

d^2: Sai số tương đối mong muốn (0,055)

p: tỉ lệ viêm phổi tái nhiễm (0,114) [2]

Áp dụng tỷ lệ viêm phổi tái nhiễm trong số các bệnh nhân viêm phổi nhập viện theo nghiên cứu chiếm 11,4%. Độ tin cậy ở mức 95% (1-α = 0,95). Thay số ta có: n=129 bệnh nhân. Thực tế nghiên cứu thu thập được 145 bệnh nhân VP tái nhiễm.

2.3 Kỹ thuật thu thập thông tin

- **Nguyên tắc:** Các kỹ thuật nghiên cứu được tiến hành tương đồng nhằm hạn chế tối đa phát sinh các sai lệch, các yếu tố nhiễu
- **Công cụ thu thập thông tin:** Thông tin nghiên cứu được thu thập bằng bộ phiếu câu hỏi đã được thiết kế sẵn.
- **Thời điểm tiến hành nghiên cứu:** Ngay khi bệnh nhân nhập viện.

2.4 Xử lý số liệu và kỹ thuật khắc phục sai số và nhiễu

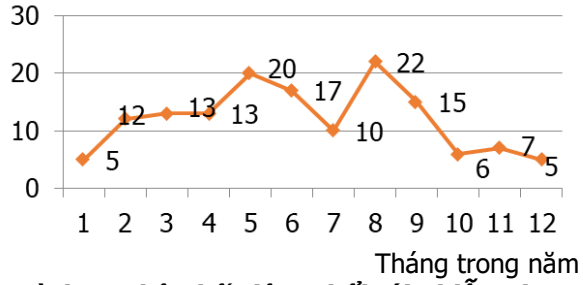
- **Nhập và phân tích số liệu:** bằng phần mềm SPSS 20.0, các test thống kê được sử dụng là Khi bình phương Pearson, Independent–sample T Test.
- **Khắc phục sai số và nhiễu:** Sử dụng sổ Y bạ hoặc giấy tờ, kết quả điều trị xét nghiệm của trẻ trước đó; bảng câu hỏi phỏng vấn sắp xếp hợp lý, dễ hiểu; thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi thu thập thông tin chính thức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

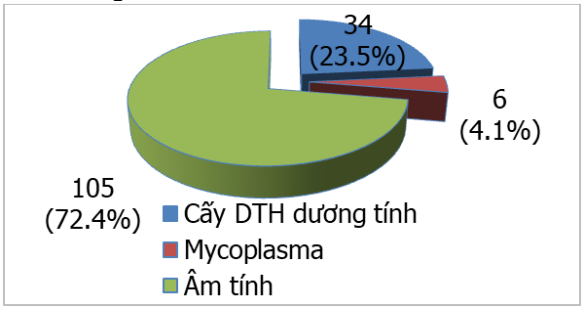
Đặc điểm		Số lượng (n =145)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi (tháng)	≤ 12 tháng	90	62,1%
	>12 tháng	55	37,9%
Giới tính	Trẻ trai	93	64,1%
	Trẻ gái	52	35,9%
Địa dư	Thành thị	43	29,7%
	Nông thôn	102	70,3%
Cân nặng khi sinh	<2500g	19	13,1%
Thời gian bú mẹ	≤ 4 tháng	37	25,5%
Tiêm chủng	Không đầy đủ	60	41,4%

Nhận xét: VP tái nhiễm tập trung chủ yếu ở nhóm trẻ ≤ 12 tháng (62,1%); trẻ trai chiếm đa số (64,1%); ở nông thôn (70,3%); có tiền sử đẻ non 11,7%; cân nặng khi sinh thấp 13,1%; tiêm chủng không đầy đủ 41,4% và bú mẹ hoàn toàn trong 4 tháng đầu chiếm 25,5%.



Hình 1. Phân bố viêm phổi tái nhiễm theo tháng trong năm

Nhận xét: VP tái nhiễm gặp nhiều vào tháng 5 và tháng 8



Hình 2. Kết quả xét nghiệm vi sinh vật

Nhận xét: Căn nguyên vi khuẩn được xác định ngay khi bệnh nhân nhập viện có 40/145 mẫu (27,6%), trong đó có 34 mẫu (23,5%) có cấy dịch tỵ hầu dương tính và có 6 BN (4,1%) dương tính với Mycoplasma (PCR)

Bảng 2. Phân bố căn nguyên virus và vi khuẩn

Chủng	Dương tính	Tỷ lệ %
- Chủng virus		
Rhinovirus	54/145	37,2%
Adenovirus	24/145	16,6%
RSV	5/145	3,4%
Cúm A	2/145	1,4%
Cúm B	0/145	0%
CMV	1/28	3,6%
EBV	1/21	4,8%
Tổng số	87	60,0%
- Vi khuẩn		
Acinerbacter baumanii	1/40	2,5%
Burkhoderia ceparia	2/40	5%
E.Coli	2/40	5%
Haemophilus Influenza	13/40	32,5%
Klebsiella pneumonia	1/40	2,5%
Pseudomonia aeruginosa	1/40	2,5%
S.aureus	3/40	7,5%
S.pneumonia	5/40	12,5%
Moraxella catarrhalis	6/40	15%
Mycoplasma pneumonia	6/40	15%

Nhận xét: Tổng số virus của trẻ viêm phổi tái nhiễm phân lập được chiếm 60%, trong đó chủ yếu là Rhinovirus 37,2%, tiếp theo Adenovirus 16,6%; các virus khác như RSV, CMV, EBV, cúm A chiếm tỷ lệ nhỏ. Vi khuẩn Gram âm chiếm 65% bao gồm (Haemophilus Influenza 13/40 (32,5%), Moraxella catarrhalis 6/40 (15%),...) vi khuẩn Gram dương chiếm 8/40 (20%) (S.aureus và S.pneumonia) ngoài ra vi khuẩn không điển hình Mycoplasma 6/40 (15%).

Bảng 3. Phân bố tỉ lệ bệnh nhân bị đồng nhiễm virus, vi khuẩn

Đặc điểm đồng nhiễm	Số lượng (n=145)	Tỷ lệ (%)
1 Virus+1Vi khuẩn	17	11,7
Nhiễm 2 virus	9	6,2
1 VK+2 virus	3	2,1
Tổng	**29**	**20,0**

Nhận xét: Bệnh nhân VP tái nhiễm bị đồng nhiễm là 20%, đồng nhiễm cả vi khuẩn và virus cao nhất 11,7%, tiếp đến nhóm nhiễm 2 loại virus chiếm 6,2%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ học: Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 11 tháng, tỉ lệ nam/nữ là 1,78; ở nông thôn (70,3%); có tiền sử đẻ non 11,7%; cân nặng khi sinh thấp 13,1%; tiêm chủng không đầy đủ 41,4% và bú mẹ hoàn toàn trong 4 tháng đầu chiếm 25,5%. Về giới tính và địa dư, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tỉ lệ sinh nam/nữ của tổng cục thống kê và nghiên cứu của Nguyễn Văn Thường có tỉ lệ trẻ suy hô hấp sống tại vùng nông thôn chiếm đa số [3]. Về tuổi, kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác so với một số nghiên cứu vì đối tượng của chúng tôi chỉ chọn giới hạn trẻ ≤ 60 tháng tuổi [4]. Về thời gian bú mẹ, có 25,5% trẻ VP tái nhiễm được bú mẹ trong thời gian dưới 4 tháng. Các tác giả cho rằng, bú mẹ không đầy đủ liên quan tới tỷ lệ tử vong do viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi (OR=1,8, 95%CI 1,2-2,7) và viêm phổi nặng ở trẻ dưới 5 tuổi (OR=2,3, 95%CI 1,4-3,9) [5]. Nguy cơ tử vong do viêm phổi trong giai đoạn trẻ nhũ nhi giảm 70% khi bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (RR=0,3, 95% CI 0,2-0,6). Về tiêm chủng, có đến 41,4% số trẻ viêm phổi tái nhiễm chưa được tiêm chủng đầy đủ theo lịch khuyến cáo của chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia. Đây cũng là con số đáng báo động có thể gây tỉ lệ các bệnh đã kiểm soát được bằng vắc xin lại bùng phát.

Về phân bố theo tháng: VP tái nhiễm trong nghiên cứu này gặp nhiều vào tháng 5 và tháng 8, đây là giao điểm của chuyển mùa từ xuân sang hè và từ thu sang đông. Nguyễn Tiến Dũng [6] cho rằng viêm phổi thường gặp quanh năm, nhưng chủ yếu tập trung nhiều nhất vào các tháng chuyển mùa tháng 4-5 và tháng 9-10. Đây cũng là tính chất đặc thù của khí hậu miền Bắc Việt Nam có sự thay đổi giữa các mùa. Trên thế giới, Tural-Kara [7] có sự phân bố theo mùa của các đợt tái nhiễm.

Căn nguyên vi khuẩn: chiếm 27,6%, trong đó nuôi cấy dịch tỵ hầu dương tính (23,5%) và 4,1% dương tính với Mycoplasma (Hình 1); Phân tích căn nguyên vi khuẩn cho thấy: Vi khuẩn Gram âm chiếm 65%, Gram dương chiếm 20%, Mycoplasma pneumoniae chiếm 15%, cụ thể vi khuẩn HI (32,5%), Moraxella catarrhalis (15%), Mycoplasma pneumoniae 15%, phế cầu 12,5%, tụ cầu 7,5%. Nghiên cứu tại Bỉ (2011) cho thấy VP tái nhiễm có 77,2% là vi khuẩn gram âm (Haemophilus Influenza (51,2%), Moraxella catarrhalis (21,1%), còn vi khuẩn gram dương chủ yếu là do Streptococcus pneumonia, Staphylococcus aureus. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thường (2008) [3], nhóm vi khuẩn gram âm là 79,4%; Phạm Thu Hiền (2008) [8] về nguyên nhân gây viêm phổi nặng tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương, các chủng vi khuẩn phân lập được chủ yếu là các vi khuẩn gram âm. Tỉ lệ vi khuẩn gram âm khác nhau giữa các nghiên cứu vì khác nhau giữa địa điểm, đối tượng chọn mẫu. Nghiên cứu này chủ yếu là nhóm trẻ nhỏ nên nổi trội là vi khuẩn gram âm, ít gặp gram dương.

Căn nguyên virus: tỷ lệ nhiễm virus viêm phổi tái nhiễm khá cao (60%), trong đó Rhinovirus chiếm 37,2%, Adenovirus 16,6%; các virus khác như RSV, CMV, EBV, cúm A chiếm tỷ lệ nhỏ. Theo Tural – Kara [7], tiến hành nghiên cứu 129 bệnh nhi, các mẫu xét nghiệm thu được trong 151 đợt viêm phổi ít nhất 1 loại virus hoặc vi khuẩn được phát hiện trong 73,5% mẫu, trong đó, tỉ lệ đồng nhiễm là 26,5%. Các tác nhân gây bệnh phổ biến nhất trong các mẫu dịch hô hấp đó là: Rhinovirus (30,5%), Adenovirus (17,2%), RSV (13,9%) và Bocavirus (7,9%); Pseudomonas aeruginosa phát hiện ở 6 mẫu nuôi cấy. Rhedin đã báo cáo tỉ lệ nhiễm RSV (32%), Rhinovirus (23%) và Metapneumovirus (23%) là các tác nhân gây bệnh phổ biến nhất, trong khi Benet và cộng sự [8] phát hiện rằng S. pneumoniae, metapneumovirus, RSV và virus cúm A là những tác nhân gây bệnh thường gặp nhất ở trẻ bị viêm phổi.

Tỉ lệ bệnh nhân VP tái nhiễm bị đồng nhiễm: Tỉ lệ bệnh nhân VP tái nhiễm bị đồng nhiễm là 20%; đồng nhiễm cả vi khuẩn và virus cao nhất 11,7%; nhiễm 2 loại virus chiếm 6,2%. Ngoài ra, trong nhóm bệnh nhân đồng nhiễm thì có 5 bệnh nhân được chẩn đoán SGMD tiên phát. Theo Nguyễn Thị Mai Thúy (2018) [10], nghiên cứu trên 90 bệnh nhi viêm phổi có (+) với adenovirus tại Khoa điều trị tích cực – bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy số bệnh nhân có đồng nhiễm là 43,3%, đồng nhiễm với CMV là 74,5%, EBV (22,2%) và đồng nhiễm với vi khuẩn là 18,9%.

V. KẾT LUẬN

- **Căn nguyên vi khuẩn:** Tỷ lệ phân lập vi khuẩn ở trẻ VP tái nhiễm là 27,6%. Phân tích căn nguyên vi khuẩn: VK Gram âm (65%), Gram dương (20%), Mycoplasma pneumoniae (15%).

- **Căn nguyên virus:** Tỷ lệ dương tính với virus là 60%: Rhinovirus (37,2%), Adenovirus (16,6%); các virus khác như RSV, CMV, EBV, cúm A chiếm tỷ lệ nhỏ.

- **Tỉ lệ bệnh nhân VP tái nhiễm bị đồng nhiễm**: là 20%; đồng nhiễm cả vi khuẩn và virus cao nhất 11,7%; nhiễm 2 loại virus chiếm 6,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization, Pneumonia,** in Pocket book of hospital care for children: guidelines for management of common childhood illnesses-2nd ed 2013. p. 80-88.
2. **Çelebi S., et al.,** Çocuklarda tekrarlayan pnömoni (Recurrent Pneumonia in Children). Çocuk Enf Derg, 2010. **4**(56-59).
3. **Thường, N.V.,** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị suy hô hấp cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Luận văn thạc sỹ y học, 2008. **Trường Đại học Y Hà Nội**.
4. **Patria F., et al.,** Clinical profile of recurrent community-acquired pneumonia in children. BMC pulmonary medicine, 2013. **13**(1): p. 60.
5. **Jackson S., et al.,** Risk factors for severe acute lower respiratory infections in children–a systematic review and meta-analysis. Croatian medical journal, 2013. **54**(2): p. 110-121.
6. **Nguyễn Tiến Dũng, Hoàng Kim Huyền, and Phan Quỳnh Lan,** Nghiên cứu dịch tễ học và sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Nhi bệnh viện Bạch mai. Công trình NCKH BV Bạch Mai (1999-2000), 2000: p. 343-352.
7. **Tural-Kara T., et al.,** Underlying Diseases and Causative Microorganisms of Recurrent Pneumonia in Children: A 13-Year Study in a University Hospital. Journal of tropical pediatrics, 2018.
8. **Hiền, P.T.,** Nghiên cứu nguyên nhân, lâm sàng, dịch tễ học viêm phổi nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi trung ương năm 2008. Tạp chí Y học thực hành, 2008. **666**(6): p. 102-103.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG LASER TRÊN MẮT GLÔCÔM GÓC ĐÓNG TIỀM TÀNG CÓ HỘI CHỨNG MỐNG MẮT PHẲNG

Đỗ Tấn[1], Nguyễn Xuân Hiệp[1], Nguyễn Đình Ngân[2], Nguyễn Thu Hương[3], Trần Tiến Đạt[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả dự phòng bằng laser ở mắt tiềm tàng có hội chứng mống mắt phẳng của bệnh nhân bị Glôcôm góc đóng cấp 1 bên. **Đối tượng và phương pháp**: Thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Mắt tiềm tàng của bệnh nhân bị glôcôm góc đóng cấp có chẩn đoán hội chứng mống mắt phẳng (MMP) trên lâm sàng và siêu âm UBM được phân bố ngẫu nhiên vào 2 nhóm can thiệp: nhóm 1: điều trị dự phòng bằng laser mống mắt chu biên (LPI) và nhóm 2: điều trị dự phòng bằng laser mống mắt chu biên kết hợp laser tạo hình mống mắt (IP). Tiêu chí đánh giá là tình trạng nhãn áp sau can thiệp và độ mở góc tiền phòng trên lâm sàng và siêu âm UBM. **Kết quả**: 70 mắt tiềm tàng (70 bệnh nhân có mắt kia bị glôcôm góc dóng cấp) có chẩn đoán hội chứng mống mắt phẳng (MMP) được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ nữ/nam = 4/1. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 60,62 tuổi (khoảng: 34 tuổi đến 86 tuổi). Tỷ lệ thành công về nhãn áp đạt 100% ở cả 2 nhóm can thiệp. Nhãn áp hạ đáng kể sau laser, nhóm 1:14,6mmHg, nhóm 2: 13,88 mmHg khác biệt rõ rệt so với nhãn áp trước laser, duy trì khá ổn định sau 12 tháng. Không có sự khác biệt về hiệu quả nhãn áp giữa 2 nhóm can thiệp. Độ mở góc tiền phòng cải thiện đáng kể sau laser tuy nhiên hiệu quả này có xu hướng giảm dần theo thời gian. Cũng không có sự khác biệt về độ mở góc trung bình trên lâm sàng (độ Shaffer) và UBM (chỉ số TIA) giữa 2 nhóm laser. Tuy nhiên, Laser phối hợp LPI + IP có hiệu quả mở góc ổn định hơn trên UBM nếu tính theo góc phần tư (p<0,05). **Kết luận**: Hiệu quả dự phòng về nhãn áp của cả 2 nhóm laser đều rất tốt sau 1 năm theo dõi. Tuy nhiên hiệu quả mở góc giảm dần theo thời gian trên lâm sàng và siêu âm. Phức hợp LPI + IP thực hiện khá đơn giản, an toàn và có thể có ưu thế hơn LPI đơn thuần nhờ cải thiện độ mở góc đều hơn trên các góc phần tư.

Từ khóa: Glôcôm góc đóng tiềm tàng, Hội chứng MMP, laser MMCB, laser tạo hình mống mắt

SUMMARY

THE PREVENTIVE EFFECT OF LASER IN PRIMARY ANGLE CLOSURE SUSPECT EYES WITH PLATEAU IRIS SYNDROME

Objectives: To evaluate the preventive effective of laser in primary angle closure suspect eyes (PACS) with plateau iris (PI) syndrome from unilateral acute primary angle closure glaucoma. **Patients and methods:** This study was designed as a randomized clinical trial. The PACS eyes from unilateral PACG patients diagnosed with PI on clinical gonioscopy and UBM were randomly allocated into 2 groups: group 1: treated with laser peripheral iridotomy (LPI) and group 2: treated with LPI and peripheral iridoplasty (IP). The primary outcomes were IOP control and angle opening after the interventions. **Results:** 70 unaffected eyes (from 70 patients with unilateral acute PACG) with PI were eligible. Female/male ratio was 4/1. Mean age was 60.62 years old (range, 34 – 86 years old). The complete IOP control rate was 100% in both groups after 1 year follow up. Mean IOP was reduced significantly after laser and maintained throughout 1 year of follow up (group 1: 14.6 mmHg, Group 2: 13.88 mmHg – there was no significant difference between 2 groups). Angle opening was also significantly improved but tended to decrease over time. Although there was also no significant difference in mean angle opening on gonioscopy (Shaffer grade and UBM (TIA parameter) between 2 groups, group 2 seemed to get more stable angle opening on all 4 quadrants (p< 0.05). **Conclusion**: The preventive effect of laser treatment was very good in both groups after 1 year follow up. However, this effect tended to decrease over time on gonioscopy and UBM. The combination of LPI and IP was safe, simple and potentially had some advantage over LPI alone in term of angle opening in each quadrant.

Key words: Primary angle closure Glaucoma, plateau iris, LPI, Iridoplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Laser cắt mống mắt chu biên bằng laser YAG đã được Robin Al và Pollack IP đưa vào sử dụng trong lâm sàng để điều trị glôcôm góc đóng từ những năm 1984. Từ đó đến nay phương pháp này được coi là lựa chọn hàng đầu trong điều trị dự phòng mắt glôcôm góc đóng tiềm tàng. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng, mặc dù laser cắt mống mắt chu biên rất có hiệu quả trong điều trị dự phòng glôcôm góc đóng nguyên phát hình thái nghẽn đồng tử, tuy nhiên hiệu quả này lại rất thấp với hình thái mống mắt phẳng [1]. Laser tạo hình mống mắt (Laser Iridoplasty) hay còn gọi là laser tạo hình góc tiền phòng (laser gonioplasty) đã được tác giả Krasnov giới thiệu từ năm 1972. Phương pháp này thường được chỉ định trong điều trị hỗ trợ các trường hợp glôcôm

[1]*Bệnh Viện Mắt Trung Ương*
[2]*Khoa Mắt, Bệnh Viện Quân Y 103*
[3]*Bệnh Viện Mắt Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn
Email: dotan20042005@yahoo.com
Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020
Ngày duyệt bài: 3.12.2020

góc đóng cấp. Gần đây người ta thấy rằng phương pháp này đặc biệt có ý nghĩa trong điều trị glôcôm hình thái mống mắt phẳng.

Nhằm có cái nhìn tổng quan về vai trò của laser tạo hình mống mắt trong điều trị dự phòng glôcôm góc đóng nguyên phát có hình thái mống mắt phẳng, chúng tôi tiến hành một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng giữa hai nhóm Laser cắt mống mắt chu biên đơn thuần và laser cắt mống mắt chu biên kết hợp với laser tạo hình mống mắt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh Viện Mắt Trung Ương, Bệnh Viện Mắt Hà Đông và Khoa Mắt Bệnh Viện Quân Y 103 từ tháng 05/2018 đến tháng 7/2020.

Đối tượng lựa chọn bệnh nhân: Đối tượng của chúng tôi là những mắt tiềm tàng của bệnh nhân đã có một mắt được chẩn đoán là glôcôm góc đóng nguyên phát cấp đến khám và điều trị tại 3 cơ sở chuyên khoa mắt nói trên.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Mắt được nghiên cứu là mắt Glôcôm góc đóng tiềm tàng có hội chứng mống mắt phẳng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang có các bệnh ở bán phần trước: viêm kết mạc, viêm loét giác mạc, viêm màng bồ đào, đục TTT căng phồng, bệnh nội mô giác mạc mống mắt, nang thể mi…
- Mắt có tiền sử chấn thương, phẫu thuật nội nhãn, bệnh lý dịch kính võng mạc…
- Bệnh nhân không đủ điều kiện sức khỏe để tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc bỏ nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu:

$$n = \frac{\left[Z\left|\ \left|1-\frac{\alpha}{2}+Z_{1-\beta}\right]^2 x(p_1q_1+p_2q_2)\right.}$$

Trong đó: α là sai số loại 1, lấy α = 0,05

β là sai số loại 2, lấy β = 0,2

p1: tỷ lệ thành công của nghiên cứu 1 (40%) p2: tỷ lệ thành công của nghiên cứu 2 (80%) q1 = 1 – p1; q2 = 1 – p2

Từ đó ta tính được cỡ mẫu n ≥ 27 mắt. Chúng tôi lấy tối thiểu 60 mắt chia làm 2 nhóm.

Cách thức tiến hành: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Bệnh nhân sau khi thỏa mãn điều kiện lựa chọn sẽ được phân bổ ngẫu nhiên vào 2 nhóm can thiệp: nhóm 1: laser mống mắt chu biên (LPI) đơn thuần và nhóm 2: kết hợp laser LPI và laser tạo hình chân mống mắt (IP).

Tất các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được thăm khám lâm sàng toàn diện ghi nhận các triệu chứng cơ năng và dấu hiệu thực thể. Nhãn áp được đo bằng nhãn áp kế Goldmann, bệnh nhân được làm thị trường để xác định giai đoạn bệnh Glôcôm. Mắt nghiên cứu được đánh giá góc tiền phòng trên cả soi góc thường và soi góc có ấn. Kết hợp với lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh trên UBM trước khi điều trị để chẩn đoán xác định hình thái mống mắt phẳng theo tiêu chuẩn của Svend Vedel Kessing - John Thygesen (2007) [2]. Bệnh nhân được tiến hành laser cắt mống mắt chu biên bởi máy Laser YAG. Bệnh nhân nhóm 2 được phối hợp với laser tạo hình chân mống mắt bằng máy laser 532. Sau laser, bệnh nhân được khám và theo dõi tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Tất cả các mắt nghiên cứu được soi góc lại tại các thời điểm: 1 tháng và 12 tháng. Mắt nghiên cứu được làm UBM tại các thời điểm 6 tháng và 12 tháng Các đặc điểm về nhãn áp, thị lực, đặc điểm soi góc tiền phòng và siêu âm UBM được thu thập nhằm đánh giá hiệu quả dự phòng điều trị LPI so sánh với laser kết hợp LPI + IP.

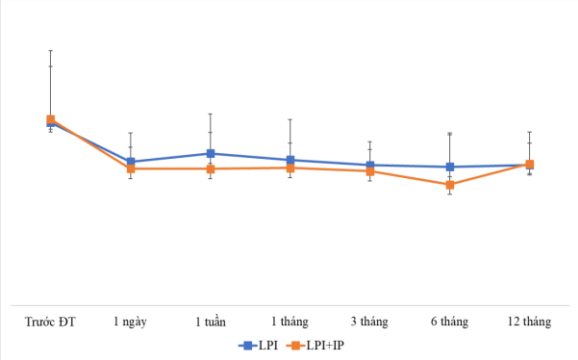
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 70 mắt của 70 bệnh nhân, tất cả các mắt nghiên cứu đều được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm điều trị: nhóm 1 LPI đơn thuần (37 mắt) và nhóm 2 kết hợp LPI với IP (33 mắt). Trong 70 bệnh nhân, có 56 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 80%, cao hơn nhiều so với 14 nam giới chiếm tỷ lệ 20%. Tỷ lệ nữ/nam = 4/1. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 60,62 tuổi (khoảng 34 tuổi đến 86 tuổi). Số lượng bệnh nhân tập trung đông nhất vào nhóm trên 60 tuổi chiếm 57,1%, có 32,9% bệnh nhân ở nhóm tuổi từ 50 – 59 tuổi, nhóm bệnh nhân từ 40 – 49 tuổi chiếm 5,7% và nhóm dưới 40 tuổi đều có 3 bệnh nhân chiếm 4,3%. Trong cả 2 nhóm nghiên cứu, đại đa số bệnh nhân đều có thị lực từ 20/80 trở lên với tỷ lệ ở nhóm 1 là 70,2% và nhóm 2 là 75,7%. Trong đó có rất ít mắt nghiên cứu có thị lực ở mức dưới ĐNT 3m. Mức thị lực trung bình của nhóm 1 quy đổi theo bảng Logmar đạt 0,48, kết quả này ở nhóm 2 là 0,47. Sự khác biệt về đặc điểm thị lực ở 2 nhóm là rất nhỏ và không có giá trị thống kê. Cả 2 nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều có nhãn áp trước điều trị nằm trong giới hạn bình thường. Trong đó: nhóm 1 có tỷ lệ nhãn áp

trung bình theo thống kê là 18,59mmHg, kết quả này ở nhóm 2 là 18,91 mmHg. Sự khác biệt về đặc điểm nhãn áp giữa 2 nhóm cũng không có ý nghĩa thống kê.

Tại thời điểm sau khi laser LPI 1 ngày: nhãn áp có xu hướng giảm nhiều ở cả 2 nhóm, trong đó: nhóm 1 có nhãn áp sau laser trung bình là 14,6mmHg, nhóm 2 có nhãn áp trung bình là 13,88 mmHg, sự thay đổi nhãn áp so với thời điểm trước laser của cả 2 nhóm là rất lớn và rất có ý nghĩa về mặt thống kê với p<0,01. Tại các thời điểm theo dõi tiếp theo, nhãn áp có xu hướng ổn định, với mức dao động nhỏ trong cả 2 nhóm, và không có sự khác biệt về mặt thống kê so với thời điểm 1 ngày sau laser.

So sánh về nhãn áp trung bình giữa 2 nhóm điều trị trong cùng một thời điểm theo dõi chúng tôi thu được kết quả: Tại các thời điểm theo dõi tiếp theo, sau khi đã được điều trị dự phòng laser, nhãn áp trung bình của nhóm 2 có xu hướng thấp hơn nhóm 1, đặc biệt là ở tháng 6, mức chênh lệch trung bình là 1,77 mmHg, tuy nhiên sự chênh lệch nhãn áp ở 2 nhóm này đều không có giá trị thống kê. Tuy nhiên tại thời điểm tháng thứ 12, nhãn áp của cả 2 nhóm tương đối bằng nhau với chênh lệch rất nhỏ. Sự thay đổi của nhãn áp theo thời gian ở cả 2 nhóm được minh họa rõ qua biểu đồ sau:



Biểu đồ 1. Theo dõi nhãn áp của 2 nhóm nghiên cứu

Trong cả 2 nhóm nghiên cứu, tại các thời điểm theo dõi, 100% mắt nghiên cứu có mức nhãn áp thấp dưới 22mmHg mà không cần phải sử dụng thêm bất kỳ thuốc hạ nhãn áp, tương ứng với mức độ thành công tuyệt đối đạt 100% bệnh nhân. Không có sự khác biệt về mặt kết quả điều trị nhãn áp giữa 2 nhóm. Tương tự như vậy, cũng không có sự khác biệt về kết quả thị lực và thị trường giữa 2 nhóm nghiên cứu sau 1 năm theo dõi.

Đánh giá kết quả soi góc ở nhóm nghiên cứu 1: Tại thời điểm trước laser, các mắt trong nhóm 1 có góc tiền phòng rất hẹp với 40.6 % góc rất hẹp (độ 1) hoặc đóng toàn bộ (độ 0), 34,1% số góc ở mức hẹp (độ 2) và chỉ có 29.6 % số góc tiền phòng mở (độ 3 và 4). Thời điểm sau 1 tháng laser, số góc tiền phòng đóng hoặc rất hẹp quan sát được trên soi góc chiếm 33,9%, trong khi đó số góc tiền phòng ở mức hẹp chiếm 49%, và số góc tiền phòng mở chỉ chiếm đến 17,2%. Tương tự tại thời điểm 12 tháng sau laser, số lượng góc tiền phòng ở mức phân loại đóng hoặc rất hẹp chiếm 37,4%, số góc tiền phòng hẹp chiếm 54,9% và còn lại là số góc tiền phòng mở chiếm 7,7%.

Đánh giá kết quả soi góc ở nhóm nghiên cứu 2: Tại thời điểm trước laser, các mắt trong nhóm 1 có góc tiền phòng khá hẹp với 23,8% góc rất hẹp (độ 1) hoặc đóng toàn bộ (độ 0), 34,5% số góc ở mức hẹp (độ 2) và chỉ có 21.9 % số góc tiền phòng mở (độ 3 và 4). Thời điểm sau 1 tháng laser, số góc tiền phòng đóng hoặc rất hẹp quan sát được trên soi góc chiếm 43%, trong khi đó số góc tiền phòng ở mức hẹp chiếm 39.1%, và số góc tiền phòng mở chỉ chiếm đến 18.1%. Tương tự tại thời điểm 12 tháng sau laser, số lượng góc tiền phòng ở mức phân loại đóng hoặc rất hẹp chiếm 39.1%, số góc tiền phòng hẹp chiếm 49.2% và còn lại là số góc tiền phòng mở chiếm 11.8%.

Để đánh giá mức độ biến đổi độ mở của góc tiền phòng trước và sau laser của 2 nhóm nghiên cứu chúng tôi có bảng kết quả:

Bảng 1. Biến đổi độ mở trung bình góc tiền phòng trên soi góc

	Trước ĐT	**1 tháng**	**12 tháng**
LPI	1,50±0,68	1,79±0,70	1,62±0,57
LPI + IP	1,23±0,80	1,73±0,84	1,65±0,66
P1	0,13	0,39	0,87
P2		0,06	0,14
P3		0,02	0,66

P1: so sánh trung bình độ mở góc giữa 2 nhóm: LPI và LPI + IP tại cùng thời điểm.

P2: so sánh trung bình độ mở góc giữa 2 lần điều trị liên tiếp nhau trong nhóm LPI

P3: so sánh trung bình độ mở góc giữa 2 lần điều trị liên tiếp nhau trong nhóm LPI + IP

Đối với các mắt nghiên cứu trong nhóm 1: độ mở góc tiền phòng trung bình có xu hướng tăng ở thời điểm 1 tháng sau laser, tuy nhiên tại thời điểm 12 tháng, độ mở góc lại có xu hướng giảm dần. Sự khác biệt không có ý nghĩa về mặt thống kê.

Đối với các mắt nghiên cứu trong nhóm 2: độ mở góc tiền phòng rất thấp tại thời điểm trước laser, tại thời điểm 1 tháng, độ mở góc tiền phòng quan sát được trên soi góc tăng mạnh với

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tại thời điểm 12 tháng độ mở góc có xu hướng giảm nhẹ.

So sánh độ mở góc tiền phòng giữa 2 nhóm nghiên cứu trong cùng một thời điểm chúng tôi nhận thấy không có sự khac biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Sự không khác biệt về độ mở góc trên soi góc lâm sàng cũng được khẳng định trên UBM thể hiện qua thống số độ mở góc TIA. Trong nhóm nghiên cứu 1: độ mở góc tiền phòng trước điều trị rất thấp, với trung bình đo được chỉ có 2,76±4,87°, tương ứng với gần như các góc tiền phòng đóng toàn bộ. Tại thời điểm 6 tháng sau Laser, độ mở góc tiền phòng tăng lên với trung bình đo được là 11,96±14,40°, mức tăng là 11,95±14,40°. Tại thời điểm 12 tháng sau điều trị, độ mở góc giảm đi nhiều với trung bình độ mở góc đo được chỉ đạt 7,44±6,70°. Tuy nhiên khi kiểm định bằng các so sánh thống kê chúng tôi thu được kết quả sự thay đổi nhãn áp này tại các thời điểm là không có giá trị thống kê. Trong nhóm nghiên cứu 2: độ mở góc trung bình thời điểm trước laser đo được là 6,20±7,56°, Sau laser 1 tuần độ mở góc tăng lên đạt mức trung bình 13,31±0,46°. Thời điểm 12 tháng sau laser độ mở góc đo được là 5,53°. Kiểm định thống kê cũng cho kết quả không có sự khác biệt. Thời điểm 6 tháng sau laser, mặc dù trung bình độ mở góc là không có sự khác biệt đáng kể. Nhưng chúng tôi nhận thấy là sự chệnh lệch độ mở góc giữa các mắt nghiên cứu đo được ở nhóm 1 là rất lớn, trong khi đó ở nhóm 2, sự chênh lệch này là gần như không đáng kể. Kết quả này thể hiện thông qua phương sai của giá trị trung bình độ mở góc thời điểm 6 tháng của nhóm 1 (14,40) cao hơn rất nhiều so với nhóm 2 (0,46). Để quan sát kỹ hơn sự khác biệt này, chúng tôi chia độ mở góc thành 2 nhóm <10° và trên 10° và nhận thấy mặc dù trung bình không khác biệt nhưng nhóm LPI + IP có độ mở góc đều và ổn định hơn, trong khi đó nhóm LPI đơn thuần có nhiều góc phần tư còn rất hẹp chiếm tỷ lệ 50% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Biến đổi độ mở góc tiền phòng trên UBM

	Trước ĐT	**Sau laser 6 tháng**			**Sau laser 12 tháng**	
		Trung bình	Hiệu thay đổi	P2	Trung bình	Hiệu thay đổi
LPI	2,76 ±4,87	11,96 ±14,40	11,95±14,40	0,25	7,44±6,70	7,44 ±6,70
LPI+ IP	6,20 ±7,56	13,31±0,46	10,89±2,22	0,25	5,53	2,18
P1	0,03	0,29			>0,05	

P1: kiểm định khác biệt giữa 2 nhóm

P2: kiểm định khác biệt giữa tháng 12 và tháng 6

Cả 2 phương pháp laser đều khá an toàn với tỷ lệ biến chứng thất, thoáng qua. Ở nhóm nghiên cứu 1: tại thời điểm laser và sau laser 1 ngày có 4 mắt quan sát thấy biến chứng. Trong đó bao gồm có 1 mắt bỏng nội mô và 3 mắt có xuất huyết tiền phòng và mống mắt nhẹ chiếm. Không quan sát thấy các biến chứng khác. Ở nhóm nghiên cứu 2: có 6 mắt có biến chứng, trong đó có 2 mắt bỏng nội mô giác mạc, 3 mắt xuất huyết tiền phòng và có 1 mắt có phản ứng màng bồ đào nhẹ sau laser 1 ngày. Tất cả các biến chứng này đều đáp ứng tốt với điều trị và không để lại di chứng.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá kết quả điều trị dựa vào nhãn áp trong thời gian theo dõi 1 năm, 100% bệnh nhân trong nhóm cả 2 nhóm nghiên cứu của chúng tôi đạt mức điều trị thành công tuyệt đối, tức là 100% bệnh nhân đều có mức nhãn áp dưới 22mmHg mà không cần dùng thêm bất kỳ thuốc hạ nhãn áp nào. Sau laser (LPI đơn thuần hoặc LPI kết hợp IP) đều cho thấy hiệu quả dự phòng tương đối tốt thể hiện qua trị số nhãn áp trung bình hạ đáng kể ở tất cả các thời điểm theo dõi ($p<0,01$) và không có trường hợp nào xuất hiện tăng nhãn áp.

So sánh về nhãn áp trung bình giữa 2 nhóm điều trị trong cùng một thời điểm theo dõi chúng tôi thu được kết quả: Tại thời điểm trươc điều trị, cả 2 nhóm đều có mức nhãn áp trung bình tương đối bằng nhau, nhãn áp trung bình của nhóm 2 cao hơn nhóm 1 một chút, tuy nhiên sự khác biệt này là nhỏ và không có ý nghĩa thống kê. Tại các thời điểm theo dõi tiếp theo, sau khi đã được điều trị dự phòng laser, nhãn áp trung bình của nhóm 2 có xu hướng thấp hơn nhóm 1, đặc biệt là ở tháng 6, mức chênh lệch trung bình là 1,77 mmHg, tuy nhiên sự chênh lệch nhãn áp ở 2 nhóm này đều không có giá trị thống kê. Tại thời điểm tháng thứ 12, nhãn áp của cả 2 nhóm tương đối bằng nhau gần như không có sự chênh lệch. Có thể thấy rằng hiệu quả về mặt điều trị hạ nhãn áp của nhóm 2 kết hợp cả 2 phương pháp laser có thể cao hơn 1 chút so với nhóm 1 chỉ có laser LPI đơn thuần. Tuy nhiên có thể do số lượng nghiên cứu còn nhỏ nên chưa

thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy mặt dù điều trị dự phòng hình thái mống mắt phẳng với laser LPI kết hợp IP là đúng cơ chế, tuy nhiên vẫn cần phải theo dõi lâu dài thêm để phát hiện được sự khác biệt so với laser LPI đơn thuần về khả năng dự phòng. Kết quả nhãn áp trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là khá tương đồng so với kết quả của tác giả trong nước như Nguyễn Thị Thu Hiền 2013 [3] và Trần Tiến Đạt 2014 [4], cả hai tác giả này đều ghi nhận không có trường hợp nào tăng nhãn áp sảy ra sau khi laser điều trị dự phòng trên nhóm bệnh nhân glôcôm góc đóng tiềm tàng. Trên thế giới, theo như báo cáo của tác giả Tin Aung, trong một nghiên cứu đánh giá hiệu quả lâu dài của laser LPI trên mắt glôcôm góc đóng, tác giả nhận thấy rằng chỉ có 8,8% trường hợp có tăng nhãn áp sau 50 tháng theo dõi [5] . Mặc dù tác giả không phân rõ các hình thái của glôcôm góc đóng có hay không bao gồm mống mắt phẳng, tuy nhiên có thể thấy rằng hiệu quả về mặt dự phòng tăng nhãn áp của laser LPI đơn thuần cũng là rất tốt và việc áp dụng phối hợp cả LPI và IP chưa thể hiện được sự khác biệt rõ rệt trong vai trò dự phòng tăng nhãn áp. Chúng tôi nghĩ cần phải mở rộng nghiên cứu với số lượng lớn và thời gian dài hơn để có những câu trả lời chính xác hơn về vai trò phụ trợ thêm của laser IP.

Độ mở góc tiền phòng trên soi góc trực tiếp là rất rõ rệt sau điều trị dự phòng tuy nhiên có xu hướng giảm dần theo thời gian. Cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm điều trị. Lý giải điều này chúng tôi cho rằng trong cả 2 nhóm điều trị, tại thời điểm 6 tháng cả 2 nhóm đều có độ mở góc tiền phòng tăng lên khá lớn, tuy nhiên có thể do số lượng nghiên cứu còn nhỏ nên khi kiểm định so sánh sự khác biệt độ mở góc giữa 2 thời điểm không thu được kết quả khác biệt có ý nghĩa thống kê Tại thời điểm tháng thứ 12 sau laser, cả 2 nhóm nghiên cứu đều có độ mở góc giảm dần về gần với thời điểm trước khi tiến hành laser, nguyên nhân có thể do sự tiến triển của đục thủy tinh thể làm tiền phòng có xu hướng hẹp dần và vai trò của Laser LPI cũng suy giảm dần theo thời gian. Điều này cũng cảnh báo hiệu quả dự phòng của laser sẽ giảm dần theo thời gian và việc theo dõi định kỳ là rất quan trọng để phát hiện các trường hợp chuyển từ tiềm tàng sang góc đóng thật sự kèm theo tăng nhãn áp [6].

Tương tự như trên soi góc, trên UBM cũng không thấy sự khác biệt về độ mở góc trung bình giữa 2 nhóm điều trị. Tuy nhiên nếu phân tích sâu hơn, độ mở góc nhóm LPI + IP đồng đều và ổn định hơn có thể là 1 tiền đề cho hiệu quả dự phòng lâu dài hơn. Một lý giải nữa cho sự ít khác biệt về giải phẫu này là có thể nhóm mắt tiềm tàng có MMP này có cơ chế góc đóng hỗn hợp (kết hợp cả MMP và yếu tố NĐT) dẫn đến LPI đơn thuần cũng có tác dụng nhất định. Điều này phù hợp với nhận xét của Trần Tiến Đạt năm 2014 qua đó thấy rõ vai trò của LPI như một test chẩn đoán của hội chứng MMP [4].

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả dự phòng của cả 2 nhóm laser đều rất tốt. 100% các bệnh nhân đều có nhãn áp ổn định sau 1 năm theo dõi. Điều trị dự phòng bằng laser cắt mống mắt chu biên đơn thuần hay phối hợp với laser tạo hình mống mắt không có sự khác biệt rõ rệt về hiệu quả nhãn áp và độ mở góc đối với nhóm glôcôm góc đóng nguyên phát có hình thái mống mắt phẳng. Tuy nhiên nhóm laser phối hợp LPI và IP có hiệu quả mở góc đồng đều và ổn định hơn nhóm laser đơn thuần (tính theo chỉ số TIA) và đây có thể là tiền đề cho hiệu quả dự phòng lâu dài hơn. Phức hợp LPI + IP thực hiện khá đơn giản và an toàn. Cần có sự theo dõi lâu dài và đầy đủ hơn để đánh giá chính xác hơn vai trò của phức hợp laser này trên mắt tiềm tàng của bệnh nhân cơn cấp, có hội chứng mống mắt phẳng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stieger R, Kniestedt C, Sutter F, Bachmann LM, Stuermer J (2007)** Prevalence of plateau iris syndrome in young patients with recurrent angle closure, Clin Experiment Ophthalmol, pp 409 – 413.
2. **Kessing SV and Thygesen J (2007),** Main groups and subclassification of primary angle closure, Primary angle closure and angle closure glaucoma, pp 49 – 53.
3. **Nguyễn Thị Thu Hiền (2012),** Ứng dụng máy siêu âm sinh hiển vi đánh giá sự thay đổi bán phần trước nhãn cầu sau laser cắt mống mắt chu biên điều trị dự phòng Glôcôm góc đóng nguyên phát, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Trần Tiến Đạt và Đào Thị Lâm Hường (2014),** Chẩn đoán hình thái glôcôm góc đóng nguyên phát giai đoạn tiềm tàng trước và sau laser cắt mống mắt chu biên bằng siêu âm UBM, Luận Văn Bác Sỹ Nội Trú, Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. **L P Ang, T Aung, P T Chew (2000).** Acute primary angle closure in an Asian population: long-term outcome of the fellow eye after prophylactic laser peripheral iridotomy. Ophthalmology 2000 Nov; 107(11):2092-6. doi: 10.1016/s0161-6420 (00) 00360-2.
6. **Liwan, He M, Friedman DS, Ge J (2007),** Laser peripheral iridotomy in eyes with narrow drainage angles: ultrasound biomicroscopy Outcomes, Ophthalmology 2007, pp 1513–9.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG MẮT Ở BỆNH NHÂN DỊ ỨNG CARBAMAZEPIN VÀ ALLOPURINOL CÓ HỘI CHỨNG STEVEN –JOHNSON VÀ LYELL

Nguyễn Minh Hoàng[1], Hoàng Thị Lâm[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân dị ứng carbamazepin và allopurinol có hội chứng Steven-johnson (SJS) và Lyell (Toxic epidermal necrolysis – TEN). **Phương pháp nghiên cứu**: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 45 bệnh nhân dị ứng carbamazepin và allopurinol có hội chứng SJS và TEN điều trị tại Trung Tâm Dị Ứng Miễn Dịch Lâm Sàng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2019 đến tháng 7/2020. **Kết quả**: Các triệu chứng cơ năng của tổn thương mắt hay gặp ở bệnh nhân: đỏ mắt 84,4%, chảy nước mắt 73,3%, sợ ánh sáng 55,6%, ngứa mắt 53,3%. Tổn thương mắt thực thể hay gặp ở bệnh nhân: cương tụ xung huyết 82,2%, viêm tuyến bờ mi 80,0%, màng hoặc giả mạc 57,8%, dính mi cầu 53,3%, biến dạng mi mắt 35,6%. **Kết luận**: Tổn thương mắt là một tổn thương gặp ở bệnh nhân SJS và TEN với tỉ lệ rất cao.Các biểu hiện lâm sàng về tổn thương mắt rất đa dạng, cần phát hiện sớm và can thiệp kịp thời để tránh các tổn thương mạn tính về sau.

Từ khóa: Dị ứng thuốc, Steven-johnson, Lyell, tổn thương mắt, carbamazepin, allopurinol.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF EYE DAMAGE IN PATIENS WITH STEVENS-JOHNSON AND LYELL SYNDROMES CAUSED OF CARBAMAZEPIN AND ALLOPURINOL ALLERY

Objectives: This study was described the features of eye injuries in patients with carbamazepin and allopurinol allergy who have Steven-johnson (SJS) syndrome and Lyell syndrome (Toxic epidermal necrolysis–TEN). **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 45 carbamazepin and allopurinol allergy patients with SJS and TEN syndrome treated at the center of Allergology and Clinical Immunology, Bach Mai hospital from July 2019 to July 2020. **Results:** The most common functional symptoms of eye damage in patients were: red eye 84.4%, watery eye 73.3%, photophobia 55.6%, eye itching 53.3%. The most common physical symptoms of eye damage in patients were: congestion of congestion 82.2%, blepharitis 80.0%, pseudomembrane 57.8%, eyelid adhesion 53.3%, deformed eyelid 35.6%. **Conclusion:** Eye damage is a common injury in SJS and TEN patients with a very high incidence. The clinical manifestations of eye damage are very diverse, requiring early detection and timely intervention to avoid chronic injury in the future.

Key words: Drug allergy, Steven-johnson, Lyell, eye damage, carbamazepin, allopurinol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị ứng thuốc luôn là vấn đề được quan tâm trong lĩnh vực y tế ở nước ta cũng như nhiều nước trên thế giới. Hiện nay, khi thuốc điều trị ngày càng phát triển thì tỉ lệ dị ứng thuốc ngày một gia tăng gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng thậm chí tử vong cho người bệnh.

Dị ứng thuốc có nhiều thể với biểu hiện lâm sàng khác nhau. Trong đó, hội chứng Lyell (hoại tử thượng bì nhiễm độc-Toxic Epidermal Necrolysis - TEN) và hội chứng Stevens-johnson (SJS) là hai hội chứng gây tổn thương da và niêm mạc nặng. Tần suất mắc hội chứng này trong dân số khá ít khoảng 2-7/1.000.000 dân số, nhưng tỉ lệ tử vong cao [1].

Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng các gen HLA – B 5801 và HLA-B 1502 có liên quan chặt chẽ với SJS và TEN. Người mang gen HLA-B1502 có nguy cơ cao bị SJS và TEN do carbamazepin còn những người mang gen HLA-B 5801 nguy cơ cao bị SJS và TEN do allopurinol [2, 3]. Các thuốc gây SJS và TEN nhiều nhất là kháng sinh, các thuốc chống động kinh, các thuốc kháng viêm không steroid, allopurinol… Hội chứng SJS và TEN có nguyên nhân và cơ chế giống nhau. Các trường hợp tổn thương bóc tách thượng bì < 10% được phân loại là hội chứng SJS, tổn thương bóc tách thượng bì > 30% được xếp vào hội chứng TEN, các trường hợp từ 10-30% được xếp là hội chứng chồng chéo SJS/TEN.

Thương tổn điển hình trong hội chứng SJS và TEN là ban đỏ toàn thân, bóc tách thượng bì và loét các hốc tự nhiên. Trong số đó, tổn thương mắt là một biến chứng nghiêm trọng, nếu không được phát hiện và điều trị sớm có thể dẫn đến mù lòa. Di chứng do tổn thương mắt để lại như: Khô mắt, bỏng giác mạc khi tiếp xúc ánh sáng, sẹo giác mạc, loét giác mạc, quặm, lông xiêu … ảnh hưởng nhiều đến thị lực và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài *"Đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân dị ứng carbamazepin và allopurinol có hội chứng Steven-johnson và Lyell".*

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội,*
[2]*Bệnh viện E*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hoàng
Email: minhhoang.yhn@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 2.12.2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 45 bệnh nhân SJS,TEN do dị ứng carbamazepin và allopurinol được chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Dị ứng – Miễn dịch Lâm sàng, bệnh viện Bạch Mai. Tiêu chuẩn lựa chọn của chúng tôi là các bệnh nhân được chẩn đoán SJS, TEN dựa trên triệu chứng lâm sàng: tổn thương da liên quan đến tiền sử sử dụng thuốc carbamazepin hoặc allopurinol; có hồng ban, bọng nước trên da nicolsky (+); loét niêm hốc tự nhiên từ 2 vị trí trở lên.

2.2. Thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ tháng 7/2019 đến tháng7/2020.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứumô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Các bệnh nhân có tổn thương mắt sẽ được khám tại: Khoa Mắt – Bệnh viện Bạch Mai.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được nhập, quản lý và xử lý số bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, kiểm định "Khi bình phương".

2.5. Đạo đức nghiên cứu trong y học: Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học trước khi triển khai. Đối tượng được thông báo rõ mục đích nghiên cứu, giải thích rõ về việc tham gia trên tinh thần tự nguyện. Chỉ những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu mới được đưa vào nghiên cứu. Các đối tượng tham gia có quyền rút lui tại bất cứ thời điểm nào và từ chối trả lời bất cứ câu hỏi nào của nghiên cứu mà không bị phân biệt đối xử.

Các thông tin cá nhân thu thập được mã hoá khi nhập vào máy tính và được giữ bí mật, chỉ nhóm nghiên cứu được tiếp cận với các thông tin và số liệu của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

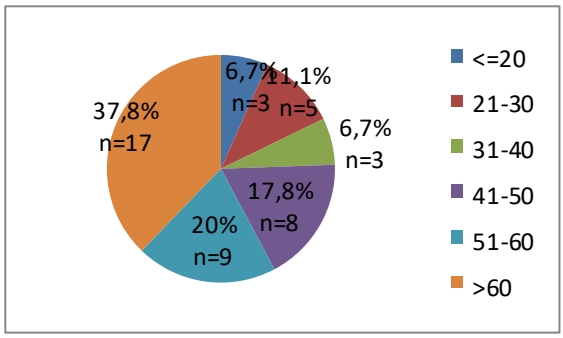
3.1. Phân bố theo giới và thuốc gây dị ứng

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới và thuốc gây dị ứng

Giới	Số bệnh nhân dị ứng thuốc		Tổng	Tỉ lệ %
	Carbamazepin	Allopurinol		
Nam	7	19	26	57,8%
Nữ	15	4	19	42,2%

Nhận xét: Nghiên cứu có 26 bệnh nhân nam và 19 bệnh nhân nữ. Tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p < 0.001 theo kiểm định khi bình phương. Tuy nhiên khi xét riêng trên từng thuốc gây dị ứng, với carbamazepin tỉ lệ nam : nữ xấp xỉ 1:2 và với allopurinol tỉ lệ nam : nữ xấp xỉ 5:1

3.2. Tuổi



Biểu đồ 3.1. *Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi*

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là trên 60 tuổi với tỷ lệ 37,8%. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 18 tuổi, bệnh nhân nhiều tuổi nhất 97 tuổi. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 53.09 ± 20.51 tuổi.

3.3. Các thể lâm sàng

Bảng 3.2. Các hội chứng lâm sàng

Thể lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
SJS (tổn thương da thượng bì < 10%)	22	48,9%
SJS/TEN (tổn thương da thượng bì 10 – 30%)	6	13,3%
TEN (tổn thương da thượng bì > 30%)	17	37,8%

Nhận xét: Trong 45 bệnh nhân nghiên cứu, có 25 bệnh nhân SJS (28,9%), 6 bệnh nhân hội chứng chồng chéo SJS/TEN 13,3%, 17 bệnh nhân TEN (37,8%). Như vậy, bệnh nhân SJS chiếm tỉ lệ cao nhất.

3.4. Tổn thương mắt

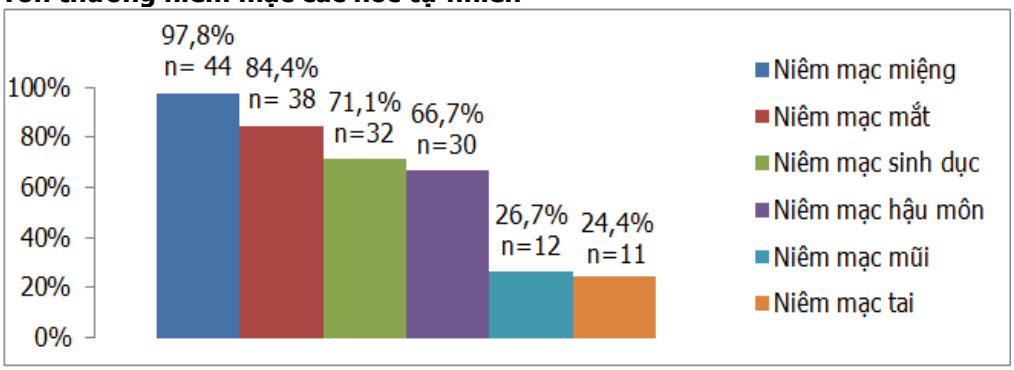
Bảng 3.4. Những biểu hiện lâm sàng tổn thương mắt ở bệnh nhân

TT	Biểu hiện lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
1	Ngứa mắt	24	53,3%
2	Đỏ mắt	38	84,4%
3	Chảy nước mắt	33	73,3%
4	Sợ ánh sáng	25	55,6%
5	Tiết tố nhầy	29	64,4%
6	Màng hoặc giả mạc	26	57,8%

7	Viêm tuyến bờ mi	36	80,0%
8	Cương tụ xung huyết	37	82,2%
9	Biến dạng mi mắt	16	35,6%
10	Dính mi cầu	24	53,3%

Nhận xét: Các triệu chứng tổn thương mắt cơ năng hay gặp ở bệnh nhân: đỏ mắt 84,4%, chảy nước mắt 73,3%, sợ ánh sáng 55,6%, ngứa mắt 53,3%. Các triệu chứng tổn thương mắt thực thể hay gặp ở bệnh nhân: cương tụ xung huyết 82,2%, viêm tuyến bờ mi 80,0%, màng hoặc giả mạc 57,8%, dính mi cầu 53,3%, biến dạng mi mắt 35,6%.

3.5. Tổn thương niêm mạc các hốc tự nhiên



Biểu đồ 3.2. Tổn thương niêm mạc hốc tự nhiên

Nhận xét: Niêm mạc miệng hay bị tổn thương nhất (97,8%), tiếp theo là niêm mạc mắt (84,4%), niêm mạc sinh dục (71,1%), niêm mạc hậu môn (66,6%), ít nhất là niêm mạc mũi (26,7%) và tai (24,4%). Số niêm mạc hốc tự nhiên tổn thương trung bình là 3,71 ± 0,23.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi và giới của nhóm nghiên cứu. Nghiên cứu có 57,8% bệnh nhân là nam, 42,2% bệnh nhân là nữ. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong nước: Lương Đức Dũng, Phùng Thị Phương Tú. Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu 53,09, trong đó nhóm bệnh nhân > 60 tuổi chiếm tỉ lệ lớn nhất 37,8%, kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Lương Đức Dũng, Phùng Thị Phương Tú [4 - 5]. Nguyên nhân khác biệt có thể do nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành trên đối tượng bệnh nhân dị ứng với carbamazepin và allopurinol.

4.2. Tổn thương niêm mạc các hốc tự nhiên. Theo nghiên cứu hai tổn thương niêm mạc hốc tự nhiên hay gặp là niêm mạc miệng 97,8% và niêm mạc mắt 84,4%, số hốc tự nhiên tổn thương trung bình là: 3,71 ± 0,23. Theo tác giả Lương Đức Dũng, tổn thương niêm mạc miệng 98,3%, niêm mạc mắt 80%, số hốc tự nhiên tổn thương trung bình là 2,9 ± 1,0. Sở dĩ có sự khác biệt về số hốc tự nhiên tổn thương trung bình là do tỉ lệbệnh nhân TEN và SJS/TEN trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ 51,3% lớn hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Lương Đức Dũng là 13,3%.

4.3. Tổn thương mắt. Các triệu chứng lâm sàng tại mắt trên các bệnh nhân dị ứng carbamazepin và allopurinol có hội SJS và TEN rất đa dạng. Trong đó, đỏ mắt là triệu chứng hay gặp nhất và sơm nhất chiếm 84,4%. Các triệu chứng cơ năng thường gặp khác chảy nước mắt 73,3%, sợ ánh sáng 55,6%, ngứa mắt 53,3%.

Triệu chứng cương tụ xung huyết là triệu chứng thực thể hay gặp nhất chiếm 82,2%. Ở mắt, viêm tuyến bờ mi tạo ra lipid thừa trộn lẫn với bạch cầu đa nhân và màng dịch thấm fibrin đông lại trên mặt biểu mô kết mạc tạo nên tiết tố nhầy và hình thành màng hoặc giả mạc[6]. Vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi có 64,4% bệnh nhân có tiết tố nhầy và 57,8% bệnh nhân có màng hoặc giả mạc. Ngoài ra, theo Robin J.B và Dugel R. Triệu chứng dính mi cầu có thể xảy ra khá nhiều do sự lành sẹo của 2 bề mặt kết mạc loét áp vào nhau[7] Nghiên cứu của chúng tôicó 53,3% bệnh nhân có dính mi cầu kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Tô Như Hùng năm 2001 là 51,6%.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương mắt là một tổn thương gặp ở bệnh nhân SJS và TEN với tỉ lệ rất cao với các biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, cần phát hiện sớm và can thiệp kịp thời để tránh các tổn thương mạn tính về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dịu, P.T.H.B,.** Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của một số thể dị ứng thuốc có bọng nước tại khoa

Dị ứng - Miễn Dịch lâm Sàng Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học chuyên ngành Dị ứng - MDLS, trường Đại học Y Hà Nội,2005.
2. **Kulkantrakorn, K., et al, HLA-B*1502** Strongly Predicts Carbamazepine-Induced Stevens-johnson and Toxic Epidermal Necrolysis in Thai patients with Neuropathic Pain, Pain Paractice, 2012
3. **Somkura, R., et al,** Association of HLA-B*5801 allele and allopurinol - induced steven-johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a systematic review and meta-analysis, Bmc Medical Genetics, 2011.
4. **Dũng, L.Đ, Đ**ặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của hội chứng Stevens-johnson và Lyell do dị ứng thuốc, Luận văn Tiến sĩ Y học chuyên ngành Dị Ứng -MDLS. trường Đại học Y Hà Nội, 2015.
5. **Tú, P.T.P, Đoàn, N.V.,** Áp dụng thang điểm SCORTEN trong tiên lượng bệnh nhân hội chứng STVEVENS - JOHNSON, LYELL do dị ứng thuốc. Tạp chí Nghiên cứu Y học, số 05, năm 2015.
6. **Hung, T.N,** Đặc điểm tổn thương mắt và đánh giá hiệu quả điều trị trong các hội chứng do dị ứng thuốc, Luận văn Tiến sĩ Y học chuyên ngành Mắt, trường Đại học Y Hà Nội, 2001.
7. **Robin J.B.,** Dugel R. Immulogic disorder of the comea and conunctiva im Kaufman H.E., Barron B.A, Watman.S.R. Newyork Churchill Livingstone, 1988.

HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA CỐM HẠ MỠ MÁU TRÊN BỆNH NHÂN RỐI LOẠN LIPID MÁU THỂ ĐÀM THẤP

Nguyễn Thị Ngọc Châu[1], Trần Công Trường[1], Nguyễn Mạnh Tuyển[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của cốm hạ mỡ máu trên một số chỉ tiêu lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn lipid máu thể đàm thấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 112 bệnh nhân rối loạn lipid máu thể đàm thấp với phương pháp thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị. Bệnh nhân nghiên cứu được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, 56 bệnh nhân uống cốm hạ mỡ máu (nhóm điều trị), 56 bệnh nhân uống atorvastatin (nhóm chứng dương) hàng ngày, sau 30 ngày đánh giá kết quả trên một số chỉ tiêu như chỉ số khối cơ thể (BMI), huyết áp, một số triệu chứng lâm sàng. **Kết quả:** Cốm hạ mỡ máu sau 30 ngày điều trị có hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị và so với chứng dương. **Kết luận**: Cốm hạ mỡ máu có hiệu quả trong cải thiện các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn lipid máu thể đàm thấp theo y học cổ truyền.

Từ khóa: Cốm hạ mỡ máu, rối loạn lipid máu

SUMMARY

THE EFFECTS OF "HA MO MAU" GRANULAR ON PATIENTS WITH DISORDER OF LIPIDEMIA

Objectives: To evaluate the effects of "ha mo mau" granular on patients with disorder of lipidemia based on some clinical indications. **Subjects and methods:** prospective clinical trial, control, comparison before and after treatment. 112 patients were divided into 2 groups: 56 patients taking "ha mo mau" granular, 56 patients taking atorvastatin during 30 days, after that re-evaluate body mass index (BMI), blood pressure and some clinical syptoms of the both groups. **Results**: The treatment group, which taked "ha mo mau" granular in 30 days shown that, clinicaly significantly better than before treatment and when compared with the control group, which treated by atorvastatin. **Conclusions**: "ha mo mau" granular are effective to regulation the some clinical symptoms of the patients with disorder of lipidemia.

Keyword: "Ha mo mau" granular, disorder of lipidcemia, clinical symptoms

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là một trong những nguy cơ hàng của các bệnh tim mạch. Mỗi năm trên thế giới có khoảng 17,7 triệu người tử vong vì các bệnh tim mạch mà đa số có liên quan đến rối loạn lipid máu [1]. Tại Việt Nam, tác giả Đỗ Đình Xuân và Trần Văn Long khảo sát tình trạng RLLPM ở nhóm người trên 40 tuổi tại 3 tỉnh thuộc đồng bằng bắc bộ, 630 người trên 40 tuổi được chọn ngẫu nhiên vào nghiên cứu để xét nghiệm các chỉ số lipid máu kết quả cho thấy có 70,4% có RLLPM [2]. Trương Thị Chiêu và cộng sự khi nghiên cứu tỷ lệ RLLPM ở 143 BN bị tai biến mạch máu não giai đoạn cấp kết quả RLLPM chiếm tỷ lệ 79,72% [3] Điều này cho thấy tỷ lệ cao RLLPM tại Việt nam và đang dần trở thành gánh nặng cho xã hội vì những biến chứng do nó gây nên. YHHĐ đã có nhiều loại thuốc điều trị RLLPM có hiệu quả điều trị ở các mức độ khác nhau nhưng lại có tác dụng phụ như tăng men gan, rối loạn tiêu hóa, đau cơ... Theo Y học cổ truyền (YHCT), RLLPM được mô tả trong các chứng: đàm thấp, huyễn vựng, đầu thống... và được chia làm nhiều thể bệnh với các biểu hiện khác nhau nhưng hay gặp nhất là thể đàm thấp.

[1]*Viện Y học cổ truyền Quân đội*
[2]*Trường Đại học Dược Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Tuyển
Email: tuyennm@hup.edu.vn
Ngày nhận bài: 22.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 4.12.2020

Cốm hạ mỡ máu được xây dựng từ bài thuốc cổ phương nhị trần thang gia 2 vị Ngưu tất và Củ ráy. Để có đủ cơ sở khoa học khẳng định hiệu quả của cốm hạ mỡ máu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Đánh giá tác dụng của cốm hạ mỡ máu trên một số chỉ tiêu lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn lipd máu thể đàm thấp".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Chất liệu nghiên cứu: Cốm hạ mỡ máu: 7,5g do Viện y học cổ truyền Quân đội sản xuất đạt tiêu chuẩn cơ sở, gồm các vị thuốc trần bì, bán hạ, bạch linh, cam thảo, ngưu tất (đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam IV) và củ ráy (đạt tiêu chuẩn cơ sở). Thuốc đối chứng: Atorvastatin (Lipitor) 10mg (Pfizer).

2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân rối loạn lipid máu thể đàm thấp đáp ứng tiêu chuẩn sau:

- Theo y học hiện đại: tuổi từ 40 trở lên không phân biệt giới tính, nghề nghiệp. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn lipid máu: xét nghiệm máu khi đói có 1 hoặc hơn 1 các chỉ số lipid sau: TC > 6,2 mmol/l; TG > 2,3 mmol/l; LDL-C > 3,4 mmol/l; HDL-C < 0,9 mmol/l.

- Theo y học cổ truyền: Bệnh nhân có các triệu chứng của thể đàm thấp như: hình thể béo trệ, mệt mỏi, tức ngực, nặng đầu, chóng mặt, chân tay tê bì, mất ngủ, chất lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng nhớp, mạch hoạt hoặc huyền hoạt.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang có bệnh cấp tính, dị ứng với thuốc nghiên cứu, hội chứng RLLPM thứ phát sau các bệnh khác hoặc đang dùng một số thuốc có ảnh hưởng đến lipid máu, có tiền sử nhồi máu cơ tim, đột quỵ não...

3. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, có đối chứng so sánh trước và sau điều trị.

- Bệnh nhân đạt tiêu chuẩn nghiên cứu được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm: Nhóm chứng dương (HMM) gồm 56 bệnh nhân cho uống cốm hạ mỡ máu, ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 gói, sau bữa ăn 30 phút, liên tục trong 30 ngày. Nhóm chứng dương (Atorvastatin) gồm 56 bệnh nhân cho uống Lipitor 10mg, ngày uống 1 viên lúc 20h liên tục trong 30 ngày.

- Cách thức tiến hành: các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và ghi chép theo một mẫu bệnh án thống nhất, tiến hành khám tại thời điểm trước điều trị (D_0) và sau điều trị 30 ngày.

+ Chiều cao: đo một lần lúc bắt đầu điều trị bằng thước gắn trên cân đồng hồ.

+ Cân nặng: cân vào buổi sáng, lúc đói bằng cân đồng hồ.

+ Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index).

+ Huyết áp (HA): sử dụng máy đo HA nhãn hiệu ALP do Nhật Bản sản xuất, được hiệu chỉnh bằng huyết áp kế thủy ngân.

- Đánh giá kết quả:

+ Sự thay đổi BMI, huyết áp động mạch.

+ Đánh giá kết quả theo YHCT: thông qua vọng chẩn, vấn chẩn, thiết chẩn. Các triệu chứng được cho điểm theo bảng lượng hoá phân cấp các triệu chứng lâm sàng thể đàm thấp theo tiêu chuẩn quy định trong "Nguyên tắc chỉ đạo nghiên cứu lâm sàng thuốc Y học cổ truyền mới" của Bộ Y tế Trung Quốc (2002) với các mức độ nhẹ, vừa, nặng tương ứng các mức điểm 2, 4, 6 [4].

$$\text{Mức độ giảm (\%)} = \frac{\text{(Điểm trước điều trị - Điểm sau điều trị)}}{\text{Điểm trước điều trị}} \times 100\%$$

* Hiệu quả tốt: các triệu chứng lâm sàng hết hẳn hoặc cơ bản hết, mức độ giảm ≥ 95%.

* Hiệu quả khá: các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, mức độ giảm ≥ 70%.

* Hiệu quả trung bình: các triệu chứng lâm sàng có chuyển biến, mức độ giảm ≥ 30%

* Không hiệu quả: các triệu chứng lâm sàng không chuyển biến hoặc nặng thêm, mức độ giảm < 30%.

Xử lý số liệu: Số liệu thu được trong nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học và đạo đức Viện Y học cổ truyền Quân đội, người bệnh hiểu rõ và tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin về người bệnh được giữ kín, chỉ công bố kết quả tổng hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Sự thay đổi BMI của bệnh nhân sau điều trị

Nhóm / Thời điểm	HMM (1) (n = 56)	Atorvastatin (2) (n = 56)	p_{1-2}
	X ± SD	X ± SD	
D0	23,6 ± 1,7	23,2 ± 1,7	>0,05
D30	22,8 ± 3,5	22,6 ± 3,4	>0,05
p_{0-30}	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị chỉ số BMI của 2 nhóm đều giảm nhẹ so với trước điều trị. Sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.2. Sự thay đổi huyết áp động mạch của bệnh nhân sau điều trị

Nhóm	HMM (1) (n = 56)	Atorvastatin (2)	p_{1-2}

HA			(n = 56)	
Huyết áp tâm thu (mmHg)	D0	123 ± 11,2	124,6 ± 11,0	>0,05
	D30	114,8 ± 7,1	114,3 ± 7,3	>0,05
	p_{0-30}	<0,01	<0,01	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	D0	73,4 ± 7,8	75,1 ± 5,6	>0,05
	D30	71,1 ± 5,5	72,8 ± 4,9	>0,05
	p_{0-30}	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Huyết áp tâm thu tại thời điểm D0 của nhóm HMM là 123 ± 11,2, tại thời điểm D30 là 114,8 ± 7,1; tại thời điểm D0 của Nhóm Atorvastatin là 124,6 ± 11,0, tại thời điểm D30 là 114,3 ± 7,3. Khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p>0,05). Huyết áp tâm trương tại thời điểm D0 của nhóm HMM là 73,4 ± 7,8, tại thời điểm D30 là 71,1 ± 5,5; tại thời điểm D0 của Nhóm Atorvastatin là 75,1 ± 5,6, tại thời điểm D30 là 72,8 ± 4,9. Giữa trước và sau điều trị, giữa 2 nhóm không có sự khác biệt (p>0,05)

Bảng 3.3. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng theo vọng chẩn

Nhóm / Triệu chứng	D0			D30		
	HMM	Atorvastatin	Tổng	HMM	Atorvastatin	Tổng
Thể trạng béo	35(62,5%)	28(50%)	63(56,3%)	21(37,5%)	24(42,9%)	45(40,2%)
Chất lưỡi bệu	47(40,9%)	50(89,3%)	97(86,6%)	4(7,1%)	6(10,7%)	10(8,9%)
Rêu lưỡi trắng nhớp	50(89,3%)	50(89,3%)	100(89,3%)	1(1,8%)	14(25,0%)	15(13,4%)

Nhận xét: Số bệnh nhân có thể trạng béo trước điều trị là 63 (56,3%), sau điều trị còn 45 (40,2%); chất lưỡi bệu trước điều trị là 97 (86,6%), sau điều trị còn 10 (8,9%); rêu lưỡi trắng nhớp trước điều trị là 100 (89,3%), sau điều trị còn 15 bệnh nhân (13,4%).

Bảng 3.4. Sự thay đổi triệu chứng theo thiết chẩn

Ngày / Mạch	D0			D30		
	HMM	Atorvastatin	Tổng	HMM	Atorvastatin	Tổng
Mạch hoạt	30(53,6%)	37(66,1%)	67(59,8%)	13(23,2%)	17(30,4%)	30(26,8%)
Huyền hoạt	26(46,4%)	19(33,9%)	45(40,2%)	7(12,5%)	14 (25,0%)	21 (18,8%)
Mạch khác	0	0	0	36 (64,3%)	25 (44,6%)	61 (54,5%)

Nhận xét: Số bệnh nhân có mạch hoạt trước điều trị ở nhóm HMM là 30 (53,6%), có mạch huyền hoạt là 26 (46,4%); sau điều trị mạch hoạt còn 13 (23,2%), mạch huyền hoạt còn 7 (12,5%). Số bệnh nhân có mạch hoạt trước điều trị ở nhóm Lipitor là 37 (66,1%), có mạch huyền hoạt là 19 (33,9%); sau điều trị mạch hoạt còn 17 (30,4%), mạch huyền hoạt còn 14 (25%).

Bảng 3.5. Sự thay đổi một số triệu chứng lâm sàng chính theo vấn chẩn

Nhóm / Triệuchứng		D0			D30		
		HMM	Atorvastatin	Tổng	HMM	Atorvastatin	Tổng
Nặng đầu	Không	0	0	0	36 (64,3%)	19(33,9%)	55(49,1%)
	Nhẹ	16(28,6%)	17(30,4%)	33 (29,5%)	20(35,7%)	36(64,3%)	56(50%)
	Vừa	31(55,4%)	32 (57,1%)	63 (56,3%)	0	1(1,8%)	1(0,9%)
	Nặng	9(16,1%)	7(12,5%)	16 (14,3%)	0	0	0
Chóng mặt	Không	7(12,5%)	11(19,6%)	18 (16,1%)	38 (67,9%)	39(69,6%)	77(68,9%)
	Nhẹ	31(55,4%)	32(57,1%)	63 (56,3%)	18(32,1%)	15(26,8%)	33(29,5%)
	Vừa	18(32,1%)	13(23,2%)	31 (27,7%)	0	2(3,6%)	2(1,8%)
	Nặng	0	0	0	0	0	0
Chân tay tê bì	Không	1(1,8%)	1(1,8%)	2(1,8%)	46 (82,1%)	21(37,5%)	67(59,8%)
	Nhẹ	27(48,2%)	15(26,8%)	42(37,5%)	10 (17,9%)	31(55,4%)	41(36,6%)
	Vừa	25(44,6%)	35(62,5%)	60(53,6%)	0	4(7,1%)	4(3,6%)
	Nặng	3 (5,4%)	5 (8,9%)	8(7,1%)	0	0	0
Mất ngủ	Không	13(23,2%)	11(19,6%)	24(21,4%)	29 (51,8%)	31(55,4%)	60(53,6%)
	Nhẹ	16(28,6%)	20(35,7%)	36 (32,1%)	25 (44,6%)	22(39,3%)	47(42,0%)
	Vừa	18(32,1%)	24(42,9%)	42 (37,5%)	2(3,6%)	3(5,4%)	5(4,5%)
	Nặng	9 (16,1%)	1 (1,8%)	10 (8,9%)	0	0	0

Nhận xét: Tại thời điểm D0, tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện nặng đầu mức độ nặng là 16,1%, mức độ vừa là 55,4% ở nhóm HMM. Tại thời điểm D30 tỷ lệ tương ứng là 0% và 1,8%.

Thời điểm D0, ở nhóm HMM không có bệnh nhân nào chóng mặt mức độ nặng, tỷ lệ bệnh nhân chóng mặt mức độ vừa là 32,1% và không còn bệnh nhân nào có biểu hiện chóng mặt mức độ vừa tại thời điểm D30.

Nhóm HMM có tỷ lệ bệnh nhân biểu hiện chân tay tê bì mức độ nặng là 5,4% mức độ vừa là 44,6% tại thời điểm D0. Không còn bệnh nhân nào mức độ nặng và vừa tại thời điểm D30.

Tỷ lệ bệnh nhân mất ngủ mức độ nặng là 16,1%, mức độ vừa là 32,1% tại thời điểm D0 ở nhóm HMM. Không còn bệnh nhân mất ngủ mức độ nặng, chỉ còn 3,6% mất ngủ mức độ vừa tại thời điểm D30.

Bảng 3.6. Đánh giá hiệu quả điều trị theo y học cổ truyền

Nhóm / Mức độ	HMM (1) (n = 56)		Atorvastatin (2) (n = 56)		p_{1-2}
	n	%	n	%	
Tốt (≥95%)	11	19,6	9	16,1	<0,05
Khá (70-<95%)	31	55,4	22	39,3	
Hiệu quả TB (30-<70%)	14	25	25	44,6	
Không hiệu quả (<30%)	0	0	0	0	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.6 cho thấy sau điều trị 30 ngày tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá ở nhóm HMM là 42 bệnh nhân (75%), tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá ở nhóm Atorvastatin là 31 bệnh nhân (55,4%). Không có bệnh nhân nào không có hiệu quả. Sự khác biệt giữa 2 nhóm là p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Chỉ số khối cơ thể: Những người dễ bị thừa cân và béo phì là những người có thói quen ăn các thức ăn giàu chất béo bão hòa như các đồ chiên, rán... hoặc chế độ sinh hoạt làm việc cố định một nơi, ít hoạt động thể lực, stress... Theo YHCT hội chứng RLLPM là do đàm vô hình gây bệnh, biểu hiện trên lâm sàng rất đa dạng. Khi mắc chứng đàm thấp thì người thường thừa cân, béo phì, đi lại nặng nề. Nguyên nhân chủ yếu là do tỳ hư không vận hóa được thấp, thấp tụ lại thành đàm. Đàm và thấp kết hợp với nhau sinh ra các bệnh liên quan đến chứng đàm thấp như béo phì, RLLPM theo YHHĐ. Cốm HMM vừa có tác dụng kiện tỳ, vừa hóa đàm vì vậy đàm thấp không được sinh ra mà còn bị hóa đi từ đó làm cho bệnh nhân giảm cân. Tuy nhiên do thời gian điều trị và theo dõi ngắn cho nên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị.

Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Tăng huyết áp nặng làm tăng nguy cơ đột quỵ lên gấp 7 lần, và tăng huyết áp ranh giới làm tăng nguy cơ này lên 1,5 lần. Với mỗi mức tăng huyết áp tâm thu là 20 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương là 10 mmHg sẽ làm tăng gấp đôi tử vong do cả bệnh thiếu máu cục bộ cơ tim và đột quỵ [5]. Kết quả nghiên cứu cho thấy BN RLLPM có bệnh tăng huyết áp đi kèm là 45 BN (40,2%) chiếm tỷ lệ khá cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi huyết áp tâm thu của nhóm nghiên cứu trước điều trị là 123,3 ± 11,2mmHg sau điều trị là 114,8 ± 7,1mmHg giảm có ý nghĩa thống kê với p<0,01 có thể do trong thành phần bài thuốc có vị bạch linh là vị thuốc có tác dụng thẩm thấp lợi niệu, ngưu tất có tác dụng hạ huyết áp, lợi tiểu [6] nên đã làm giảm được HA tuy nhiên cần có những nghiên cứu với số lượng bệnh nhân cao hơn mới có thể khẳng định được điều này.

****Cải thiện triệu chứng cơ năng chính.*** Đau đầu có nhiều kiểu nhưng hay gặp là đau có tính chất căng nặng, lan tỏa khắp đầu, như quấn vải chặt. Theo Phạm Khuê, triệu chứng này gặp trong 91% trường hợp thiểu năng tuần hoàn não mà nguyên nhân chính là do vữa xơ động mạch [7]. Còn theo YHCT đầu là nơi hội tụ của 3 kinh dương, cũng là nơi tụ tập khí huyết của các tạng phủ. Nguyên nhân có thể do tỳ vận hóa kém, đàm trọc nội sinh làm tắc mạch lạc gây đau đầu[8]. Trước điều trị nhóm HMM có 9 BN (16,1%) đau nặng đầu mức độ nặng và 31 BN (55,4%) đau nặng đầu mức độ vừa, không có BN nào (0%) không đau nặng đầu sau điều trị không còn BN nào (0%) đau đầu mức độ nặng và vừa và có 36 BN (64,3%) không còn đau nặng đầu.

Chân tay tê bì là một biểu hiện của dị cảm, đó là những cảm giác không thật, bất thường do BN tự nhận thấy. Dị cảm là một dấu hiệu rất sớm của VXĐM não[7]. Theo YHCT Chân tay tê bì thuộc chứng ma mộc có nhiều nguyên nhân gây nên nhưng hay gặp là do đàm thấp hoặc khí trệ làm tắc mạch lạc ở da cơ. Trong nhóm bệnh nhân HMM của chúng tôi tỷ lệ có biểu hiện này khá cao 55 bệnh nhân (98,2%), sau điều trị 45 bệnh nhân (80,4%) hết tê bì chân tay, 10 bệnh

nhân (17,9%) tê bì mức độ nhẹ, không còn bệnh nhân tê bì mức độ vừa và nặng.

Nhóm HMM chóng mặt gặp ở 49 bệnh nhân (87,5%): trong đó có 18 bệnh nhân (32,1%) chóng mặt thường xuyên, 31 bệnh nhân (55,4%) chóng mặt khi thay đổi tư thế. Theo Phạm Khuê triệu chứng này gặp trong 87% trường hợp thiểu năng tuần hoàn não mà nguyên nhân chính là do vữa xơ động mạch [7]. Theo YHCT chóng mặt thuộc phạm vi chứng "huyễn vựng" mà cơ chế sinh huyễn vựng như sách Đơn Khê tâm pháp ghi "vô đàm bất tác huyền" có nói "vô hư bất năng tác huyền" nghĩa là không có hư thì không sinh ra hoa mắt nguyên nhân thường gặp ở người ăn nhiều những chất béo ngọt gây tổn thương tỳ vị, chức năng vận hóa rối loạn, chất dinh dưỡng (thủy cốc) không thành tinh chất mà sinh đàm trọc ứ trệ trong cơ thể làm cho hoa mắt chóng mặt [8]. Sau điều trị 38 bệnh nhân (67,9%) hết chóng mặt, 18 bệnh nhân (32,1%) còn chóng mặt nhẹ và không còn bệnh nhân còn chóng mặt thường xuyên.

Mất ngủ là triệu chứng chính của rối loạn giấc ngủ, đây vừa là một triệu chứng của VXĐM não, vừa là một yếu tố sinh lý bệnh làm nặng thêm sự tiến triển của bệnh. VXĐM não giai đoạn đầu thường mất ngủ nửa phần đầu của đêm, giai đoạn sau lại mất ngủ nửa phần sau của đêm [7]. Theo YHCT mất ngủ thuộc chứng thất miên nguyên nhân có thể do suy nghĩ lo lắng nhiều, mệt mỏi làm cho tâm tỳ hư yếu, huyết dịch hao tổn mà không ngủ được. Sách loại chứng trị tài ghi "Tư lự thương tỳ, tỳ huyết hao tổn, nhiều năm không ngủ". Hoặc do ăn uống không điều độ, ăn nhiều chất cay, nóng, béo ngọt, uống nhiều rượu làm tổn thương tỳ vị, thức ăn ngưng trệ tại trung tiêu, sinh đàm hỏa xông lên làm cho thần chí không an, ngủ không được. Như sách y văn cổ có câu "Tỳ vị bất hòa, tắc ngọa bất an"[8]. Trong nhóm HMM tỷ lệ bệnh nhân mất ngủ là 43 (76,8%) trong đó có 9 bệnh nhân (16,1%) mất ngủ nặng. Sau điều trị 30 ngày có 29 bệnh nhân (51,8%) hết mất ngủ hoàn toàn và không còn bệnh nhân nào mất ngủ nặng.

Có được kết quả trên theo chúng tôi có thể do thành phần flavonoid có trong cam thảo có tác dụng chống oxy hóa, ngăn ngừa vữa xơ động mạch, ngưu tất có tác dụng giãn mạch, tăng tuần hoàn máu và giảm đau [6] từ đó cải thiện được tuần hoàn não làm cho máu lên não được tốt hơn vì vậy làm giảm các triệu chứng trên.

Kết quả cải thiện triệu chứng mạch và lưỡi theo YHCT. Triệu chứng chất lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng nhớp, mạch hoạt là các triệu chứng của mạch và lưỡi đặc trưng của thể đàm thấp theo YHCT. Kết quả nghiên cứu thể hiện sau 30 ngày điều trị các triệu chứng như chất lưỡi bệu giảm 33,8%, rêu lưỡi trắng nhớp giảm 87,5%, mạch hoạt giảm 30,4%, điều này cho thấy Cốm HMM cải thiện rõ các triệu chứng của thể đàm thấp.

Đánh giá hiệu quả chung điều trị RLLPM của cốm HMM dựa theo tiêu chuẩn YHCT: Kết quả nghiên cứu cho thấy sau điều trị 30 ngày tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá ở nhóm HMM là 75%, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá ở nhóm Atorvastatin là 55,4%. Không có bệnh nhân nào không có hiệu quả. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê là $p<0,05$.

Như vậy, so với thuốc Atorvastatin 10mg/ ngày, cốm HMM tỏ ra có ưu điểm hơn trong việc làm giảm một số triệu chứng hay gặp trên bệnh nhân RLLPM thể đàm thấp như người nặng đầu, tê bì chân tay, chóng mặt, rêu lưỡi trắng nhớp, mạch hoạt... Điều này phải chăng là là do các triệu chứng này là các triệu chứng đặc trưng của thể đàm thấp và cốm HMM được bào chế từ bài nhị trần thang là bài thuốc tiêu biểu để hóa đàm trừ thấp lại gia thêm củ ráy càng tăng cường tác dụng hóa đàm kèm theo vị ngưu tất có tác dụng hoạt huyết hóa ứ. Bên cạnh tác dụng hạ lipid máu của các vị dược liệu trong bài thuốc đã được các nghiên cứu dược lý của YHHĐ chứng minh, sự phối hợp vai trò quân, thần, tá, sứ của các vị thuốc trong bài thuốc mang lại tác dụng kiện tỳ hóa đàm, lợi thấp từ đó có cải thiện được rõ rệt các triệu chứng trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Cốm HMM liều 3 gói /ngày (22,5g) dùng liên tục trong 30 ngày có tác dụng cải thiện rõ một số chỉ tiêu lâm sàng so với trước điều trị và so với nhóm bệnh nhân uống atorvastatin 10mg, có 75% đạt hiệu quả tốt và khá. Không có bệnh nhân nào không có kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO (2017),** Cardiovascular disease for World Heart Day 2017. Truy cap ở: http://www.who.int/ cardiovascular- disease /World- Heart- Day- 2017
2. **Đỗ Đình Xuân, Trần Văn Long (2009),** "Khảo sát tình trạng rối loạn lipd máu ở nhóm người trên 40 tuổi tại một số tỉnh thuộc đồng bằng bắc bộ", Tạp chí Y học thực hành (662), số 5/2009, tr.44-47.
3. **Trương Thị Chiêu, Đinh Quang Tâm, Lê Văn Tâm, Hoàng Khánh (2011),** "Nghiên cứu tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân bị tai biến mạch máu não giai đoạn cấp", Tạp chí Y học thực hành (751), số 2/2011, tr.106-108.
4. 中華人 民共和 國衛生部. 中藥新藥臨 床研究指導則.北京: 中國醫藥科技出版社, (2002): 85-89. (Bộ Y tế CHND Trung Hoa, "Nguyên tắc chỉ đạo

nghiên cứu lâm sàng về Trung-Tân dược", Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật Y dược Trung Quốc, 2002, tr. 85-89).
5. **Goldszmidt A.J., Caplan L.R., (2012)** "Cẩm nang xử trí tai biến mạch máu não (Stroke essentials)" (Nguyễn Đạt Anh biên dịch). Nhà Xuất Bản Y Học, tr. 115-215.
6. **Bộ Y Tế (2011),** "Dược liệu học tập 1", Nhà Xuất bản Y học, tr. 233-237.
7. **Phạm Khuê (2013),** "Thiểu năng tuần hoàn não", Bệnh học lão khoa từ đại cương tới thực hành lâm sàng, Nhà Xuất bản khoa học kỹ thuật, tr.175-183.
8. **Trần Văn Kỳ (2008),** "Cẩm nang chẩn đoán và điều trị nội khoa đông y", Nhà Xuất bản tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh, tr.219-224;253-261.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SỎI BỂ THẬN CÓ CHỈ ĐỊNH TÁN SỎI NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Viết Hiếu*, Phạm Quang Vinh, Trần Văn Hinh**, Lê Anh Tuấn**, Lê Thị Ánh Hường****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân sỏi bể thận có chỉ định nội soi tán sỏi ngược dòng sử dụng năng lượng Laser Holmium tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, từ 4/2018 đến 4/2020, trên 57 bệnh nhân tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện quân y 103. Các dữ liệu thu thập bao gồm lâm sàng và hình ảnh học sỏi bể thận, chức năng thận. **Kết quả**: Tỷ lệ có tiền sử can thiệp lấy sỏi là 19,3%; kích thước sỏi trung bình là 12,5 ± 3,5 mm; tỷ lệ sỏi theo mức độ cản quang từ mạnh, trung bình, yếu và không cản quang lần lượt là 59,6%, 24,6%, 3,5%, 12,3%; tỷ lệ có giãn thận 89,5%; 30/35 BN (85,7%) có thận bên có sỏi giảm chức năng trên chụp UIV. **Kết luận**: Sỏi bể thận là bệnh cảnh thường gặp, tỷ lệ tái phát cao, có mức độ cản quang khác nhau, thường ảnh hưởng đến chức năng thận bên có sỏi.

Từ khóa: sỏi bể thận, nội soi tán sỏi.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF RENAL PELVIS STONE WITH INDICATED RETROGRADE URETEROPYELOLITHOTRIPSY AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: to obserse clinical and preclinical characteristics of renal pelvis stone with indicated retrograde ureteropyelolithotripsy at 103 Military hospital**. Subjects and methods:** Prospective, cross-sectional study has performed from April 2018 to April 2020 with 57 patients (33 male patients, 24 female patients). **Results:** The rate of reintervention renal pelvis stone was 19.3%; the duration of diagnosed renal pelvis stone < 6 months was 56.1%; mean zise of renal pelvis stone was 12.5 ± 3.5 mm; the calcification of renal pelvis stone was classified into four stages: high (59,6%), moderate (24.6%), low (3.5%) and non-calcification (12.3%); the rate of hydronephrosis was 89.5%; the kidney with pelvis stone reduced its function in 85.7%. **Conclusion:** characteristics of clinical renal pelvis stone was not specific, the rate of recurrent stone was high, renal pelvis stone caused hydronephrosis and reduced its function should be indicated retrograde ureteropyelolithotripsy.

Key word: renal pelvis stone, ureteropyelolithotripsy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý niệu khoa thường gặp, trong đó sỏi bể thận gặp với tỷ lệ cao trong sỏi tiết niệu. Sỏi bể thận nếu gây bít tắc niệu quản sẽ ảnh hưởng nhanh chóng đến chức năng thận và gây ra các biến chứng như viêm thận-bể thận, thận ứ mủ, nhiễm khuẩn huyết thậm chí gây mất chức năng thận [3].

Có nhiều phương pháp chẩn đoán sỏi như lâm sàng, siêu âm... Những trường hợp khó cần phải kết hợp các biện pháp khác như chụp bể thận niệu quản ngược dòng, thậm chí có thể phải nội soi niệu quản ngược dòng để chẩn đoán sỏi. Ngoài việc chẩn đoán sỏi, vị trí, kích thước, đặc điểm của sỏi thì các bác sĩ cần phải đánh giá ảnh hưởng của sỏi đến chức năng thận.

Trước thập niên 80, sỏi bể thận chủ yếu được điều trị bằng điều trị nội khoa tống sỏi tích cực hoặc phẫu thuật lấy sỏi. Hiện nay, theo hướng dẫn của hội niệu khoa Hoa Kỳ và Châu Âu, các phương pháp được lựa chọn đầu tiên được chỉ định đối với sỏi thận là tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi tán sỏi qua da và tán sỏi thận ngược dòng [6]. Trong đó, tán sỏi ngoài cơ thể và tán sỏi ngược dòng được chỉ định trong sỏi nhỏ hơn 2cm và tán sỏi qua da với sỏi lớn hơn 2cm. Tại Việt Nam, Laser Holmium đã được ứng dụng trong điều trị sỏi từ những năm đầu của thế kỷ

**Học viện quân y*
***Bệnh viện quân y 103*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Vinh
Email: vinh2002hanoi@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2020
Ngày duyệt bài: 2.12.2020

21, được triển khai tại Bệnh viện quân y 103 từ 2016. Do đó, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân sỏi bể thận có chỉ định nội soi tán sỏi ngược dòng sử dụng năng lượng Laser Holmium tại Bệnh viện Quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Gồm 57 bệnh nhân (BN) sỏi bể thận, có chỉ định điều trị nội soi ngược dòng tán sỏi bằng Laser Holmium tại khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Quân y 103 từ 4/2018-4/2020.

Các BN được khám lâm sàng, xét nghiệm thường quy đánh giá chức năng thận (ure, creatinin), siêu âm đánh giá kích thước sỏi và độ giãn đài bể thận, chụp X-quang tiết niệu không chuẩn bị và chụp thận thuốc tĩnh mạch, chụp CT-Scanner hệ tiết niệu nếu có chỉ định.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Sỏi bể thận 1 viên.
- Kích thước sỏi ≤ 20mm.
- Chức năng thận bên có sỏi bình thường hoặc giảm nhẹ.
- Đài bể thận giãn ở các mức độ khác nhau: không giãn, độ I, độ II, độ III.

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân không đủ hồ sơ nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả, cắt ngang.
- **Các chỉ tiêu nghiên cứu**

- Lâm sàng:

+ Tuổi, giới.
+ Thời gian phát hiện sỏi.
+ Tiền sử can thiệp lấy sỏi tiết niệu.
+ Khai thác các triệu chứng lâm sàng khi vào viện.

- Cận lâm sàng:

+ Siêu âm đánh giá độ giãn thận, kích thước sỏi.
+ Chụp X-quang tiêu chuẩn đánh giá độ cản quang của sỏi.
+ Chụp thận thuốc UIV đánh giá vị trí, kích thước sỏi và chức năng thận bên có sỏi.
+ Chụp cắt lớp vi tính những BN có sỏi không cản quang để xác chẩn sỏi, kích thước, vị trí sỏi.
+ Xét nghiệm đánh giá chức năng thận, công thức máu.

- **Xử lý số liệu:** Chương trình SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 57)

Đặc điểm	Tỷ lệ (n, %); GTTB
Tuổi (năm)	46,2 ± 11,6
Giới (Nam/Nữ)	33 (58%)/24 (42%)
Tiền sử đã can thiệp lấy sỏi tiết niệu	11 (19,3%)
Thời gian phát hiện sỏi	
< 6 tháng	32 (56,1%)
6 – 12 tháng	9 (15,8%)
> 12 tháng	16 (28,1%)
Cơn đau quặn thận	27 (47,4%)
Đái máu	3 (5,3%)

+ Tỷ lệ BN là nam cao hơn nữ; có tới 19,3% BN đã từng can thiệp lấy sỏi tiết niệu; chủ yếu BN phát hiện sỏi trong thời gian 6 tháng.

+ Triệu chứng lâm sàng nổi bật là cơn đau quặn thận gặp 47,4%. Tỷ lệ thấp 5,3% BN có đái máu đại thể.

Bảng 2: Kết quả xét nghiệm creatinin máu và nước tiểu (n = 57)

Chỉ số	Tăng	
	BN (n)	Tỷ lệ (%)
Creatinin máu	3	5,3%
Hồng cầu niệu	38	70,4%
Bạch cầu niệu	46	85,2%
Protein niệu	1	1,9%

Hồng cầu niệu và bạch cầu niệu gặp tỷ lệ cao ở BN sỏi bể thận. Chỉ có 5,3% BN có tăng creatinin máu.

Bảng 3: Kích thước sỏi trên siêu âm

Kích thước sỏi	BN (n)	Tỷ lệ (%)
< 10 mm	21	38,2
11 – 15 mm	23	41,8
15 – 20 mm	13	20,0%
GTTB (mm)	12,5 ± 3,5	

Sỏi có kích thước mức trung gian (11 – 15 mm) chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 4: Độ cản quang của sỏi trên x – quang (n = 57)

Đậm độ cản quang	BN (n)	Tỷ lệ (%)
Cản quang mạnh	34	59,6
Cản quang trung bình	14	24,6
Cản quang yếu	2	3,5
Không cản quang	7	12,3

Tỷ lệ BN có sỏi cản quang mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất, có tới 12,3% BN có sỏi không cản quang.

Bảng 5: Mức độ giãn thận trên siêu âm

Mức độ giãn thận	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 1	20	35,7
Độ 2	29	51,8
Độ 3	2	3,6
Bình Thường	5	8,9

Tỷ lệ BN có giãn thận chiếm 89,5%, chủ yếu mức giãn độ 1 và độ 2.

Bảng 6: Đánh giá chức năng thận bên có sỏi dựa vào chụp UIV (n = 35)

Chức năng thận bên có sỏi	BN (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	5	14,3%
Giảm	17	48,6
Kém	13	37,1
Mất chức năng	0	0,0

Đánh giá riêng biệt chức năng thận có sỏi dựa vào chụp UIV cho thấy 85,7% BN có giảm chức năng thận các mức độ.

IV. BÀN LUẬN

Sỏi tiết niệu là bệnh lý thường gặp, đã được nhiều nghiên cứu đề cập, trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình ở lứa tuổi lao động (46,2 ± 11,6 tuổi; bảng 1), kết quả này tương tự kết quả của các nghiên cứu trong và ngoài nước. Phan Trường Bảo (2005) tán sỏi cho 95 trường hợp, tuổi trung bình là 43,69 ± 1,21 tuổi [1]. Nguyễn Minh Quang (2003) tán sỏi bằng laser và xung hơi cho 204 trường hợp chia làm hai nhóm có lứa tuổi trung bình là 45 ± 13 tuổi và 41 ± 12 tuổi [2]. Luc Corbel và cộng sự (1995) ghi nhận độ tuổi trung bình là 48,95 tuổi (18 – 86). Deliveliotis C và cộng sự (2003) là 52,5 tuổi (22 – 83), Benchekroun và cộng sự (2001) là 41 tuổi (17-72) [3]. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử can thiệp sỏi tiết niệu tùy thuộc đối tượng nghiên cứu, kết quả khảo sát của chúng tôi có 19,3% đã can thiệp lấy sỏi tiết niệu (bảng 1). Sỏi tiết niệu thường được phát hiện khi bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng hoặc đôi khi tình cờ phát hiện sỏi khi đi khám bệnh định kì. Vì vậy, chúng ta chỉ biết được thời gian phát hiện bệnh chứ khó biết được thời gian mắc bệnh do quá trình hình thành sỏi thường chậm và từ trước khi có biểu hiện lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mắc bệnh của bệnh nhân được tính từ khi bắt đầu có triệu chứng đầu tiên của bệnh sỏi tiết niệu hoặc từ khi bệnh nhân tình cờ phát hiện ra sỏi. Trong đó, thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng là 56,1%, từ 6 tháng – 1 năm là 9%, trên 1 năm là 28,1% (bảng 1). Trong nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn những bệnh nhân có sỏi bể thận có kích thước dưới 20 mm thường di chuyển trong bể thận nên gây ra đau quặn thận gặp tỷ lệ cao, trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tới 47,4%. Nguyễn Bửu Triều và Nguyễn Mễ (2007), cũng cho rằng bệnh sỏi tiết niệu có bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng, tuy nhiên các bệnh nhân phần lớn đều có biểu hiện lâm sàng rõ nét trong đó cơn đau quặn thận là điển hình nhất, xuất hiện khi sỏi di chuyển và gây phù nề, bít tắc đường niệu cấp tính. Tuy nhiên, biểu hiện đái máu đại thể gặp gặp tỷ lệ không cao, chỉ là 5,3%, có thể lý giải do sỏi chưa di chuyển xuống niệu quản với kích thước hẹp.

Phân tích kết quả khảo sát sỏi bể thận ở bệnh nhân nghiên cứu cho thấy kích thước sỏi trung bình là 12,5 ± 3,5 mm trong đó loại sỏi có kích thước 11 – 15 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (bảng 3). Kích thước sỏi là cơ sở để chỉ định để điều trị bằng phương pháp tán sỏi ngược dòng còn nhiều ý kiến khác nhau, chưa thật sự thống nhất. Theo Hội tiết niệu Mỹ (2007), 46-85% sỏi kích thước ≤ 5mm sẽ di chuyển xuống bàng quang (do tự theo dòng nước tiểu hoặc nhờ điều trị nội khoa). Đối với trường hợp sỏi từ 6-10 mm, tỉ lệ là 36-59%; do vậy, cần can thiệp tán sỏi ngược dòng hoặc tán sỏi ngoài cơ thể với các trường hợp sỏi lớn hơn 5mm [6].

Tùy theo bản chất của sỏi bể thận mà có khả năng cản quang khác nhau trên phim x-quang tiêu chuẩn. Đây là chẩn đoán hình ảnh mang tính chất khách quan không thể thiếu trong chẩn đoán sỏi bể thận nói riêng cũng như sỏi tiết niệu nói chung. Chúng tôi so sánh đậm độ cản quang của sỏi với mỏm ngang đốt sống L3 cùng bên và chia làm 3 mức độ: mạnh, trung bình và yếu. Tuy nhiên việc phân chia này còn mang tính tương đối, phụ thuộc nhiều vào yếu tố khách quan và chủ quan như đọc bằng mắt thường, thưa xương, chất lượng phim và hơi trong ruột của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy sỏi bể thận có đậm độ cản quang mạnh chiếm tỷ lệ 59,6%, đậm độ cản quang trung bình (24,6%), đậm độ cản quang yếu (3,5%) và sỏi không cản quang là (12,3%) (bảng 4). Kết quả này cũng tương đồng theo tác giả Trần Quán Anh, Nguyễn Bửu Triều ghi nhận có 90% sỏi tiết niệu cản quang và khoảng 10% là sỏi không cản quang [5]. Elton và cộng sự (1993) nghiên cứu trên 203 bệnh nhân đưa ra kết luận rằng trên phim chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị chẩn đoán chính xác sỏi đường niệu là 98,5% nếu thấy có hình cản quang nghi ngờ sỏi trên đường đi của tiết niệu [4].

Sỏi hình thành trong bể thận sẽ to dần, có thể di chuyển trong bể thận gây tổn thương niêm mạc bể thận, làm xuất hiện hồng cầu trong nước tiểu, đi kèm có thể có nhiễm khuẩn gây xuất hiện bạch cầu niệu. Kết quả nghiên cứu cho thấy ở xét nghiệm nước tiểu 10 chỉ tiêu có 70,4% BN có hồng cầu niệu và 85,2% có bạch cầu niệu (bảng 2).

Sỏi bể thận ở vị trí sát niệu quản có thể gây giãn đài bể thận, thậm chí có thể gây giảm chức năng thận. Kết quả nghiên cứu trên hình ảnh siêu âm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu cho thấy

có 89,5% BN có giãn đài bể thận, đây cũng là cơ sở để chỉ định can thiệp lấy sỏi ở bệnh nhân. Giãn đài bể thận lâu dài sẽ ảnh hưởng đến chức năng bên thận có sỏi. Kết quả chụp UIV cho thấy 85,7% trong số 35 BN được chụp có giảm chức năng thận bên có sỏi (bảng 6). Khi một bên thận bị giảm chức năng, thận bên còn lại sẽ tăng cường hoạt động bù trừ bảo đảm chức năng đào thải chất dư thừa cũng như các chức năng khác của thận. Tuy vậy, một số bệnh nhân sự đáp ứng bù trừ đó chưa đủ sẽ có biểu hiện giảm chức năng thận chung của cả cơ thể. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 5,3% BN có tăng creatinin máu.

V. KẾT LUẬN

Lâm sàng của bệnh nhân sỏi bể thận có chỉ định can thiệp nội soi ngược dòng lấy sỏi không có triệu chứng đặc hiệu. Chẩn đoán sỏi, vị trí sỏi, kích thước sỏi, mức độ cản quang dựa vào siêu âm, x-quang tiêu chuẩn và cắt lớp vi tính. Ngoài ra, đánh giá ảnh hưởng của sỏi tới bể thận, chức năng thận bên có sỏi và chức năng thận chung của cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Trường Bảo và CS (2009),** "Sử dụng Holmium: Yag laser trong noi soi tán sỏi niệu quản lưng tại bệnh viện Bình Dân năm 2009", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 14(1), tr. 485-490.
2. **Nguyễn Minh Quang và Vũ Đình Kha (2003**), "Nội soi niệu quản tán sỏi bằng Laser: Kinh nghiệm ban đầu qua 50 trường hợp", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. Tập 7 (Phụ bản số 1), tr. 75-79.
3. **Deliveliotis, C. và các cộng sự. (2003),** "Management and follow-up of impacted ureteral stones", Urol Int. 70(4), tr. 269-72.
4. **Elton, T. J. và các cộng sự. (1993),** "A clinical prediction rule for the diagnosis of ureteral calculi in emergency departments", J Gen Intern Med. 8(2), tr. 57-62.
5. **Nguyễn Bửu Triều và Nguyễn Mễ (2007),** Sỏi thận, Bệnh học tiết niệu Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 193-201.
6. **American Urological Association (2007),** "Guideline for the management of ureteral calculi", Eur Urol. 52(6), tr. 1610-31.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT U THẦN KINH TRUNG THẤT TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thành Trung*, Nguyễn Khắc Kiểm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật u thần kinh trung thất tại Bệnh Viện K. **Tổng quan**: U thần kinh trung thất là các khối u có nguồn gốc thần kinh nằm trong trung thất. Về bản chất giải phẫu bệnh có một số nhóm chính như: u vỏ bao thần kinh (Schwannoma, Neurofibroma, Granular cell tumor, U bao thần kinh ngoại vi ác tính), u tế bào hạch thần kinh (Ganglioneuroma, Ganglioneuroblastoma, Neuroblastoma), u tế bào cận hạch thần kinh (Paraganglioma), u thần kinh gian sườn (U ngoại bì thần kinh nguyên thủy)[1]. Về vị trí u thần kinh thường xuất hiện ở trung thất sau, chiếm từ 20-35% u nguyên phát ở trung thất. Ở người lớn, tỷ lệ này chỉ có 25%, thường lành tính. Trái lại với trẻ em dưới 16 tuổi, đa số là ác tính chiếm 60%[2]. Về điều trị phẫu thuật là điều trị chủ yếu cho hầu hết các loại u thần kinh trung thất. Ở Việt Nam, phẫu thuật điều trị u trung thất từ năm 70-80 thế kỷ XX. Đến năm 1992-2003 phẫu thuật điều trị u trung thất sau đã được thực hiện tại một số bệnh viện trung ương như Bệnh viện K, Bệnh viện Việt Đức, bệnh viện Phổi Trung Ương, bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108. Ngày nay, một số bệnh viện tỉnh, thành trong cả nước đã phẫu thuật điều trị u trung thất[3]. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Bệnh nhân u thần kinh trung thất được điều trị bằng phẫu thuật tại khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến 10/2020. **Kết quả**: Thời gian mổ trung bình 80.08 ± 41,03 phút. Mổ nội soi chiếm 72,6% chủ yếu là u kích thước <6cm. 27,4% bệnh nhân được mổ mở phần là u có kích thước >6cm. Mổ nội soi cho thời gian mổ ngắn hơn và bệnh nhân sau mổ hồi phục tốt hơn. Thời gian dẫn lưu trung bình 3,5 ± 1,1 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 7,0 ± 1,2 ngày. Tai biến trong mổ thấp với tỷ lệ 3,2%, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp 4,8%.

Từ khóa: U thần kinh, trung thất, phẫu thuật.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF SURGERY FOR MEDIASTINAL NERVE TUMORS AT K HOSPITAL

Purpose: evaluation of early surgical results for mediastinal nerve tumors at K Hospital. **Backgrounds**: Mediastinal nerve tumors are nerve derived tumors located in the mediastinum. In the pathology of the disease there are several main groups such as: nerve sheath tumors (Schwannoma, Neurofibroma, Granular cell tumor, Malignant peripheral neuromas), ganglioma (Ganglioneuroma,

**Bệnh viện K*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thành Trung
Email: dr.phamthanhtrung@gmail.com
Ngày nhận bài: 15.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 17.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Ganglioneuroblastoma, Neuroblastoma), paraganglioma, intercostal neuroma (primary neuroderma) . In terms of location, neuromas usually appear in the posterior mediastinum, accounting for 20-35% of primary tumors in the mediastinum. In adults, this rate is only 25%, usually benign. In contrast to children under 16 years old, the majority are malignant accounting for 60%. About surgical treatment is the main treatment for most types of mediastinal nerve tumors. In Vietnam, surgery to treat mediastinum tumors in the 70-80s of the twentieth century. By 1992-2003, surgery to treat the following mediastinal tumors was performed in a number of central hospitals: K Hospital, Viet Duc Hospital, National Lung Hospital, Cho Ray Hospital, Central Military 108 Hospital. Nowadays, a number of provincial and city hospitals in the country have had surgery to treat mediastinal tumors. **Patients and methods**: Patients with mediastinal nerve tumors are treated with surgery at thoracic surgery department, K hospital from January 2015 to October 2020. **Results**: The average time of surgery is 80.08 ± 41.03 minutes. Laparoscopic surgery accounted for 72.6%, mainly tumors < 6cm in size. 27.4% of patients with open surgery are tumors > 6cm in size. Laparoscopic surgery for shorter operation time and better recovery after surgery. Average drainage time 3.5 ± 1.1 days. Average length of hospital stay was 7.0 ± 1.2 days. Complications in surgery are low with 3.2%, the rate of complications after surgery is low 4.8%.

Key words: Neuroma, mediastinum, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U thần kinh trung thất (UTKTT) thông thường xuất hiện ở trung thất sau và gặp chủ yếu ở những người trưởng thành trẻ hoặc trẻ em. Chiếm khoảng 15% của tất cả các u trung thất ở người lớn. Có nguồn gốc xuất phát từ những tế bào của vỏ bao thần kinh, hạch thần kinh tự chủ và những mô cận hạch. Tất cả có nguồn gốc mô học từ mào thần kinh[4-5]. UTKTT thường phát triển chậm và tiềm tàng trong một thời gian dài mà không có triệu chứng. Vì vậy, đa phần UTKTT được phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe định kỳ; hoặc có các triệu chứng không đặc hiệu do u phát triển mạnh gây chèn ép hoặc bị thoái hóa ác tính. Điều trị UTKTT có thể kết hợp nhiều phương pháp tùy theo tính chất u như: phẫu thuật, hóa trị, xạ trị và điều trị đích. Trong đó, phẫu thuật cắt u là lựa chọn chủ yếu và mang lại kết quả cao. Trong những năm gần đây, hiểu biết về sinh lý, giải phẫu bệnh u trung thất sau được nâng cao và cùng với sự phát triển mạnh của các kỹ thuật can thiệp lồng ngực nên phẫu thuật cắt u thần kinh trung thất trên thế giới và Việt Nam cũng đã có nhiều bước tiến đáng kể. Đặc biệt rất nhiều phương thức phẫu thuật như nội soi toàn bộ , nội soi hỗ trợ (VATS) đã được triển khai rất mạnh tại các bệnh viện lớn.

Bệnh viện K trung ương đã áp dụng và thực hiện được tất cả các kỹ thuật mới nhất về chẩn đoán và điều trị u thần kinh trung thất, nhưng chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này chính vì thế chúng tôi xin nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật u thần kinh trong trung thất tại Bệnh Viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 62 bệnh nhân u thần kinh trung thất được điều trị bằng phẫu thuật tại khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến 10/2020.

Thiết kế: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lí bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Tổn thương GPB	n	Tỷ lệ %
U bao dây thần kinh (Schwannoma)	33	53.2
U xơ sợi thần kinh (Neurofibroma)	15	24.4
U cận hạch thần kinh (paraganglioma)	4	6.4
U hạch thần kinh (Ganglioneuroma)	8	12.8
U nguyên bào thần kinh ác tính (Neuroblastoma)	2	3.2

Theo nghiên cứu của chúng tôi u thần kinh xuất hiện nhiều nhất là Schwannoma với 33 trường hợp chiếm 53,2%.

3.2 Mối liên quan giữa mô bệnh học và vị trí U

Mô bệnh học	U TK trung thất trên		UTK trung thất sau		UTK trung thất trước		UTK trung thất giữa	
	N	(%)	n	(%)	n	%	n	%
U bao dây thần kinh (Schwannoma)	10	66.7	23	48,9	0	0	0	0
U xơ sợi thần kinh (Neurofibroma)	4	26.6	11	23,4	0	0	0	0
U cận hạch thần kinh (paraganglioma)	0	0	4	8,5	0	0	0	0

U hạch thần kinh (Ganglioneuroma)	1	6,7	7	14,9	0	0	0	0
U nguyên bào thần kinh ác tính (Neuroblastoma)	0	0	2	4,4	0	0	0	0

U thần kinh chủ yếu xuất hiện ở trung thất sau chiếm 75,8%. Trong đó u bao dây thần kinh (schwannoma) chiếm tỷ lệ nhiều nhất (48,9%). Không có trường hợp nào xuất hiện ở u trung thất trước và giữa.

Các phương pháp phẫu thuật. Phương pháp mổ nội soi được sử dụng nhiều nhất với 45 bệnh nhân chiếm 72,6%. Có 27,4% số bệnh nhân mổ mở đa phần là các u có kích thước lớn >6cm.

3.3 Lựa chọn phương pháp phẫu thuật với kích thước u

Phương pháp phẫu thuật	Kích thước u				p
	< 6 cm		≥ 6 cm		
	n	%	N	%	
Mổ nội soi	40	88.9	5	29.4	0,001
Mổ mở	5	11.1	12	70.6	
Tổng	**45**	**100**	**17**	**100**	

Đa phần các u < 6cm đều được tiến hành mổ nội soi (88.9%). Nhóm u có kích thước ≥ 6 cm, mổ mở là phương pháp sử dụng nhiều nhất (70.6%). Như vậy, lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội soi hay mổ mở có liên quan với kích thước u.

3.4 Mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật và thời gian phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	Thời gian mổ trung bình (phút)	Độ lệch	Lớn nhất - nhỏ nhất (phút)	p
Mổ mở	12	111,5	54,7	70 - 300	0,218
Mổ nội soi	50	66,11	12,87	45 – 110	
Thời gian mổ	62	80.08	41,03	45 – 300	

Thời gian phẫu thuật trung bình là 80.08 ± 41,03 phút và không có sự khác biệt khi so sánh phương pháp mổ với thời gian phẫu thuật (p > 0,05).

3.5 Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	N	Tỷ lệ %
Chảy máu	1	1,6
Rách màng phổi	1	1.6
Khác	0	0
Tổng	**2**	**3.2**

Không trường hợp nào tử vong trong mổ. Có 1 trường hợp chảy máu và 1 trường hợp rách màng phổi do U kích thước lớn (~20cm) chiếm gần toàn bộ phổi (T).

Kết quả hậu phẫu.

Thông tin	Thời gian	Trung bình	Độ lệch	Lớn nhất - nhỏ nhất
Thời gian để dẫn lưu	ngày	3.5	1,1	2-7
Thời gian điều trị sau mổ	ngày	7,0	1,2	5 - 12

Thời gian để dẫn lưu và điều trị sau mổ ngắn, bệnh nhân hồi phục sớm. Thời gian để dẫn lưu lâu nhất là 12 ngày do u kích thước lớn xâm lấn rộng.

3.6 Mối liên quan phương pháp phẫu thuật và thời gian dẫn lưu sau mổ.

Phương pháp phẫu thuật	n	Thời gian dẫn lưu trung bình(ngày)	Độ lệch	Lớn nhất - nhỏ nhất (ngày)	P
Mổ mở	17	4,59	1.1	3-7	0.009
Mổ nội soi	45	3.09	0.7	2-5	

Thời gian để dẫn lưu 2 nhóm mổ mở và mổ nội có sự khác biệt với p <0.05

3.7 Liên quan thời gian nằm viện sau mổ và phương pháp phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật	n	Thời gian điều trị sau mổ (ngày)	Độ lệch	Lớn nhất - nhỏ nhất (ngày)	P
Mổ mở	17	7,8	1,5	6-12	0.07
Mổ nội soi	45	6.7	0.8	5-8	

Thời gian điều trị sau mổ ở 2 nhóm phẫu thuật mổ mở và mổ nội soi không có sự khác biệt với p > 0,05.

Kết quả biến chứng sau mổ.

Biến chứng sau mổ	n	Tỷ lệ %
Tràn dịch màng phổi	1	1,6
Chảy máu	1	1,6

Nhiễm trùng vết mổ	1	1,6
Tử vong	0	0
Tổng	**3**	**4,8**

Biến chứng xảy ra ở 3 trường hợp (4,8%) gồm: 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ (1,6%) phải bơm rửa khoang màng phổi. 1 bệnh nhân (1.6%) tràn dịch màng phổi do U kích thước lớn xâm lấn nhiều tổ chức. 1 bệnh nhân (1,6%) nhiễm trùng vết mổ khó liền do tuổi cao và có tiền sử đái tháo đường.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, u thần kinh chủ yếu xuất hiện ở trung thất sau (75,8%), sau đó là trung thất trên với (24,1%), không có trường hợp nào xuất hiện ở trung thất trước và giữa. Tỷ lệ này cũng phù hợp với nhận định của một số tác giả cho rằng tổn thương bệnh lý hay gặp nhất ở trung thất sau là u thần kinh[6].

Về phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy rằng mổ nội soi được thực hiện rất thành công với những u có kích thước < 6cm, đạt tỷ lệ cao 88,9%. Đặc biệt những u có kích thước ≥ 6cm chúng tôi tiến hành mổ nội soi hỗ trợ (VATS) lấy u được với 5 trường hợp (29,4%). Tuy nhiên những trường hợp khó khăn, việc rạch đường ngực nhỏ là rất cần thiết và an toàn hơn trong cuộc mổ. Không có trường hợp mổ nội soi nào phải chuyển mổ mở. Kết quả của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ này của các tác giả trong và ngoài nước như: Phạm Hữu Lư (2015) là 3,9%[7], Mariusz P. Łochowski (2014) là 9,1%[8].

Thời gian mổ được tính từ lúc rạch da đến khi bệnh nhân được đóng mũi da cuối cùng có kết quả trung bình là 80,8 ± 41,03 phút. Một số tác giả khác cũng có thời gian mổ lâu hơn như: Yun Li and Jun Wang (2013) thời gian mổ trung bình 127,2 ± 74,3 phút, Giuseppe Cardillo (2008) thời gian mổ trung bình là 129,9 ± 70,3 phút. Lý do có sự chênh lệch trên do số trường hợp có kích thước u < 6cm chiếm phần lớn (72,6%). Thời gian mổ mở 111,5 ± 54,7 lâu hơn so thời gian mổ nội soi là 66.11 ± 12,87. phương pháp mổ nội soi có nhiều ưu điểm hơn mổ mở như khả năng hồi phục thể trạng, trở lại với cuộc sống sinh hoạt bình thường nhanh hơn, vết mổ nhỏ nên có tính thẩm mỹ cao. Đặc biệt bệnh nhân ít đau hơn nên dễ dàng ho khạc đờm dãi nhằm hạn chế viêm phổi, xẹp phổi sau mổ. So sánh này có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Vì thế, mổ nội soi lồng ngực được áp dụng nhiều hơn trong việc phẫu thuật u thần kinh trung thất.

Tất cả các trường hợp sau mổ u thần kinh trung thất đều được đặt ống dẫn lưu ngực sau mổ. Thời gian để dẫn lưu trung bình sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,5 ± 1,1 ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình theo nghiên cứu của chúng tôi là 7,0 ± 1,2 ngày, Thời gian hậu phẫu của chúng tôi cao hơn của các tác giả khác như: Nicolas Venissac (2004) thời gian hậu phẫu trung bình 5,5 ± 1,9 ngày[9]. Thời gian nằm viện của các tác giả có sự khác nhau nhưng đều khẳng định rằng thời gian điều trị sau mổ nội soi ngắn hơn mổ mở.

Phẫu thuật điều trị u thần kinh trung thất sau là phương pháp phẫu thuật an toàn cho người bệnh với tỷ lệ tai biến thấp 3,2% và biến chứng là 4,8%. Trong đó xảy ra ở cả nhóm bệnh nhân được mổ nội soi và nhóm mổ mở. Tỷ lệ biến chứng có khác nhau giữa các tác giả trong và ngoài nước: Mariusz P. Łochowski (2014) không có trường hợp nào có biến chứng trong và sau mổ. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng của chúng tôi thấp hơn nhiều so với các tác giả khác: Yun Li and Jun Wang (2013) 12,1% có biến chứng xảy ra. Celalettin I Kocaturk (2017) có 12,1% có biến chứng, chủ yếu là dò khí.

V. KẾT LUẬN

U thần kinh trong trung thất là loại u với các đặc điểm bệnh học khác nhau và phần lớn nằm ở trung thất sau. Phương pháp điều trị chính là phẫu thuật lấy u, việc phát hiện bệnh sớm khi u còn nhỏ và tiến hành phẫu thuật nội soi nếu có thể sẽ đem lại được lợi ích cho bệnh nhân về thời gian nằm viện, hạn chế biến chứng và có kết quả thẩm mỹ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sugarbaker's Adult Chest Surgery, 3e | AccessSurgery |** McGraw-Hill Medical. Accessed November 1, 2020. https:// accesssurgery. mhmedical.com/ book.aspx?bookID=2781
2. **Wright CD.** Mediastinal tumors and cysts in the pediatric population. Thorac Surg Clin. 2009;19 (1):47-61, vi. doi:10.1016/j.thorsurg.2008.09.014
3. **Nguyễn Tiến Quyết, Trần Bình Giang.** Bài Giảng Phẫu Thuật Nội Soi Cơ Bản. Published online 2013.
4. **Barrenechea IJ, Fukumoto R, Lesser JB, Ewing DR, Connery CP, Perin NI.** Endoscopic resection of thoracic paravertebral and dumbbell tumors. Neurosurgery. 2006;59(6):1195-1201; discussion 1201-1202. doi:10.1227/01.NEU.0000245617.39850.C9
5. **Experience of video-assisted** thoracoscopic resection for posterior mediastinal neurogenic tumours: a retrospective analysis of 58 patients - Li - 2013 - ANZ Journal of Surgery - Wiley Online Library. Accessed November 1, 2020. https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1445-2197.2012.06174.x
6. **Sabiston and Spencer Surgery of the Chest** - 9th Edition. Accessed November 1, 2020. https://

www.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-24126-7
7. **Phạm Hữu Lư.** Nghiên cứu điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Published online 2015.
8. **Łochowski MP, Brzeziński D, Kozak J.** Videothoracoscopy in the treatment of benign neurogenic tumours of the posterior mediastinum. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2014;9(3):315-318. doi:10.5114/wiitm.2014.44255
9. **N V, F L, P H, P P, J M.** Mediastinal neurogenic tumors and video-assisted thoracoscopy: always the right choice? Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2004;14(1):20-22. doi:10.1097/00129689-200402000-00005.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO HAI BÓ DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lâm Thanh Hải*, Trần Chiến*, Nguyễn Thế Anh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đứt dây chằng chéo trước (DCCT) là tổn thương thường gặp ở bệnh nhân chấn thương kín khớp gối, phổ biến ở các vận động viên thể thao và do tai nạn giao thông với tỷ lệ khoảng 35 trên 100.000 người. Tỉ lệ mắc mới hàng năm là 100.000-175.000 ca chỉ tính riêng ở Hoa Kì. **Mục đích:** của nghiên cứu này là đánh giá kết quả nội soi tái tạo hai bó dây chằng chéo trước tại khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1 năm 2015 - tháng 6 năm 2019. **Đối tượng và phương pháp**: Bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí đưa vào, đăng ký tham gia nghiên cứu này và được phẫu thuật tái tạo hai bó dây chằng chéo trước sử dụng gân Hamstring. Đo độ bất ổn của khớp gối theo nghiệm pháp Lachman và chức năng khớp gối với điểm Lyshome 6 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** 32 bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn chọn bệnh (tất cả đều là nam). Đường kính ghép của bó trước trong và sau ngoài lần lượt là 6,0 - 7,0mm (trung bình 6,5 +0,5) và 4,5- 6,0 mm (trung bình 5,2 ± 0,4). Sau phẫu thuật, 96,6% bệnh nhân cải thiện được chức năng khớp gối và sự bất ổn của khớp gối. Kết quả chung theo điểm số của Lyshome là: 90,1 ± 4,8 kết quả rất tốt và tốt, 3,1% trung bình và 0% kết quả kém. **Kết luận**: Kỹ thuật tái tạo hai bó dây chằng chéo trước qua nội soi khớp cho thấy kết quả tốt dựa trên điểm số Lysholm và bài kiểm tra Lachman sau 6 tháng theo dõi. Tuy nhiên, cần nhiều bệnh nhân hơn và theo dõi lâu hơn.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, gân Hamstring, hai bó…

SUMMARY

ARTHROSCOPIC DOUBLE BUNDLE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION AT THAI NGUYEN CENTER HOSPITAL

Background: Anterior cruciate ligament (ACL) rupture is one of the most frequent orthopaedic injuries, with a yearly incidence of 35 per 100,000 people. It is estimated that there are 100,000–175,000 injuries per annum in the USA alone. **Purpose:** Purpose of this study is to evaluate theresults of arthroscopic double bundle ACL reconstruction in department of traumatic and orthopaedics surgery Thai Nguyen Center Hospital from January 2015 – June 2019. **Material and method:** Patient who met inclusion criteria, enrolled to this study and underwent double bundle ACL reconstruction using Hamstring tendon autograft. Measure the knee instability according to Lachman test and knee function with Lyshome score 6 months after surgery. **Results:** Thirty-two patients fulfilled the inclusion criteria (all are males). Anteromedial (AM) and posterolateral (PL) bundles graft diameter were 6,0 - 7,0 mm(mean 6,5 +0,5) and 4,5- 6,0 mm (mean 5,2±0,4), respectively. Postoperatively, 96,6% patients improve theknee function and knee instability. Overall resultsaccording to Lyshome score is: 90,1±4,8 excellent andgood results, 3,1% moderate and 0% bad result. **Conclusion**: Arthroscopic ACL reconstruction withautograft shows good fuctional outcome of the Knee based on Lysholm score and Lachman test at 6 months follow-up. However, morepatients and longer follow-up are needed.

Keywords: Anterior cruciate ligament, Hamstring tendon, double bundle

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đứt dây chằng chéo trước (DCCT) là tổn thương thường gặp ở bệnh nhân chấn thương kín khớp gối, phổ biến ở các vận động viên thể thao và do tai nạn giao thông với tỷ lệ khoảng 35 trên 100.000 người [3]. Tỉ lệ mắc mới hàng năm là 100.000-175.000 ca chỉ tính riêng ở Hoa Kì [4]. Tổn thương DCCT gây mất vững khớp gối, đi lại khó khăn, làm giảm khả năng lao động cũng như các hoạt động thể thao của bệnh nhân [5]. Nếu không được điều trị kịp thời sẽ gây ra các tổn thương thứ phát như rách sụn chêm, vỡ sụn khớp, gây thoái hoá khớp sớm [1]. Do đó việc phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng khớp gối là phương pháp hiệu quả nhất để khôi phục lại độ vững và chức năng của khớp gối[1][5].

**Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Lâm Thanh Hải
Email: lamhai12101992@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 5.12.2020

Dựa trên những hiểu biết sau này về giải phẫu của DCCT các tác giả đồng ý với quan điểm DCCT chia làm hai bó là bó trước trong và bó sau ngoài [2]. Ngày nay việc phẫu thuật tái tạo cả hai bó hay chỉ một bó của DCCT còn nhiều quan điểm khác nhau gây tranh cãi [6], tuy nhiên việc khôi phục về giải phẫu là cơ sở cho việc phục hồi các chức năng trước tổn thương vẫn là ưu tiên hàng đầu của các phẫu thuật viên, cũng như của đề tài này.

Vì vậy, theo xu thế phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng khớp gối trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng nhiều phẫu thuật viên đã tiến hành kỹ thuật tái tạo dây chằng chéo trước hai bó với mục tiêu phục hồi dây chằng mới gần giống với cấu trúc giải phẫu bình thường của DCCT kết quả bước đầu đều cho thấy kỹ thuật tái tạo dây chằng chéo trước hai bó khôi phục lại độ vững chắc của khớp gối tốt hơn kỹ thuật tái tạo một bó, đặc biệt là động tác xoay [7].

Tại khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình bệnh viện Trung ương Thái Nguyên phẫu thuật nội soi khớp tái tạo dây chằng chéo trước bắt đầu từ năm 2013. Có rất nhiều kĩ thuật được tiến hành trong đó có kĩ thuật hai bó, tuy nhiên chưa có báo cáo nào đánh giá đầy đủ về kĩ thuật này. Vì vậy chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo hai bó dây chằng chéo trước tại bệnh viện trung ương Thái nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước kĩ thuật hai bó tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2020.

Loại trừ những bệnh nhân có tổn thương phối hợp các dây chằng bên hoặc trong, cần phẫu thuật khâu hoặc tái tạo, đồng thời những bệnh nhân có tổn thương xương khớp gối phức tạp.

Tất cả bệnh nhân được chọn lựa thu thập số liệu vào mẫu bệnh án thiết kế từ trước

2.2.Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, kết hợp giữa hồi cứu và tiên cứu, không có nhóm đối chứng

2.3. Cỡ mẫu. Lấy mẫu thuận tiện

2.4. Các bước tiến hành. Đánh giá lâm sàng bằng nghiệm pháp Lachman phân độ dựa vào độ dịch chuyển ra trước cảu mâm chày so với lồi cầu đùi, trong nghiệm pháp Lachman[1]: Độ 0 từ < 3mm, độ I từ 3 - 5mm, độ II từ 6 - 10 mm, độ III từ >10 mm.

Chụp cộng hưởng từ (MRI): Đánh giá tổn thương dây chằng chéo trước và các thành phần khác.

Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm trước phẫu thuật và sau phẫu thuật: Rất tốt từ 95-100 điểm, tốt từ 84 - 94 điểm, trung bình từ 65 - 83 điểm, xấu < 65điểm.

Kỹ thuật: Bệnh nhân được gây tê, đặt tư thế nằm ngửa, garo được đặt 1/3 trên đùi. Đặt cổng trước ngoài và trước trong theo thường quy ở gối để chẩn đoán nội soi. Sau khi chẩn đoán xác định đứt DCCT, tiến hành lấy mảnh ghép Hamstring chân cùng bên. Tạo đường hầm xuyên chày bằng dụng cụ định vị. Vị trí lỗ ra trung tâm điểm bám DCCT. Tạo đường hầm xương đùi từ trong ra ngoài. Tạo mảnh ghép gân cơ thon và gân bán gân. Cố định mảnh ghép tại đường hầm đùi bằng XO-button và đường hầm chày bằng vít chẹn tự tiêu.

Đánh giá kết quả sau mổ 6 tháng bằng thang điểm Lysholm

Phục hồi chức năng sau mổ: Duỗi gối bất động bằng nẹp sau phẫu thuật. Sau 02 ngày tập gồng có tứ đầu, đi bộ không tì trọng lượng, gấp duỗi gối thụ động, đạt được gối gấp từ 0^0-90^0 sau 02 tuần. Sau 04 tuần lấy lại đầy đủ tầm vận động khớp gối. Bệnh nhân trở lại sinh hoạt hoàn toàn bình thường từ tháng thứ 5 sau mổ, bắt đầu tham gia các hoạt động thể thao từ tháng thứ 6.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nghiên cứu

Đặc điểm nghiên cứu		N	%
Giới	Nam	32	100
	Nữ	0	0
Chân	Trái	17	53,1
	Phải	15	46,9
Tuổi trung bình		29,34 ±5,8	
Dấu hiệu Lachman	Độ I	0	
	Độ II	19	59,4
	Độ III	13	40,6
Tổn thương	Đứt DCCT đơn thuần	20	62,5
	Rách sụn chêm	12	37,5
Điểm Lysholm trung bình trước mổ		56,25±5,3	
Thời gian trung bình từ khi chấn thương tới khi phẫu thuật (tuần)		5,3±2,1	

Nhận xét: Toàn bộ bệnh nhân là nam, chân trái/chân phải là 17/15 bệnh nhân. Tất cả 32/32 bệnh nhân đều có đầu hiệu Lachman (100%). Có 20/32 bệnh nhân đứt DCCT đơn thuần (62,5%).

Điểm Lysholm trung bình trước mổ là 56,25±5,3 trong đó toàn bộ bệnh nhân đều thuộc nhóm kém.

Bảng 2: Đường kính của mảnh ghép

Mảnh ghép	Nhỏ	Lớn	Trung bình

	nhất	nhất	
Bó trước trong	6	7	6,5±0,5 mm
Bó sau ngoài	5	6	5,2±0,4 mm
Tổng (n=32)	**5**	**7**	**5,85± 0,45mm**

Nhận xét: Đường kính trung bình của mảnh ghép trước trong là 6,5±0,5 mm (lớn nhất là 7mm, nhỏ nhất là 6 mm). Đường kính trung bình của mảnh ghép sau ngoài là 5,2±0,4 mm (lớn nhất là 6mm, nhỏ nhất là 5mm). Những trường hợp sau khi chập 3 mảnh ghép vẫn có đường kính ≤ 4,5mm thì chúng tôi lấy thêm gân bán gân và gân cơ thon tai bên chân đối diện.

Bảng 3: Kết quả điều trị sau 6 tháng

Đặc điểm nghiên cứu		N	%
Điểm Lysholm	Rất tốt	19	28,1
	Tốt	22	68,8
	Trung bình	1	3,1
	Xấu	0	0
Lysholm trung bình sau mổ		90,1±4,8	
Dấu hiệu Lachman	Âm tính	29	90,6
	Độ I	2	6,3
	Độ II	1	3,1
	Độ III	0	0
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		52,3±10,06	

Nhận xét: Sau 6 tháng phẫu thuật có 29/32 bệnh nhân có dấu hiệu Lachman âm tính (90,6), 2/32 độ I (6,3), 1 bệnh nhân độ II (3,1%).

Điểm Lysholm trung bình sau 6 tháng là 90,1±4,8 điểm. Có 31 bệnh nhân đạt kết quả rất tốt và tốt chiếm 96,9%, có 1 bệnh nhân đạt kêt quả trung bình chiếm 3,1%. Không có kết quả xấu.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả tái tạo DCCT của những nghiên cứu trước đó ảnh hưởng nhiều yếu tố như kỹ thuật cố định mảnh ghép, một bó hay hai bó và chọn loại mảnh ghép . Trong những yếu tố này thì việc chọn kĩ thuật một bó hay hai bó là một trong những yếu tố quan trọng vì nó quyết định tới việc phục hồi chức năng và độ vững chắc khớp gối sau này.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng vật liệu để tái tạo DCCT là mảnh ghép gân hamstring. Chúng tôi chọn những bệnh nhân có chiều dài mảnh ghép cả hai bó ≥80mm và đường kính >4,5mm. Trường hợp không đủ kích thước chúng tôi tiến hành lấy gân hamstring của chân đối diện. Về chức năng của chân lây gân chúng tôi thấy kết quả tốt, không ảnh hưởng tới vận động của chân.

Đánh giá chức năng khớp gối sau mổ theo thang điểm Lysholm có 31/32 (96,9%) bệnh nhân đạt kết quả rất tốt và tốt trong đó Rất rốt đạt 28,1%, tốt đạt 68,8%. Điểm Lysholm sau mổ là 90,1±4,8. Chúng tôi thấy sự cải thiện một cách có ý nghĩa thống kê điểm Lysholm chức năng khớp gối sau mổ so với trước mổ tương tự trong các nghiên cứu khác.

Nghiên cứu	Số bệnh nhân	Thời gian theo dõi	Điểm Lysholm		p
			Trước mổ	Sau mổ	
Yan Xu [8]	34	12-36 tháng	67,8±18,8	91,0±11,6	<0,05
Ran Sun	128	12 tháng	58,25±5,4	92,1±4,5	<0,05
Ochiai	36	12 tháng	50,2±18,6	96,8±6,3	<0,05
Saito	100	24 tháng	55,89±7,4	97,9±3,6	<0,05
Paolo	30	6 tháng	59,6±20,6	96,4±17,3	<0,05

Sau phẫu thuật 6 tháng: 29 BN dấu hiệu Lachman âm tính, 2 BN dấu hiệu Lachman độ I và 1 BN dấu hiệu Lachman độ II. Sau phẫu thuật độ vững khớp gối của BN cải thiện đáng kể.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ phục hồi độ vững và chức năng của khớp gối sau phẫu thuật tái tạo DCCT giữa nhóm có tổn thương và không tổn thương sụn chêm sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Nghiên cứu của chúng tôi còn giới hạn vì chưa đánh giá được đầy đủ độ vững chắc của khớp gối sau phẫu thuật tại thời điểm 06 tháng sau phẫu thuật nguyên nhân do thiếu trang thiết bị dụng cụ để đánh giá độ chuyển trục của khớp gối (Pivot shift).

Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi không gặp tai biến về kỹ thuật mổ,cũng như không gặp BN có biến chứng nhiễm khuẩn khớp, đây là biến chứngrất nặng nề có thể ảnh hưởng đến tính mạng hoặc gây tàn phế. Sở dĩ đạt đượckết quả như vậy là do trong quá trình phẫu thuật chúng tôi tuân thủ đúng cácnguyên tắc vô trùng tuyệt đối. Với kết quả này, phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước hai bó đã mang tới thêm một lựa chọn về phương pháp điều trị cho người bị tổn thương dây chằng chéo trước với mục đích phục hồi tối đa độ vững chắc của khớp gối.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tái tạo hau bó DCCT bằng gân hamstring cho thấy kết quả cải thiện đang kể chức năng khớp gối sau 06 tháng theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hoàng Tùng,** "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo hai bó dây chằng chéo trước sử dụng gân bánh chè đồng loại". Luận án tiến sĩ y học, 2018.
2. **Trang Mạnh Khôi,** "Nghiên cứu giải phẫu dây chằng khớp gối ở người Việt Nam". Luận án tiến sĩ - Trường đại học Y thành phố Hồ Chí Minh, 2018.
3. **Freddie H Fu, et al.,** "Anatomic anterior cruciate ligament reconstruction: a changing paradigm". 2015. **23**(3): p. 640-648.
4. **Sam K Yasen, et al.,** "Clinical outcomes of anatomic, all-inside, anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction". 2016. **24**(1): p. 55-62.
5. **Cesar AQ Martins, et al.,** "The concept of anatomic anterior cruciate ligament reconstruction". 2012. **16**(3): p. 104-115.
6. **Olaf Lorbach, et al.,** "Biomechanical evaluation of knee kinematics after anatomic single-and anatomic double-bundle ACL reconstructions with medial meniscal repair". 2015. **23**(9): p. 2734-2741.
7. **Shaoqi Tian, et al.,** "Anatomic double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction with a hamstring tendon autograft and fresh-frozen allograft: a prospective, randomized, and controlled study". 2016. **32**(12): p. 2521-2531.
8. **Yan Xu, et al.,** "Prospective randomized comparison of anatomic single-and double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction". 2013. **22**(2): p. 308-316.
9. **Ran Sun, et al.,** "Prospective randomized comparison of knee stability and joint degeneration for double-and single-bundle ACL reconstruction". 2015. **23**(4): p. 1171-1178.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬTUNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆNUNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Hồng Minh[1], Lê Chính Đại[2], Lê Văn Quảng[2, 3]
Ngô Xuân Quý[3], Ngô Quốc Duy[3], Ngô Vi Tiến[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật trên bệnh nhân UTTG. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 121 BN UTTG được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. **Kết quả**: Bệnh gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 18 – 55, với tỷ lệ nữ/nam là 19/1. Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt TBTG (80,91%), với tỷ lệ vét hạch cổ là 74,49%. Hầu hết là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú giai đoạn I. Thời gian nằm viện trung bình là từ 6-10 ngày (57%). Tổn thương TKTQQN và suy tuyến cận giáp với biểu hiện khàn tiếng và cơn co rút tay chân là 2 biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật UTTG, thể hiện rõ sau 72 giờ, hầu hết tổn thương này là tạm thời. Tỷ lệ biến chứng tăng ở nhóm bệnh nhân cắt TBTG so với nhóm cắt thùy + eo. Biến chứng cũng tăng ở nhóm vét hạch cổ so với nhóm không vét hạch

Từ khóa: UTTG giai đoạn sớm, phẫu thuật, biến chứng

SUMMARY

TO EVALUATE THE EARLY CLINICAL OUTCOME OF SURGICAL TREATMENT FOR THYROID CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the early clinical outcome of surgical treatment for thyroid cancer. **Method and study design:** 121 early stage thyroid cancer patients treated with surgery at Nghe An Oncology Hospital. Results: The 18-55 age group accounted for the highest percentage. The female/male was 19/1. Most patients had received total thyroidectomy at 80.91% with the percentage of neck lymph node dissection was 74.49%. The most common type was papillary thyroid cancer, and the rate of patients with positive lymph nodes was 62.5%. Mean postoperative stage was 6-10 days (57%). Recurrent laryngeal nerve injury and hypoparathyroidism with hoarseness, muscle cramps are the common complications. Mostly presented after 72 hours and then reducing with the temporary characteristic. The rate of complication was higher in total thyroidectomy dissection group than thyroid lobectomy. The same phenomenon was found in lymph node dissection groups compared to non-lymph node dissection groups. **Conclusions:** The major postoperative complications are temporary recurrent laryngeal nerve injury and parathyroid failure. The rate of these complications has increased in patients receiving total thyroidectomy and lymph nodes dissection. It is important to early diagnosis complications in these groups of patients and taking appropriate treatment.

Keywords: Thyroid cancer, surgery, early outcome, complication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là bệnh ung thư

[1]Bệnh viện Ung bướu Nghệ An
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện K
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Minh
Email: drminhna1302@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2020
Ngày duyệt bài: 6.12.2020

phổ biến nhất của hệ nội tiết(chiếm 92%-95%)và chiếm 3,6% các bệnh ung thư nói chung[1]. Trong điều trị UTTG, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất có tính chất quyết định đến kết quả điều trị[2]. Tuy vậy, phẫu thuật cũng có những tai biến, biến chứng, đặc biệt là các biến chứng về tuyến cận giáp và thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN) vẫn còn gặp tỷ lệ đáng kể[3].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 121 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến giáp nguyên phát và được điều trị phẫu thuật tại khoa Ngoại Đầu – Cổ, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ .

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp nguyên phát, được phẫu thuật tại khoa ngoại Đầu – Cổ,Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An**.**
- Kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến giáp.
- Chưa can thiệp phẫu thuật ở tuyến trước.
- Có thông tin theo dõi sau điều trị.
- Có hồ sơ lưu đầy đủ.
- Không có chống chỉ đinh phẫu thuật

Tiêu chuẩn loại trừ: không đáp ứng tiêu chuẩn trên

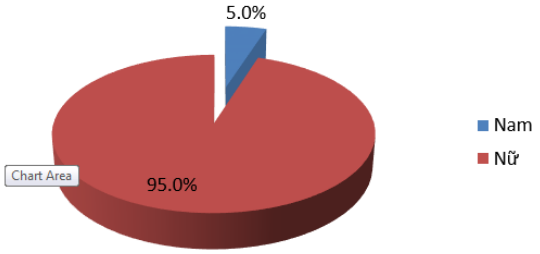
Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Các yếu tố lâm sàng

▪ Tuổi mắc trung bình là: 51,85±11,75 tuổi

▪ Phân bố bệnh nhân theo giới:



Nhận xét: Hầu hết BN nghiên cứu là nữ giới, tỷ lệ nữ/nam = 19/1.

▪ Đặc điểm u tuyến giáp trên siêu âm:

Đặc điểm u tuyến giáp trên siêu âm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Số lượng u	Có 1 u	89	73.6%
	≥ 2u	32	26.4%
Vị trí u	Thùy phải	64	56.6%
	Thùy trái	34	30.1%
	Cả 2 thùy	23	13.3%
	Eo giáp	0	0.0%
Kích thước u	≤ 2cm	105	86.8%
	> 2 – 4cm	16	13.2%
	> 4cm	0	0.0%
TIRADS	3	11	9.1%
	4a	18	14,9%
	4b	34	28.1%
	4c	46	38,0%
	5	12	9.9%

Nhận xét: **-** Trên siêu âm tỷ lệ gặp 1 khối u nhiều hơn (73,6%).

- Đánh giá theo TIRADS chủ yếu là TIRADS 4 (81 %).

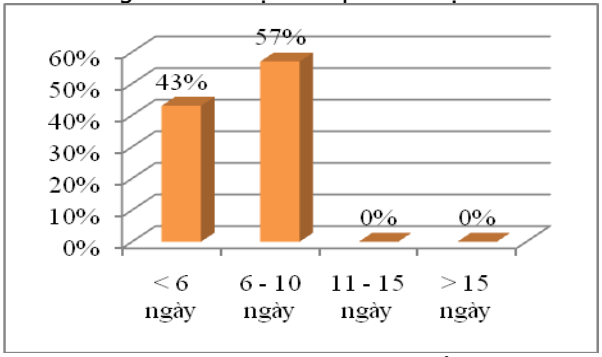
3.2 Kết quả điều trị phẫu thuật UTTG:

▪ Các phương pháp phẫu thuật**:**

Các phương pháp phẫu thuật		Số BN (%)	Tổng
Cắt thùy +eo giáp	Không vét hạch	8 (33,33%)	23 (19,09%)
	Có vét hạch	15 (66,67%)	
Cắt TBTG	Không vét hạch	25 (25,51%)	98 (80,91%)
	Có vét hạch	73 (74,49%)	
Tổng		121(100%)	121(100%)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt TBTG chiếm phần lớn (80,91%). Trong nhóm cắt TBTG thì tỷ lệ bệnh nhân được vét hạch cổ chiếm 74,49%. Còn nhóm cắt thùy + eo giáp thì tỷ lệ này chỉ là 66,67%.

▪ Thời gian nằm viện sau phẫu thuật:



Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân nằm viện sau phẫu thuật từ 6-10 ngày (57%).

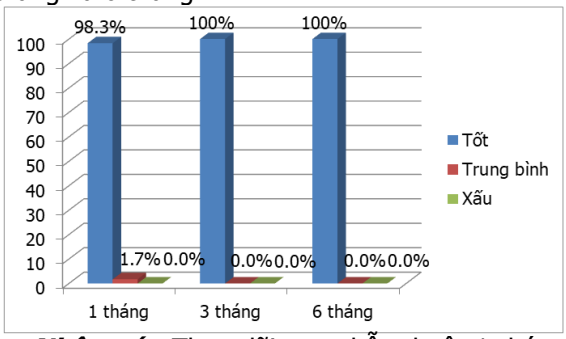
▪ Các phương pháp phẫu thuật với hạch.

Phương pháp phẫu thuật hạch		Số BN	Tỷ lệ (%)
Vét hạch	Không	33	27,27%
	Có	88	72,73%
Vét hạch cổ dự phòng		38	31,40%
Vị trí vét hạch (n =88)	Chỉ vét hạch nhóm VI	21	23,75%
	Vét hạch nhóm VI + hạch cổ bên	67	76,25%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được vét hạch cổ

là 72,73%. Trong các bệnh nhân được vét hạch, hầu hết các bệnh nhân đều được vét hạch đồng thời nhóm VI và hạch cổ bên với 76,25%.

▪ Kết quả chung sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng:



Nhận xét: Theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng kết quả chung tốt dần lên với tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt tăng dần theo thời gian

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả sau phẫu thuật 1 tháng, 3 UTTG.

▪ Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 51,85±11,75. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của các tác giả Lê Văn Quảng, Lê Chính Đại, Nguyễn Thị Thu Nhung[1,4,5]. Các nghiên cứu cho thấy UTTG là bệnh lý có thể gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau nhưng lứa tuổi hay gặp nhất là từ 18–55tuổi,với nhóm tuổi thuộc nhóm nguy cơ cao trên 55 tuổi hoặc dưới 18 tuổi gặp ít hơn, rất ít gặp bệnh nhân dưới 18 tuổi.

▪ Siêu âm tuyến giáp: Tỷ lệ có từ 2 u trở lên trên siêu âm 26,4% cao hơn so với khám trên lâm sàng 17,4%.Trong nghiên cứu của chúng tôi, TIRADS 4 chiếm phần lớn với tỷ lệ 81%, không có trường hợp nào TIRADS 1 và 2.

4.2. Kết quả điều trị của phẫu thuật UTTG.

▪ Phương pháp phẫu thuật. Mục đích của phẫu thuật là để lấy bỏ khối u nguyên phát và hạch vùng cổ nếu có, đánh giá được giai đoạn của bệnh một cách chính xác, giảm thiểu tối đa nguy cơ tái phát bệnh tại chỗ và di căn xa, giảm tỷ lệ tử vong do ung thư, tạo điều kiện thuận lợi cho việc điều trị Iod phóng xạ sau phẫu thuật. Điều trị tiêu chuẩn cho hầu hết các bệnh nhân mắc UTTG thể biệt hóa là cắt TBTG kèm theo nạo vét hạch cổ nếu có. Tuy nhiên với khối u có kích thước < 4cm và bệnh nhân không có một trong các yếu tố nguy cơ tiên lượng xấu có thể cắt thùy tuyến giáp có u và eo giáp[6].

▪ Thời gian nằm viện sau phẫu thuật và sau khi ra viện. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật của chúng tôi chủ yếu là 6 – 10 ngày (57%), có 43% nằm viện sau phẫu thuật dưới 6 ngày (đây là những bệnh nhân được cắt thùy và eo giáp), không có bệnh nhân nằm viện từ 11 – 15 ngày và chỉ có 1 trường hợp(0,8%) 15 ngày đây là bệnh nhân có biến chứng rò ống ngực sau phẫu thuật nên có thời gian nằm viện dài hơn các bệnh nhân khác[7].

▪ Kết quả chung sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng: Hầu hết các bệnh nhân đều có kết quả chung là tốt với tỷ lệ 98,3% (sau 1 tháng), 100% (sau 3 tháng) và 100% (sau 6 tháng). Như vậy có thể thấy rằng với phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp đa phần cho kết quả tốt đặc biệt nếu bệnh được phát hiện ở giai đoạn sớm và điều trị kịp thời, phần lớn các biến chứng sau phẫu thuật có thể phục hồi sau thời gian theo dõi nên kết quả chung cũng được cải thiện dần[8].

V. KẾT LUẬN

Biến chứng hay gặp trong phẫu thuật UTTG là tổn thương dây TKTQQN và suy tuyến cận giáp, hầu hết là tạm thời và hồi phục dần sau phẫu thuật. Tỷ lệ các biến chứng này tăng lên ở nhóm bệnh nhân cắt TBTG và vét hạch cổ. Vì vậy trên những bệnh nhân có cắt TBTG và vét hạch cổ cần theo dõi sát để sớm phát hiệnbiến chứng để xử lý

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Quảng (2020),** Ung Thư Đầu Cổ,Nhà Xuất Bản y Học,Hà Nội.
2. **Thyroid Cancer. (2017),** NCCN Guideline Version 2. 2017, Nccn.Org.
3. **Phạm Xuân Lượng (2016),** Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Ung Thư Tuyến Giáp Tại Trung Tâm Ung Bướu Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Hải Dương, Luận Văn Tốt Nghiệp BSCKII, Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Lê Chính Đại. (1996)**. Bàn về Vấn Đề Tái Phát Của Ung Thư Tuyến Giáp Trạng. Tạp Chí Y Học Thực Hành, 71 - 73.
5. **Ths, UT / Nguyễn Thị Thu Nhung, Lê Văn Quảng.** - H. Trường Đại Học Y Hà Nội, 2019. - 85 Số ĐKCB: DL.016565. Đánh Giá Tình Trạng Di Căn Hạch Tiềm Ẩn Trong Ung Thư Biểu Mô Tuyến Giáp Giai Đoạn Sớm Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội :
6. **Pai-Dhungat JV, Parikh F.** Theodor Kocher and thyroid. J Assoc Physicians India. 2009;57:340.
7. **Maria P., David T. H., Cui G., et al (2017),** "Population - Based Assessment of Complications Following Surgery for Thyroid Cancer", The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102(7), 2543 – 2551.
8. **Lê Văn Quảng (2002),** "Nhận Xét Đặc Điểm Lâm Sàng và Các Phương Pháp Điều rị Ung Thư Tuyến Giáp Tại Bệnh Viện K Từ Năm 1992 – 2000", Tạp Chí y Học Việt Nam, 431, 323 - 326.

TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN GIỮA DẤU HIỆU ST CHÊNH XUỐNG TRÊN ĐIỆN TÂM ĐỒ VỚI TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN

Cao Xuân Huy[1], Nguyễn Thị Bạch Yến[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa dấu hiệu ST chênh xuống trên điện tâm đồ với tổn thương động mạch vành trên chụp động mạch vành qua da ở các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên. Một nghiên cứu tiền cứu, có đối chứng liên quan đến nhồi máu cơ tim ST chênh lên bao gồm 161 bệnh nhân (83 bệnh nhân nhồi máu cơ tim thành trước, 78 bệnh nhân nhồi máu cơ tim thành dưới), mỗi nhóm được chia thành hai nhóm phụ theo sự có mặt của dấu hiệu ST chênh xuống đối xứng: nhóm NMCT thành trước chúng tôi có nhóm IA với ST chênh xuống (42 bệnh nhân), nhóm IB không có ST chênh xuống (59 bệnh nhân), trong khi ở nhóm NMCT thành dưới, mỗi phân nhóm (IIA và IIB) gồm 39 bệnh nhân. Siêu âm tim & chụp mạch vành được thực hiện cho tất cả người bệnh. Kết quả cho thấy bệnh nhân nhồi máu cơ tim có ST chênh xuống có phân suất tống máu thất trái thấp hơn đáng kể so với những bệnh nhân không có ST chênh xuống (39.74 ± 8.40 so với 53.78 ± 10.25, p < 0.001), ở phân nhóm nhồi máu cơ tim có ST chênh lên thành trước) và (44.33 ± 10.24 so với 59.23 ± 9.30, p < 0.001 ở phần nhóm nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành dưới). Tỷ lệ mắc bệnh ba thân động mạch vành cao hơn ở các phân nhóm có ST chênh xuống đối xứng (54.8% so với 17.1%, OR = 5.9,CI 95%, p < 0.001 trong nhồi máu cơ tim thành trước có ST chênh lên) & (56.4% so với 12.8%,OR = 5.1,CI 95%, p < 0.001 trong nhồi máu cơ tim thành dưới). Điểm gensini được sửa đổi trung bình cao hơn trong phân nhóm có đoạn ST chênh xuống đối xứng (67.17 + 30.89 so với 40.44 + 15.83, p< 0.001 ở nhóm nhồi máu thành trước) & (65.65 ± 33.97 so với 32.53 ± 14.57, p< 0.001 ở nhóm nhồi máu thành dưới). **Kết luận:** Đoạn ST chênh xuống đối ứng trong nhồi máu cơ tim cấp có liên quan đến rối loạn phân suất tống máu tâm thu thất trái đáng kể & mức độ tổn thương đa nhánh của bệnh mạch vành.

Từ khóa: NMCT ST chênh lên; ST chênh xuống; Điện tâm đồ; Bệnh ba thân; Điểm Gensini sửa đổi.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PRESENCE OF RECIPROCAL ST SEGMENT DEPRESSION IN ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION EXTENT OF CORONARRY ARTERRY DISEASE & LEFT VENTRICULAR

To study the relation between the presence of reciprocal ST segment depression in ST elevation myocardial infarction, extent of coronary artery disease & left ventricular systolic function. A prospective, controlled study involving 161 ST elevation myocardial infarction patients (78 inferior, 83 anterior), each group was sub-grouped into 2 subgroups according to the presence of reciprocal ST segment depression or absence: in anterior STEMI group we had subgroup IA with RSTD (42 patients) and subgroup IB without RSTD (41 patients) while in inferior STEMI group each subgroup (IIA and IIB) consisted of 50 patients. Echocardiography & coronary angiography were done for all patients.Results: Patients with reciprocal ST segment depression showed a significant lower mean Left ventricular ejection fraction compared to those without (39.74 ± 8.40 so với 53.78 ± 10.25, p<0.001), anterior ST elevation myocardial infarction subgroups) & (44.33 ± 10.24 so với 59.23 ± 9.30, p<0.001, inferior ST elevation myocardial infarction subgroups). Higher incidence of multivessel disease was found in subgroups with reciprocal ST segment depression (54.8% vs 17.1%, OR = 5.9, CI 95%, p<0.001 in anterior ST elevation myocardial infarction) & (56.4% so với 12.8%, OR = 5.1, CI 95%, p < 0.001 in inferior ST elevation myocardial infarction). The mean modified gensini score was higher in subgroups with reciprocal ST segment depression (67.17 + 30.89 so với 40.44 + 15.83, p<0.001 in anterior infarction group) & (65.65 ± 33.97 so với 32.53±14.57, p<0.001 in inferior infarction group). **Conclusion:** Reciprocal ST segment depression in acute myocardial infarction was associated with significant LV systolic dysfunction & greater extent of coronary artery disease.

Key words: coronary artery disease & left ventricular; presence of reciprocal ST segment depression; elevation myocardial infarction; modified gensini score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim là một bệnh phổ biến và ngày càng gia tăng trên thế giới cũng như Việt Nam, đang là một gánh nặng bệnh tật ở nước ta hiện nay. Trong việc chẩn đoán sớm nhồi máu cơ tim phải kể đến vai trò của điện tâm đồ. Do tính phổ biến rộng rãi và chi phí thấp, điện tâm đồ 12 chuyển đạo (ECG) vẫn là một thăm dò không xâm lấn có giá thành, hiệu quả cao nhất trong chẩn đoán Nhồi máu cơ tim. Dấu hiệu ST chênh lên giúp chẩn đoán xác định, chẩn đoán định khu vị trí tổn thương động mạch vành. Dấu

[1]*Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang*
[2]*Viện Tim mạch Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Cao Xuân Huy
Email: caoxuanhuyhmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2020
Ngày duyệt bài: 11.12.2020

hiệu ST chênh xuống xuất hiện rất nhiều trong điện tâm đồ Nhồi máu cơ tim và được coi là hình ảnh soi gương của các chuyển đạo có ST chênh lên. Trước đây dấu hiệu này thường ít được quan tâm. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trên thế giới gần đây đã cho thấy những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, kể cả nhồi máu thành trước hay thành dưới, khi có của dấu hiệu ST chênh xuống ở các chuyển đạo soi gương có tiên lượng tồi hơn phụ thuộc vào mức độ chênh, diện nhồi máu lớn hơn, chức năng tâm thu thất trái kém hơn, tổn thương lan tỏa động mạch vành nhiều hơn, điểm MGS cao hơn, thường có kèm theo thiếu máu thành trước do hẹp động mạch liên thất trước, hoặc bệnh lý nhiều thân động mạch vành. Tại Việt Nam, còn ít đề tài nghiên cứu về vấn đề trên, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này mới mục tiêu: *Tìm hiểu mối liên quan giữa dấu hiệu ST chênh xuống trên điện tâm đồ với tổn thương ĐMV trên chụp ĐMV qua da ở các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại Viện Tim Mạch Việt Nam từ tháng 08/2019 đến hết tháng 08/2020.

- **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 161 bệnh nhân được chẩn đoán NMCT có ST chênh lên, lần đầu, được chụp ĐMV qua da. Dựa vào đặc điểm ĐTĐ, các bệnh nhân nghiên cứu chia thành 2 nhóm:

- **Nhóm I**: Tất cả các bệnh nhân có nhồi máu cơ tim thành trước

+ **Phân nhóm IA**: NMCT thành trước có ST chênh xuống đối xứng ở chuyển đạo sau dưới.

+ **Phân nhóm IB:** NMCT thành trước không có ST chênh xuống đối xứng ở chuyển đạo sau dưới.

- **Nhóm II**- Tất cả các bệnh nhân có Nhồi máu cơ tim thành sau

+ **Phân nhóm IIA**: NMCT thành dưới có ST chênh xuống đối xứng ở CĐ thành trước.

+ **Phân nhóm IIB**: không có ST chênh xuống đối xứng ở CĐ thành trước.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân chẩn đoán NMCT nhưng không có ST chênh lên trên ĐTĐ, ĐTĐ có bloc nhánh trái, bệnh nhân có cấy máy tạo nhịp, BN nhồi máu cở tim thất phải, ĐTĐ hoặc kết quả siêu âm tim không rõ để đọc kết quả, BN không được chụp ĐMV qua da, BN chống chỉ định với thuốc cản quang, BN từ chối tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang chùm ca bệnh.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện. Chọn mẫu vào nghiên cứu tất cả các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ, điều trị tại Viện Tim mạch Việt Nam trong thời gian từ tháng 8/2019 đến tháng hết tháng 8/2020.

Các bước tiến hành:

- Chọn BN vào nghiên cứu: Bệnh nhânNMCT cấp (theo ĐN toàn cầu lần thứ tư), ĐTĐ có dấu hiệu ST chênh lên có kèm hoặc không kèm theo dấu hiệu ST chênh xuống, được chụp ĐMV qua da.

- Các BN được hỏi và thăm khám lâm sàng kĩ lưỡng, làm các xét nghiệm cơ bản, men tim, làm BA nghiên cứu. Siêu âm Doppler tim (trước can thiệp) đánh giá và ghi nhận các thông số nghiên cứu (phân suất tống máu thất trái, rối loạn vận động vùng, mức độ hở van).

- Ghi nhận các thông số trên chụp động mạch vành qua da về mức độ tổn thương ĐMV: vị trí hẹp, mức độ hẹp, số nhánh ĐMV hẹp có ý nghĩa (≥ 70% khẩu kính lòng mạch đối với 3 nhánh chính và ≥ 50% khẩu kính lòng mạch đối với thân chung động mạch vành).

Xử lý thống kê số liệu nghiên cứu: Bằng phần mềm STATA 14.2. Gía trị p < 0.05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 8/2019 đến hết tháng 8/2020, chúng tôi đã nghiên cứu ĐTĐ ở 161 bệnh nhân NMCT cấp không ST chênh lên, được chụp động mạch thu được kết quả sau:

1. Liên quan giữa dấu hiệu ST chênh xuống trên điện tâm đồ lúc nhập viện với một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

Bảng 1.1 So sánh về các yếu tố nguy cơ tim mạch giữa phân nhóm có ST chênh xuống (IA) và nhóm không ST chênh xuống (IB) ở nhóm NMCT thành trước

Thông số ($\overline{X} \pm$ SD) hoặc n(%)	ST chênh xuống IA (n= 42)	Không ST chênh xuống IB (n= 41)	P
Tuổi ($\overline{X}$ ± SD)	67.81 ± 10.25	65.51 ± 15.28	>0.05
Giới nam (n, %)	33 (54.4%)	30 (47.6%)	>0.05
Hút thuốc lá (n, %)	25 (53.2%)	22 (46.8%)	>0.05
Tăng HA (n, %)	33 (55.9%)	26 (44.1%)	>0.05
Đái đường (n, %)	9(42.9%)	12 (57.1%)	>0.05
RLCH lipid (n, %)	29 (69%)	23 (56.1%)	>0.05

Suy tim theo NYHA ≥ 2 (n, %)		38 (90.5%)	25 (61%)	<0.05
Killip ≥ 2 (n, %)		8 (19%)	2 (4.9%)	<0.05
Nguy cơ cao GRACE > 140 (n, %)		31(51.7%)	29 (48.3%)	>0.05
TIMI ≥ 4		37 (52.1%)	34 (47.9%)	>0.05
Troponin T		2437.97±2757.81	4297.38±8937.47	>0.05
Pro NT BNP		608.03±800.93	405.78±714.22	>0.05
Phân suất tống máu thất trái EF (simpson)		39.74 ± 8.40	53.78 ± 10.25	< 0.001
EF < 55%		39 (69.6%)	17 (30.4%)	< 0.001
Có rối loạn vận động vùng		33 (67.3%)	16 (32.7%)	< 0.001
Hở van HL	HoHL nhẹ và không hở	23 (54.8%)	36 (87.8%)	< 0.01
	HoHL vừa, nhiều	19 (45.2%)	5 (12.2%)	

Bảng 1.2 So sánh về một số triệu chứng lâm sàng giữa phân nhóm có ST chênh xuống (IIA) và nhóm không ST chênh xuống (IIB) ở nhóm NMCT thành dưới

Thông số ($\bar{X}$ ± SD) hoặc n(%)		**ST chênh xuống IIA (n= 39)**	**Không ST chênh xuống IIB (n= 39)**	**P**
Tuổi ($\bar{X}$ ± SD)		67.08 ± 13.13	65.87 ± 13.03	>0.05
Giới nam (n, %)		29 (47.5%)	32 (52.5%)	>0.05
Hút thuốc lá (n, %)		24 (58.5%)	17 (41.5%)	>0.05
Tăng HA (n, %)		29 (55.8%)	23 (44.2%)	>0.05
Đái đường (n, %)		11 (68.8%)	5 (32.2%)	>0.05
RLCH lipid (n, %)		29 (74.4%)	22 (56.4%)	>0.05
NYHA ≥ 2 (n, %)		37 (94.9%)	32 (82.1%)	>0.05
Killip ≥ 2 (n, %)		12 (85.7%)	2 (14.3%)	**<0.05**
Nguy cơ cao GRACE > 140 (n, %)		32 (54.2%)	27 (45.8%)	>0.05
TIMI ≥ 4 (n, %)		27 (56.2%)	21 (43.8%)	>0.05
Troponin T		2193.78±2576.89	1577.96±2147.04	>0.05
Pro NT BNP		533.39±696.86	506.87±855.06	>0.05
Phân suất tống máu thất trái EF (simpson)		44.33 ± 10.24	59.23 ± 9.30	<0.001
EF < 55%		31 (73.8%)	11 (26.2%)	< 0.001
Có rối loạn vận động vùng		29 (69%)	13 (31%)	< 0.001
Hở van HL	HoHL nhẹ và không hở	24 (61.5%)	35 (89.7%)	<0.05
	HoHL vừa, nhiều	15 (38.5%)	4 (10.3%)	

2. Liên quan giữa dấu hiệu ST chênh xuống trên các chuyển đạo trước tim với tổn thương ĐMV trên kết quả chụp ĐMV:

Bảng 2.1 So sánh về tổn thương động mạch vành giữa phân nhóm có ST chênh xuống (IA) và nhóm không có ST chênh xuống (IB) ở nhóm NMCT thành trước

Thông số n(%)	**ST chênh xuống IA (n= 42)**	**Không có ST chênh xuống IB(n= 41)**	**P**
ĐMV thủ phạm là LAD (n,%)	40 (95.2%)	38 (92.7%)	>0.05
ĐMV thủ phạm là LM (n, %)	9 (21.4%)	5 (12.2%)	>0.05
Có kèm hẹp LCx	16(38.1%)	18(43.9%)	>0.05
Có kèm hẹp RCA	18(42.9%)	18(43.9%)	>0.05
Tổn thương ≥ 2 nhánh	29(69%)	11(26.8%)	<0.001
Có tổn thương 3 thân (n, %)	23 (54.8%)	7 (17.1%)	<0.001 (OR = 5.9)
% hẹp LAD	97.25±3.99	95.66±6.45	>0.05
Điểm Gensini sửa đổi	67.17 + 30.89	40.44 + 15.83	< 0.001
Điểm Gensini > 54	25 (59.5%)	6 (14.6%)	< 0.001

Bảng 2.2 So sánh về tổn thương động mạch vành giữa phân nhóm có ST chênh xuống (IIA) và nhóm không có ST chênh xuống (IIB) ở nhóm NMCT thành dưới

Thông số n(%)	**Có ST chênh xuống IIA (n= 39)**	**Không ST chênh xuống IIB (n= 39)**	**P**
ĐMV thủ phạm là RCA (n, %)	33 (84.6%)	30 (76.9%)	>0.05

ĐMV thủ phạm là LCx (n, %)	11 (28.2%)	4 (10.3%)	<0.05
Có kèm hẹp LM (n, %)	13 (33.3%)	6 (15.4%)	>0.05
Có kèm hẹp LAD (n, %)	27 (69.2%)	14 (35.9%)	<0.01
Tổn thương ≥ 2 nhánh	25 (61.1%)	10 (25.6%)	<0.01
Có tổn thương 3 thân (n, %)	22 (56.4%)	5 (12.8%)	<0.001(OR = 5.1)
% hẹp RCA	97.51±6.14	82.21±34.86	<0.001
Điểm Gensini sửa đổi	65.65 ± 33.97	32.53 ± 14.57	< 0.001
Điểm Gensini > 54	20 (51.3%)	3 (7.7%)	< 0.001

3. Tương quan giữa tổng biên độ ST chênh xuống ở chuyển đạo thành sau với điểm Gensini

- Tương quan giữa tổng biên độ ST chênh xuống ở chuyển đạo thành sau (nhóm I) với điểm Gensini : r (Spearman) = 0.314, p < 0.05.

- Tương quan giữa tổng biên độ ST chênh xuống ở chuyển đạo thành trước (nhóm II) với điểm Gensini : r (Spearman) = 0.559, p < 0.001.

IV. BÀN LUẬN

Ý nghĩa của đoạn ST chênh xuống đối xứng trong giai đoạn đầu của nhồi máu cơ tim cấp là một lĩnh vực được tranh luận, liệu đó có phải là dấu hiệu của tổn thương đa mạch, phân suất tống máu giảm hoặc đơn thuần là hiện tượng điện lành tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân suất tống máu thất trái EF Simpson biplane trung bình của nhóm NMCT thành trước có ST chênh xuống IA so với IB (39.74 ± 8.40 so với 53.78 ± 10.25, p<0.001)và nhóm NMCT thành dưới có ST chênh xuống IIA so với IIB (44.33 ± 10.24 so với 59.23 ± 9.30, p<0.001) tương tự với kết quả nghiên cứu của Mahmoud K. Nour[3] ở nhóm NMCT thành trước (37 + 3% vs 53 + 5% P < 0.001) và nhóm NMCT thành dưới (47 + 4% vs 60 + 3% P < 0.00); cũng tương đồng với nghiên cứu của Zoghi và cộng sự[1] với 158 BN NMCT thành dưới (49% ± 19% so với 52 ± 15%,P <0.001); Tương tự NC của Gibelin[4] và cộng sự ở BN NMCT thành dưới >48h, với (52,2 ± 6% so với 59,2 ± 7%, giá trị p<0,005).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm NMCT cấp có ST chênh xuống (kể cả thành trước hay thành dưới) đều có tỷ lệ tổn thương≥2 thân, 3 thân cao hơn. Nhóm có ST chênh xuống IA có tỷ lệ tổn thương ≥2 thân cao hơn nhóm IB (69% so với 26.8%, p<0.01), thấp hơn trong nghiên cứu của Mahmoud K. Nour[3] (80.5% so với 49.2%, p< 0.001), tỷ lệ tổn thương ba thân cao hơn nhóm IB (54.8% so với 17.1%, p < 0.001). Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy ở bệnh nhân NMCT ST chênh lên, dấu hiệu ST chênh xuống có mối liên quan với tỷ lệ tổn thương ≥2 thân (OR = 6.0; CI 95%, p<0.001); tổn thương 3 thân ĐMV (OR = 5.9; CI 95%, p<0.001). Nhóm có ST chênh xuống IIA có tỷ lệ tổn thương ≥2 thân cao hơn nhóm IIB (61.1% so với 25.6%, p<0.01) thấp hơn so với nghiên cứu của Mahmoud K. Nour (60% so với 20%, p<0.001); tỉ lệ tổn thương 3 thân ĐMV cao hơn nhóm IIB (56.4% so với 12.8%, p < 0.001), tương đương Zoghi et al và cộng sự (nghiên cứu 180 bệnh nhân với NMCT cấp thành dưới) bệnh nhân với ST chênh xuống có tỷ lệ tổn thương nhiều nhánh động mạch vành cao hơn (58% so với 40% p = 0.02). Kết quả này cao hơn nghiên cứu (GUSTO-I) Yochai Birnbaum và cộng sự[6], năm 1999, nghiên cứu trên 1155 bệnh nhân nhồi máu cơ tim thành dưới bệnh nhân có ST chênh xuống tối đa ở V4 – V6 thường mắc bệnh 3 thân động mạch vành hơn so với những người không có ST chênh xuống hoặc những bệnh nhân có ST chênh xuống V1-V3 (26% so với 13.5% và 15,7%; p = 0.002). Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy dấu hiệu ST chênh xuống có mối liên quan với tỷ lệ tổn thương ≥2 thân (OR = 5.1; CI 95%, p<0.001); tổn thương 3 thân ĐMV (OR = 8.8; CI 95%, p<0.001).

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm ST chênh xuống (IIA) có tỉ lệ hẹp động mạch liên thất trước lớn hơn nhóm (IIB) (69.2% so với 35.9%, p<0.05). Trong khi đó, nghiên cứu của David Hasdai và cs (1997) cho thấy nhóm có ST chênh xuống ở V4- V6 có tỉ lệ hẹp động mạch liên thất trước cao hơn nhóm không có ST chênh xuống ở V4- V6 (57% so với 18%, p= 0.007)[7]. Nghiên cứu của H. El Atroush lại cho thấy nhóm có ST chênh xuống ở V1- V4 có tỷ lệ hẹp động mạch liên thất trước (LAD) cao hơn nhóm không có ST chênh xuống ở V1- V4 (70% so với 20%, p<0,001)[8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về tỷ lệ hẹp động mạch vành phải giữa hai có ST chênh xuống (IA) so với nhóm (IB) (42.9% so với 43.9%, p>0.05).

Mức độ hẹp của động mạch vành được đánh giá trong nghiên cứu hiện tại sử dụng điểm Gensini đã sửa đổi. Nhóm NMCT thành trước có ST chênh xuống (IA) có điểm Gensini cao hơn

nhóm IB (67.17 + 30.89 so với 40.44 + 15.83, p<0.001) tương đương kết quả nghiên cứu của Mahmoud K. Nour ở BN NMCT thành trước (64.2±12.6 so với 30.2 ±6.6, p<0.001). Nhóm có ST chênh xuống (IIA) có điểm Gensini cao hơn nhóm (IIB) (65.65 ± 33.97 so với 32.53 ± 14.57, p<0.001) cao hơn nghiên cứu của Mahmoud K. Nour 36.2 ± 10.6 so với 20.4 ± 4.2, p< 0.001).

ST chênh xuống có mối tương quan với điểm số Gensini, ở nhóm NMCT thành trước (r = 0.314, p<0.05), nhóm NMCT thành dưới (r = 0.559, p < 0.001). Kết quả này chỉ ra rằng sự hiện diện của dấu hiệu ST chênh xuống có liên quan đến việc tăng mức độ hẹp động mạch vành (theo Hakim K & CoWorkers, người đã chứng minh mối tương quan tuyến tính thuận chặt chẽ giữa sự hiện diện của đoạn ST chênh xuống đối xứng và điểm số gensini (r = 0.68, P <0.05)[9].

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên, dấu hiệu ST chênh xuống trên điện tâm đồ có liên quan với tổn thương nhiều thân động mạch vành trong đó có tổn thương ba thân, tương quan chặt với mức độ tổn thương được đánh giá qua điểm Gensini đã được sửa đổi của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zoghi M, GüRGüN C, Yavuzgil O, et al**. The angiographic correlation between ST segment depression in noninfarcted leads and the extent of coronary artery disease in patients with acute inferior myocardial infarction: a clue for multivessel disease. Can J Cardiol. 2003;19(1):67–71.
2. **Wasserman AG, Ross AM, Bogaty D, Richardson DW, Hutchinson RG, Rios JC.** Anterior ST segment depression during acute inferior myocardial infarction: evidence for the reciprocal change theory. Am Heart J. 1983;106(3):516–520.
3. **Mahmoud K.Nour.** Significance of reciprocal ST segment depression in ST elevation myocardial infarction.Egypt J Crit Care Med. 2017;5(1):23-27. doi:10.1016/j.ejccm.2017.01.003
4. **Gibelin P, Gilles B, Baudouy M, Guarino L, Morand P.** Reciprocal ST segment changes in acute inferior myocardial infarction: clinical, haemodynamic and angiographic implications. Eur Heart J. 1986;7(2):133–139.
5. **Vũ Thị Thu, Nguyễn Thị Bạch Yến.** Giá trị dự báo mức độ tổn thương động mạch vành của dấu hiệu ST chênh xuống trên các chuyển đạo trước tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp thành dưới. Published online 2018.
6. **Y. Birnbaum, G. S. Wagner, Barbash và cộng sự.** Correlation of angiographic findings and right (V1 to V3) versus left (V4 to V6) precordial ST-segment depression in inferior wall acute myocardial infarction. The American journal of cardiology. 83(1999):143-148.
7. **Hasdai D, Birnbaum Y, Porter A, Sclarovsky S.** Maximal precordial ST-segment depression in leads V4–V6 in patients with inferior wall acute myocardial infarction indicates coronary artery disease involving the left anterior descending coronary artery system. Int J Cardiol. 1997;58(3):273–278.
8. **El Atroush H, Effat H, Shehata M, Emara H.** Reciprocal ST segment changes in acute inferior myocardial infarction: Clinical, hemodynamic and angiographic implications. Egypt Heart J. 2012;64(3):97–103.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH Ở BỆNH NHÂN CÓ MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VĨNH PHÚC

Nguyễn Thanh Nam[1], Dương Đại Hà[2], Đinh Văn Hải[1], Hà Ngọc Linh[1], Hà Minh Đức[1], Trần Quỳnh[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính bệnh nhân có máu tụ dưới màng cứng cấp tính được phẫu thuật. Nghiên cứu tiến hành trên 46 bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. Các thông tin thu thập bao gồm thông tin chung, đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính. Kết quả cho thấy, về đặc điểm lâm sàng, có 43,5% bệnh nhân mê man sau tai nạn, 41,3% bệnh nhân có tình trạng lơ mơ. Phần lớn bệnh nhân có điểm Glassgow outcome scale (GCS) 3-8 điểm (45,7%), giãn 1 bên đồng tử (43,5%) và không liệt nửa người (58,7%). Về hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, phần lớn bệnh nhân có độ dày máu tụ từ 5 -10 mm (54,4%), di lệch đường giữa từ 5 – 10mm (63%), có tổn thương phối hợp (82,7%). Trong đó tổn thương phối hợp chủ yếu là xuất huyết dưới não (71,7%) và dập não (47,8%). ***Từ khóa:*** lâm sàng, cắt lớp vi tính, máu tụ dưới màng cứng

[1]Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Nam
Email: bsnamngoaitk@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 4.12.2020

SUMMARY

CLINICAL AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ACUTE SUBDURAL HEMATOMA AT VINH PHUC PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

A descriptive study was carried out to describe clinical features and computed tomography images of patients with acute subdural hematoma. The study was conducted on 46 patients at Vinh Phuc General Hospital. Information collected includes general information, clinical features, and computed tomography images. The results showed that, in terms of clinical features, 43.5% of patients were in a coma after the accident, and 41.3% of patients had drowsiness. The majority of patients had a Glassgow scale (GCS) score of 3-8 points (45.7%), one pupil dilated (43.5%) and no hemiplegia (58.7%). Regarding computed tomography images, the majority of patients had a hematoma thickness of 5 -10 mm (54.4%), deviation between 5-10 mm (63%), had combined lesions (82 , 7%). In which, the damage coordination were mainly subarachnoid hemorrhage (71.7%) and crushed brain (47.8%).

Keywords: clinical, computed tomography, acute subdural hematoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 25-30% số bệnh nhân chấn thương nói chung[1]. Trong những thống kê gần đây của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, tỷ lệ bệnh nhân chấn thương sọ não chiếm 82,1%. Số bệnh nhân cấp cứu sọ não do tai nạn giao thông có xu hướng tăng lên hàng năm. Tụ máu dưới màng cứng cấp tính là tổn thương hay gặp và có tỷ lệ tử vong cao và để lại những di chứng nặng nề. Trong số bệnh nhân chấn thương sọ não nặng (điểm Glasgow ≤ 8) thì 40% có tổn thương tụ máu dưới màng cứng cấp tính[2].

Sự ra đời của chụp cắt lớp vi tính sọ não đã góp phần rất lớn trong việc chẩn đoán chính xác tổn thương trong chấn thương sọ não. Hình ảnh phim chụp cắt lớp vi tính cho thấy chính xác vị trí, kích thước, khối lượng khối máu tụ, mức độ chèn ép tổ chức não cũng như các tổn thương phối hợp như dập não, phù não...[3] Tuy nhiên, đôi khi hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính không phù hợp với biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân vì vậy thăm khám bệnh nhân một cách thận trọng, đánh giá chính xác các triệu chứng lâm sàng vẫn là rất cần thiết trong việc chẩn đoán, tiên lượng và điều trị.

Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu và đánh giá một cách đầy đủ về đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ở bệnh nhân có máu tụ dưới màng cứng (DMC) cấp tính. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm *"Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh CLVT máu tụ DMC cấp tính được phẫu thuật".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng cấp tính do CTSN, được điều trị phẫu thuật. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: 1) Bệnh nhân có tri giác xấu dần (Glasgow giảm ≥2 điểm) hoặc không cải thiện mặc dù đã được hồi sức nội khoa tích cực, các dấu hiệu thần kinh khu trú có xu hướng tăng dần; 2) Bệnh nhân có điểm GCS ≤ 8; 3) Phim CLVT có hình ảnh máu tụ dưới màng cứng cấp tính đơn thuần hoặc phối hợp với các tổn thương khác như máu tụ NMC, dập não, chảy máu màng mềm...; 4) Có khối máu tụ đè đẩy đường giữa trên 5 mm, có tình trạng chèn ép não thất, hoặc thể tích khối máu tụ trên 30ml.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: 1) Bệnh nhân có máu tụ DMC có tổn thương đa chấn thương phối hợp nặng; 2) Những bệnh nhân có bệnh toàn thân kèm theo ảnh hưởng tới kết quả nghiên cứu: Xơ gan, suy thận, rối loạn đông máu,..; 3) Bệnh nhân có máu tụ DMC có GCS 3 điểm; 3) Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc trong thời gian từ 01/01/2019 – 30/06/2020

3. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu

4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Có 46 bệnh nhân chẩn đoán tụ máu dưới màng cứng cấp tính do chấn thương sọ não được đưa vào nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện các bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

5. **Biến số và chỉ số nghiên cứu**

Các thông tin thu thập bao gồm:

- Thông tin chung: tuổi, giới, nguyên nhân tai nạn
- Triệu chứng lâm sàng: tri giác lúc vào viện, dấu hiệu thần kinh khu trú, liệt nửa người, thần kinh thực vật, tổn thương phối hợp
- Hình ảnh CLVT: tổn thương trên phim, độ dày khối máu tụ DMC, tổn thương phối hợp, tình trạng bể đáy, mức độ di lệch đường giữa.

6. Quản lý và phân tích số liệu. Số liệu được ghi chép và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 theo phương pháp thống kê y học thông dụng: tính tần số và tỷ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

7. Đạo đức trong nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho bệnh nhân, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Nghiên

cứu được sự đồng ý, hợp tác của người nhà bệnh nhân. Từ kết quả nghiên cứu, lựa chọn thông tin có ích cho việc điều trị và tư vấn cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 46 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 41± 19,35 tuổi, trong đó thấp nhất là 5 tuổi, cao nhất là 83 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 78%. Trong các nguyên nhân gây tai nạn thì tai nạn giao thông đứng hàng đầu chiếm tới 68%, sau đó là tai nạn lao động chiếm 17%. Bảng 1 cho thấy, Có 20 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu mê ngay sau khi bị tai nạn (chiếm 43,5%), 07 bệnh nhân có tri giác tỉnh sau tai nạn (chiếm 15,2%). Trước mổ có 22 bệnh nhân GCS ≤ 8Đ chiếm 47,8%, còn lại là bệnh nhân có GCS từ 9-12Đ chiếm 52,2%. Không có bệnh nhân nào trước mổ GCS>12Đ.

Bảng 1. Diễn biến tri giác sau khi bị tai nạn.

Diễn biến tri giác	Số BN	Tỷ lệ (%)
Diễn biến tri giác		
Tỉnh	7	15,2
Lơ mơ	19	41,3
Mê ngay sau tai nạn	20	43,5
Điểm Glassgow Outcome Scale		
13 – 15 Đ	0	0
9 – 12 Đ	24	52,2
≤ 8 Đ	22	47,8
Tổng cộng	**46**	**100**

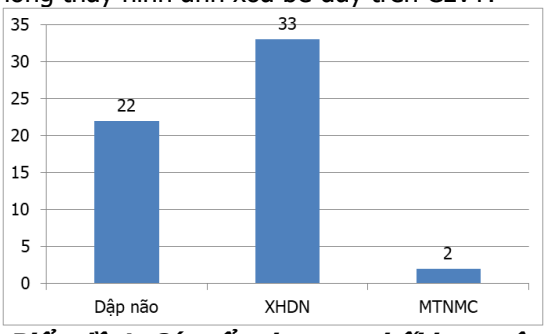
Bảng 2 cho thấy, về dấu hiệu thần kinh khu trú, tỷ lệ bệnh nhân có giãn đồng tử 1 bên là 43,5%, giãn đồng tử cả 2 bên là 23,9%. 15 bệnh nhân trước mổ không thấy giãn đồng tử (chiếm 32,6%). Trước mổ có 19 bệnh nhân có dấu hiệu yếu nửa người chiếm 41,3%, không liệt là 58,7%. Trong các tổn thương phối hợp thì chấn thương hàm mặt hay gặp nhất 17 bệnh nhân (chiếm 37%), có 5 bệnh nhân bị gãy chi (10,9%), chấn thương bụng kín 01 ca, chấn thương ngực kín 01 ca, không gặp trường hợp nào có CTCS kèm theo.

Bảng 2. Dấu hiệu thần kinh khu trú và tổn thương phối hợp

Giãn đồng tử	Số BN	Tỷ lệ (%)
GIãn đồng tử		
Giãn 1 bên	20	43,5
Giãn cả hai bên	11	23,9
Không giãn đồng tử	15	32,6
Dấu hiệu liệt nửa người		
Có	19	41,3
Không	27	58,7
Tổn thương phối hợp		
Hàm mặt	17	37
Cột sống	0	0
Ngực	1	2,2
Bụng	1	2,2
Chi	5	10,9
Tổng cộng	**46**	**100**

Về đặc điểm phim CLVT, bảng 3 cho thấy, trong số 46 bệnh nhân, có 26 bệnh nhân có MTDMC bán cầu trái chiếm 56,5%, còn lại là MTDMC bán cầu phải, không gặp trường hợp nào MTDMC vùng trán. Có 25 bệnh nhân có độ dày khối máu tụ trên CLVT từ 5-10mm chiếm 54,4%, 07 bệnh nhân có hình ảnh khối máu tụ dày trên 15mm, còn lại 14 bệnh nhân là từ 11-15mm. Không chỉ định phẫu thuật cho bệnh nhân nào có độ dày khối máu tụ dưới 5mm.

Trong nhóm nghiên cứu, mức độ di lệch đường giữa từ 5-10mm trên CLVT có 29 trường hợp chiếm 63%, từ 11-15mm là 15 ca (32,7%), có 2 bệnh nhân CLVT có di lệch đường giữa >15mm. Xóa bể đáy trên CLVT gặp ở 05 bệnh nhân chiếm 10,9%, 41 bệnh nhân (89,1%) không thấy hình ảnh xóa bể đáy trên CLVT.



Biểu đồ 1. Các tổn thương phối hợp trên CLVT

Bảng 3. Đặc điểm trên phim CLVT.

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
Vị trí máu tụ dưới màng cứng		
Bán cầu P	20	43,5
Bán cầu T	26	56,5
Độ dày của khối máu tụ (mm)		
<5	0	0
5-10	25	54,4
11-15	14	30,4
>15	7	15,2
Di lệch đường giữa (mm)		
<5	0	0
5-10	29	63
11-15	15	32,7
>15	2	4,3
Tình trạng phù não, xóa bế đáy		
Có	5	10,9
Không	41	89,1
Tổng cộng	**46**	**100**

Biểu đồ 1 cho thấy, trong các tổn thương phối hợp trên CLVT thì XHDN gặp nhiều nhất với 33 ca, 22 bệnh nhân có hình ảnh dập não phối hợp với MTDMC, 02 bệnh nhân có hình ảnh MTNMC.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và CLVT của bệnh nhân có máu tụ dưới màng cứng cấp tính. Qua khai thác bệnh sử trước vào viện, tỷ lệ bệnh nhân mê ngay sau tai nạn chiếm 43,5%, lơ mơ 41,3%, sau tai nạn ý thức tỉnh 15,2%. Trong nghiên cứu của chúng tôiđánh giá GCS lúc vào viện 10,8% bệnh nhân có GCS từ 13-15 Đ, 43,5% bệnh nhân có GCS từ 9-12Đ và có GCS từ 4 – 8 Đ chiếm 45,7%. Tri giác bệnh nhân tại thời điểm phẫu thuật, không có bệnh nhân nào có GCS từ 13-15 Đ, 52,2% có GCS từ 9-12 Đ, 47,8% có GCS từ 3-8 Đ. Theo hiệp hội chấn thương sọ não Hoa Kỳ[4], điểm GCS là một trong những yếu tố tiên lượng trong chấn thương sọ não. Mức độ rối loạn tri giác phản ánh tình trạng tổn thương não, bệnh nhân hôn mê càng sâu thì tổn thương càng nặng và có tỷ lệ tử vong càng cao. Đây là một yếu tố chính xác giúp đánh giá tiên lượng bệnh nhân.

Đánh giá dấu hiệu thần kinh khu trú cho thấy, tỷ lệ giãn đồng tử 1 bên là 43,5%, tỷ lệ giãn đồng tử 2 bên là 23,9%. Trong đó số bệnh nhân tử vong của nhóm giãn 2 bên là 6/11 (chiếm 54,5%), không có bệnh nhân tử vong ở nhóm có giãn đồng tử 1 bên và không giãn đồng tử. Sự khác biệt giữa 3 nhóm có ý nghĩa thống kê với p=0,001< 0,05. Như vậy trong nhóm bệnh nhân máu tụ DMC cấp tính có giãn đồng tử thì có tỷ lệ tử vong cao hơn. Các bệnh nhân có giãn đồng tử hai bên tiên lượng rất nặng nề.Tỷ lệ giãn đồng tử trong máu tụ DMC cấp tính thay đổi thùy theo từng tác giả: Mc Kissock (1960) là 57,3%[5], hay Nguyễn Thế Hào (1995) là 66,1%[6].

Về dấu hiệu liệt nửa người, dấu hiệu này xuất hiện khi có tổn thương vùng vận động. Dấu hiệu này chỉ có giá trị trong theo dõi và chẩn đoán khi nó xuất hiện từ từ và tăng dần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 19/46 bệnh nhân có dấu hiệu liệt nửa người (chiếm 41,3%). Tỷ lệ này có sự thay đổi tùy theo từng tác giả:Lê Ngọc Dũng (2007) là 37,5%[2], Nguyễn Thế Hào (1995) là 50,2%[6].

Chúng tôi chẩn đoán xác định bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng dựa vào phim chụp CLVT. Giá trị của phim chụp CLVT cho biết vị trí, độ dầy khối máu tụ, mức độ đè đẩy đường giữa, thương tổn phối hợp như máu tụ ngoài màng cứng, ổ dập não, CMMM, phù não, chảy máu não thất, tổn thương xương sọ qua cửa sổ xương. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 46 BN đều được chẩn đoán MTDMC cấp tính và chỉ định phẫu thuật dựa trên kết quả CLVT. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ MTDMC bán cầu P 56,5%, bán cầu T 43,5%; MTDMC đơn thuần 8/46 bệnh nhân (17,3%). Đây là những tổn thương nặng, nguy cơ tử vong cao và để lại di chứng nặng. Chảy máu màng mềm là tổn thương chảy máu lan tỏa, ít khi khu trú, nó không làm tăng áp lực nội sọ nhưng gây co thắt mạch máu, làm thiếu máu não gây phù não từ đó tạo vòng xoắn làm tăng áp lực nội sọ, khiến bệnh nhân tiến triển nặng dần theo thời gian.

Di lệch đè đẩy đường giữa trên CLVT: đường giữa đè đẩy ít hay nhiều biểu hiện tình trạng chèn ép khu trú cấu trúc não. Đây là dấu hiệu gián tiếp trên CLVT, là một dấu hiệu quan trọng giúp các bác sỹ lâm sàng đánh giá tình trạng chèn ép của não. Hầu hết các tác giả đều cho rằng nếu đường giữa di lệch càng nhiều thì tiên lượng càng xấu[2,7]. Theo nghiên cứu của chúng tôi: có 28/46 bệnh nhân có đè đẩy đường giữa 5-10mm, có 1 bệnh nhân ở nhóm này tử vong (3,6%); 16/46 bệnh nhân có đè đẩy đường giữa 11-15mm, tỷ lệ tử vong 18,75%; 2/46 bệnh nhân có đè đẩy đường giữa trên 15mm, cả hai bệnh nhân này đều tử vong khi đang được hồi sức sau phẫu thuật.

Máu tụ, dập não và phù não tiến triển không những gây đè đẩy đường giữa mà còn đè đẩy não thất, các bể dịch não tủy mà quan trọng nhất là bể đáy.Theo Bose B (2002) đường giữa bị đẩy lệch càng lớn, bể đáy bị xóa là hình ảnh gián tiếp của tăng áp lực nội sọ tiến triển khó kiểm soát. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5/46 BN có hình ảnh xóa bể đáy chiếm 10,9%. Tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân có hình ảnh xóa bể đáy cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không có hình ảnh xóa bể đáy. Ở nhóm bệnh nhân có xóa bể đáy trên CT thì có 4/5 bệnh nhân tử vong (80%), nhóm không có xóa bể đáy 2/39 tử vong sau phẫu thuật (5,1%).

Trước đây, điều trị bệnh nhân CTSN nặng các bác sỹ lâm sàng chỉ dựa trên các dấu hiệu lâm sàng và dấu hiệu trên CLVT. Tuy vậy đối với bệnh nhân CTSN nặng các dấu hiệu lâm sàng thường xuất hiện muộn, khi có các dấu hiệu này thì tình trạng bệnh nhân đã rất nặng, tỷ lệ tử vong và tàn tật đã tăng nhiều. Đối với hình ảnh trên CLVT cũng có kết quả tương tự. Bệnh nhân CTSN nặng không chỉ tổn thương tại một vị trí, tổn thương trên một bán cầu não mà tổn thương

thường lan tỏa, tỷ lệ tổn thương ở hai bên bán cầu đại não cao, do vậy không phải lúc nào cũng có dấu hiệu gián tiếp là đè đẩy đường giữa, và khi có dấu hiệu xóa bể đáy thì tổn thương đã tiến triển quá nặng, tỷ lệ bệnh nhân tử vong đã tăng cao.

V. KẾT LUẬN

1.Lâm sàng

- Tri giác sau tai nạn: Mê sau tai nạn 43,5%, Lơ mơ 41,3%, Tỉnh 15,2%
- Tri giác lúc vào: GCS 13 -15 Đ 10,8%, 9 – 12 Đ 43,5%, 3 -8 Đ 45,7%
- Giãn đồng tử: Giãn 1 bên 43,5%, giãn 2 bên 23,9%, không giãn 32,6%
- Liệt nửa người: Có liệt 41,3%, không liệt 58,7%.

2. Hình ảnh CLVT

- Độ dày máu tụ: Từ 5 -10mm: 54,4%, từ 11-15mm: 30,4%, trên 15mm 15,2%.
- Di lệch đường giữa: Từ 5 – 10mm: 63%, từ 11-15mm: 32,7%, trên 15mm: 4,3%.
- Máu tụ DMC đơn thuần: 17,3%, MTDMC có tổn thương phối hợp: 82,7%
- Tổn thương phối hợp trên CLVT: MTNMC 4,3%, XHDN 71,7%, dập não 47,8%.
- Có xóa bể đáy: 10,9%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Galgano M, Toshkezi G, Qiu X, Russell T, Chin L, Zhao LR.** Traumatic Brain Injury: Current Treatment Strategies and Future Endeavors. Cell transplantation. 2017; 26(7):1118-1130.
2. **Dũng LN.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật máu tụ DMC do chấn thương [Luận văn CK II], Trường Đại học Y Hà Nội; 2007.
3. **Mutch CA, Talbott JF, Gean A.** Imaging Evaluation of Acute Traumatic Brain Injury. Neurosurgery clinics of North America. 2016;27(4): 409-439.
4. **Oliveira RARA, Araújo S, Falcão ALE, Soares SMTP, Kosour C, Dragosavac D, et al.** Glasgow outcome scale at hospital discharge as a prognostic index in patients with severe traumatic brain injury %J Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2012; 70: 604-608.
5. **Mc KW, Paine K, Walsh L.** Further observations on subarachnoid haemorrhage. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry. 1958; 21(4): 239-248.
6. **Hào NT**. Góp phần chẩn đoán và sử trí sớm máu tụ DMC cấp tính do chấn thương sọ não kín [Luận văn thạc sỹ y học], Trường Đại học Y Hà Nội; 1995.
7. **Polin RS, Shaffrey ME, Bogaev CA, Tisdale N, Germanson T, Bocchicchio B, et al.** Decompressive bifrontal craniectomy in the treatment of severe refractory posttraumatic cerebral edema. Neurosurgery. 1997;41(1):84-92; discussion 92-84.

TÌNH TRẠNG PHẢN VỆ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI TỪ NĂM 2016 ĐẾN NĂM 2020

Nguyễn Văn Đoàn*, Thái Nguyễn Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm tìm hiểu tình trạng các bệnh nhân phản vệ được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu được thực hiện trên 497 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phản vệ. **Kết quả:** Tình trạng phản vệ xảy ra ở 8 khoa, trung tâm của bệnh viện Bạch Mai, tập trung chủ yếu ở Trung tâm Dị ứng – MDLS (60.4%). Triệu chứng da thường gặp nhất (79.9% bệnh nhân), tiếp theo là các triệu chứng hô hấp (48,9%), giảm HA (47.7%), các triệu chứng tiêu hóa (19.7%) và các triệu chứng thần kinh (7%). Nguyên nhân chính gây phản vệ ở người lớn là do thuốc (63.3%), còn ở trẻ em là do thức ăn (40%). Epinephrine được sử dụng ở 80.1% bệnh nhân. Tất cả các bệnh nhân được dùng Epinephrine tiêm bắp; 40.6% số bệnh nhân phải chuyển dùng Epinephrine đường tĩnh mạch sau đó. Các loại thuốc/can thiệp khác đã được sử dụng bao gồm corticosteroid, thuốc kháng histamine, liệu pháp oxy, hồi sức tim phổi.... Có 96,2% bệnh nhân hết tình trạng phản vệ sau điều trị; Có 0,4% bệnh nhân tử vong và 3,4% bệnh nhân có ngừng tuần hoàn xin về. Kết luận, việc chẩn đoán và điều trị sốc phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai thực tế đã được cập nhật theo các hướng dẫn mới của toàn cầu từ những năm 2016 – 2017 và tuân theo những hướng dẫn của thông tư số 51 của Bộ Y Tế từ cuối năm 2017.

Từ khóa: phản vệ, dị ứng thuốc, bệnh viện bạch mai, dị ứng thức ăn

**Trường Đại Học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyễn Hoàng
Email:thainguyenhoang1561994@gmail.com
Ngày nhận bài: 16.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 2.12.2020

SUMMARY

ANAPHYLATIC SITUATION IN BẠCH MAI HOSPITAL FROM 2016 TO 2020

Ojective: This research is to understand the situations of patients suffering from anaphylaxis in Bach mai hospital. **Method:** It is a cross sectional, descriptive research with 497 patients diagnosed and given treatment for anaphylaxis. **Result:** Anaphylaxis happended in 8 departments and centers of Bach mai

hospital, in which, the center of Allergology and clinical immunology is the most common place (60.4%). The most common manifestations were skin disorders (79.9%), followed by respiratory symptoms (48,9%), decrease in blood pressure (47,7%), digestive symptoms (19,7%) and neural symptoms (7%). The main cause of anaphylaxis in adult is medication (63,3%) while those in children is food (40%). Epinephrine were used in 80,1% patients. All patients got Epinephrine intramuscularly: 40,6% had to switch to intravenously thereafter. The other medications/interventions included corticosteroid, anti histamine, oxy therapy, cardiopulmonary resuscitation. 96,5% patients recovered after treatment, 0,4% died and 3,4% were brought home after cardiac arrest. Conclusion, the diagnosis and treatment for anaphylaxis in Bachmai hospital, actually, were updated from global guideline from 2016-2017 and complied the guideline of 51 Circular of Ministry of Heath from the last months of 2017.

Key words: anaphylaxis, drug allergy, food allergy, epidemiology of anaphylaxis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là tình trạng dị ứng có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút tới vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng và dẫn tới tử vong nhanh chóng. Dị nguyên là yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể bao gồm thức ăn, thuốc và các yếu tố khác.

Những năm gần đây, vấn đề sốc phản vệ ngày càng được quan tâm nhiều hơn và người ta cũng nhận thấy tình trạng phản vệ ngày càng gia tăng. Có nhiều nguyên nhân gây ra phản vệ nhưng hay gặp là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng. Tỷ lệ phản vệ thay đổi theo từng nghiên cứu. Theo nghiên cứu của Nhóm nghiên cứu dị ứng & hô hấp, Trung tâm khoa học sức khỏe dân số, Đại học Edinburgh, Edinburgh, Vương quốc Anh năm 2013, tỷ lệ phản vệ tại Châu Âu từ 1,5-7,9/ 100.000 người mỗi năm, tức tương đương 0,3% dân số bị phản vệ tại một số thời điểm trong cuộc đời. Các yếu tố nguy cơ cao khiến cho phản vệ trở nên nặng hơn thường là tuổi già, tiền sử hen phế quản và có nhiều bệnh kết hợp.

Hiện nay, cùng với sự phát triển của các nghành công nghiệp hóa mỹ phẩm, dược phẩm và tình trạng ô nhiễm môi trường là sự gia tăng tình trạng dị ứng, trong đó sốc phản vệ xảy ra ngày càng nhiều và có nhiều trường hợp tử vong đáng tiếc. Nguyên nhân của tình trạng này một phần do lạm dụng thuốc, hóa chất, mỹ phẩm ở cộng đồng, thiếu hiểu biết của người dân về sốc phản vệ trong đó có cả vài trò của nhân viên y tế.

Ở Việt Nam, năm 1960 Võ Văn Vinh thông báo trường hợp phản vệ do penicillin đầu tiên. Năm 1994, tác giả Nguyễn Năng An và Nguyễn Văn Đoàn đã thông báo 3 trường hợp sốc phản vệ hy hữu do thuốc gây tử vong [3].

Theo nghiên cứu "Tình trạng sốc phản vệ tại Bệnh Viện Bạch Mai" của Nguyễn Văn Đoàn và Nguyễn Thị Thùy Ninh, tỷ lệ phản vệ là 0.056% tại năm 2009 và năm 2013 là 0.07%, Nguyên nhân phản vệ hay gặp nhất là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng. Trong đó, thuốc kháng sinh, NSAIDs, thuốc cản quang là những thuốc hay gây ra tình trạng phan vệ nhất, hải sản là nguyên nhân thức ăn chủ yếu gây phản vệ [4]

Theo Nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải, Đặng Trung Anh,Bùi Thị Hương Thảo, từ năm 2014 – 2017 tại khoa cấp cứu Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội, có 92,7% bệnh nhân được chẩn đoán tuân thủ giao thức do Tổ chức Dị ứng Thế giới quy định từ năm 2011 đến 2015, và 97.6% bệnh nhân được sử dụng Epinephrine[5] điều này cho thấy, ở Việt Nam, việc cập nhật và áp dụng giao thức mới của thế giới trong chẩn đoán và xử trí phản vệ đã được áp dụng từ trước khi thông tư số 51 của bộ Y tế có hiệu lực (2018)

Ở Việt Nam mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về tình trạng phản vệ song chưa có nhiều nghiên cứu ở thời điểm sau thông tư số 51 của Bộ Y tế [6] được ban hành do đó chúng tôi tiến hành Nghiên cứu đánh giá tình trạng phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2016-2020, khoảng thời gianngay trước và sau khi thông tư số 51 của Bộ Y Tế được ban hành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai. Tiêu chí lựa chọn bệnh nhân là tất cả bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh Viện Bạch Mai được chẩn đoán tình trạng phản vệ và có mã lưu trữ hồ sơ bệnh ánlà T78 theo ICD10 trong khoảng thời gian từ 01/01/2016 đến 31/08/2020. Tiêu chuẩn loại trừ là những bệnh nhân không đạt tiêu chí lựa chọn. Đây là một nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang, thông tin được khai thác từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân dựa theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được phân tích và mô tả theo phần trăm bằng phần mềm SPSS v.20.0

Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích nghiên cưu khoa học, tất cả thông tin bệnh nhân được giữ bí mật, việc tiến hành nghiên cứu không gây hại gì cho đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 497 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Tuổi trung bình của nghiên cứu là 41.04 ±

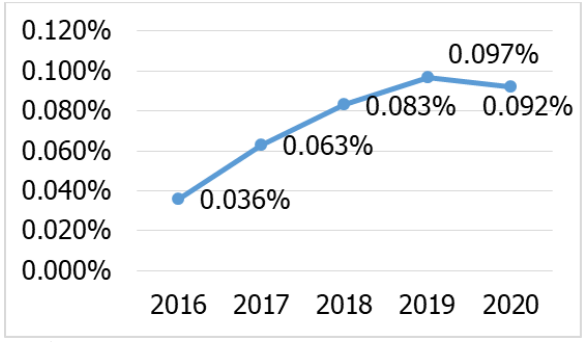
17.608, tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi và lớn nhất là 91 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho tỷ lệ nữ/nam là 1:5. Ba mươi ba phần trăm bệnh nhân có tiền sử dị ứng cá nhân, trong đó bao gồm dị ứng thức ăn (15.5%), thuốc (11.9%), nọc côn trùng và các dị nguyên khác chiếm 5.6%.

1. Tình hình phản vệ và đặc điểm lâm sàng

1.1. Tình hình phản vệ

Tỷ lệ phản vệ trong 5 năm qua tại bệnh viện Bạch Mai tăng đều từ năm 2016 (0.036%) đến năm 2019 (0.097%), tỷ lệ bệnh nhân phản vệ năm 2020 (0.092%) có giảm hơn so năm 2019, điều này là do ảnh hưởng có dịch covid cũng như việc lấy số liệu chỉ dừng lại tại 31/8/2020.

Bệnh nhân phản vệ tại bệnh viện Bạch Mai tập trung chủ yếu tại Trung tâm Dị ứng – MDLS (60.4%), tiếp theo là khoa điều trị tích cực (16.1%) và khoa cấp cứu A9 (12.1%).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ phản vệ tại bệnh viện Bạch Mai từ năm 2016 - 2020

1.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Thời gian xuất hiện triệu chứng

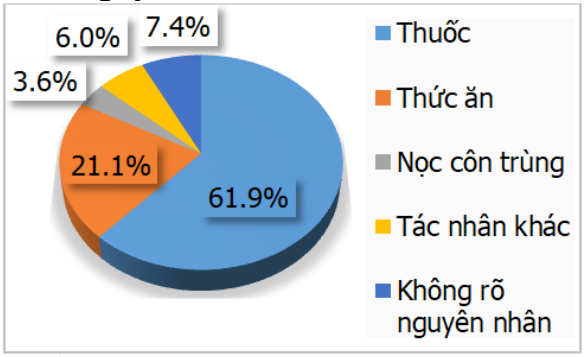
Thời gian tiềm tàng	<30 phút	30 phút -	1-2 giờ	>2 giờ	Không xác định	Tổng
n	258	62	35	62	80	497
%	51.9%	12.5%	7.0%	12.5%	16.1%	100%

Bảng 1 cho thấy đa phần các bệnh nhân xuất hiện triệu chứng sớm, Có 51,9% bệnh nhân bắt đầu có triệu chứng phản vệ khi chưa đầy 30 phút từ lần đầu tiên tiếp xúc chất gây dị ứng, 12,5% dài hơn 2 giờ và 16,1% không xác định được thời gian khởi phát triệu chứng.

Các biểu hiện ở da và niêm mạc thường gặp nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu (79.9%), theo sau là các triệu chứng đường hô hấp (48.9%), Hạ huyết áp (47.7%), các triệu chứng ở đường tiêu hóa gặp ở 19.7%, các triệu chứng thần kinh ít gặp hơn (7%).

Mức độ phản vệ gặp chủ yếu trong nhóm nghiên cứu là mức độ III (53.5%), tiếp theo là mức độ II (28.8%), mức độ I (15.7%), ghi nhận thấy 2% trường hợp phản vệ độ IV.

2. Nguyên nhân



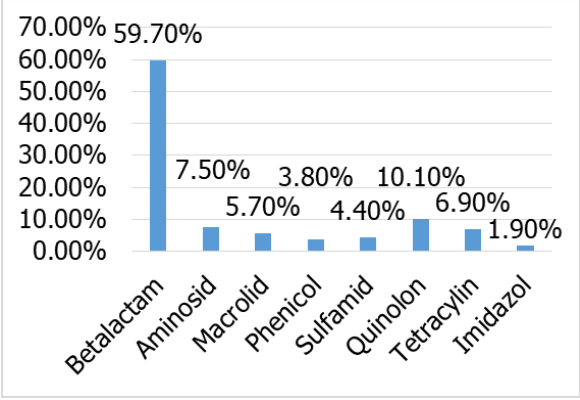
Biểu đồ 2: *Tỷ lệ các nguyên nhân gây phản vệ*

Nguyên nhân gây phản vệ hay gặp nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là nguyên nhân do thuốc (61.9%), thức ăn cũng là một nguyên nhân thường gặp (21.1%). Ở bệnh nhân người lớn (≥18 tuổi), nguyên nhân do thuốc là nguyên nhân chính (63.3%), ở trẻ em (<18 tuổi), nguyên nhân chính là thức ăn (40%).

Trong nhóm bệnh nhân phản vệ do thuốc, kháng sinh (50. là nguyên nhân hay gặp nhất. Tiếp theo là thuốc cản quang (10.3%) và NSAIDs (8.1%).

Đường dùng thuốc hay gây phản vệ nhất là đường Uống (48.4%), tiếp theo là đường tĩnh mạch (37%) và tiêm bắp (11.7%).

Đường dùng tĩnh mạch gây ra tình trạng phản vệ có mức độ cao hơn so với các đường dùng khác, sự khác biệt là có ý nghĩa với p=0.000 (<0,05)



Biểu đồ 3: tỷ lệ các nhóm kháng sinh gây phản vệ

Biểu đồ 3 cho thấy, trong các loại kháng sinh gây phản vệ, Nhóm beta-lactam là nhóm kháng sinh có chiếm tỷ lệ cao nhất (59.7%), các nhóm kháng sinh khác có tỷ lệ tương đương nhau, nhóm kháng sinh ít gặp là imidazol (1.9%).

Nguyên nhân phản vệ do thức ăn chủ yếu là do hải sản (33.1%); thủy sản (23.7%); rau, củ, quả (12.7%).

3. Điều trị

3.1. Thuốc sử dụng

3.1.1. Adrenalin. Adrenalin là thuốc ưu tiên hàng đầu trong điều trị phản vệ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 80.1% bệnh nhân được sử dụng adrenalin.

Tất cả bệnh nhân (80.1%) đều được tiêm bắp adrenalin đầu tiên, trong đó 40.6% bệnh nhân phải chuyển sang dùng adrenalin đường tĩnh mạch liên tục, không có bệnh nhân nào dùng adrenalin tiêm dưới da hay khí dung.

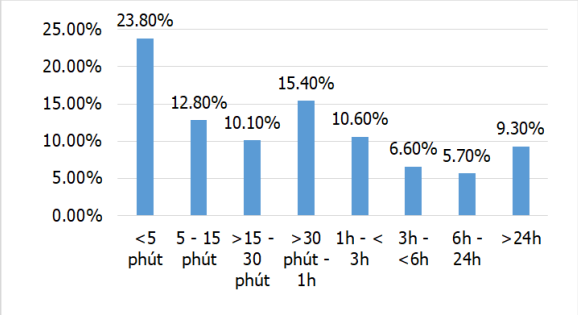
3.1.2. Thuốc khác

Bảng 3: Tỷ lệ các thuốc được sử dụng

Tên thuốc	Tỷ lệ
Kháng histamin H1	77.9%
Kích thích Beta-giao cảm	7.1%
Corticoid	96.8%
Kháng histamin H2	40.6%
Thở oxy hô trợ	35.4%
Hồi sức tim phổi	5.4%

Bảng 3 cho thấy Corticoid được sử dụng nhiều ở bệnh nhân phản vệ (96.8%); theo sau là thuốc kháng Histamin H1 (77.9%); kháng Histamin H2 (40.6%); 35,4 % bệnh nhân phải sử dụng liệu pháp oxy và có 5.4% bệnh nhân cần hồi sức tim phổi.

3.2. Kết quả điều trị



Biểu đồ 4: tỷ lệ bệnh nhân thoát sốc theo thời gian

Biểu đồ 4 cho thấy, có 23,8% bệnh nhân thoát sốc dưới 5 phút, tức đáp ứng ngay với mũi tiêm bắp adrenalin đầu tiên, đa phần bệnh nhân thoát sốc trong 6 giờ đầu (73,9%), chỉ 9.3% bệnh nhân thoát sốc sau 24h. Thời gian điều trị trung bình là 104,58 ± 179.28 giờ, Có 55,6 % bệnh nhân ra viện trong vòng 72h. Tỷ lệ điều trị khỏi phản vệ là 96.2%, ghi nhận thấy 0,4% bệnh nhân tử vong và 3.4% bệnh nhân có ngừng tuần hoàn được gia đình xin cho về nhà.

IV. BÀN LUẬN

Biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất của phản vệ là biểu hiện tại da và niêm mạc (mày đay, ngứa, phù nề…), theo sau là các triệu chứng tại đường hô hấp (khó thở, thở rít thanh quản, co thắt phế quản…), hạ huyết áp, triệu chứng đường tiêu hóa và cuối cùng là thần kinh. Thời gian xuất hiện triệu chứng từ lần cuối cùng tiếp xúc dị nguyên diễn ra từ vài phút đến vài giờ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hơn một nửa số trường hợp xuất hiện triệu chứng dưới 30 phút từ khi tiếp xúc dị nguyên.

Thuốc là nguyên nhân hàng đầu gây phản vệ ở người lớn, trong khi thức ăn là nguyên nhân chính gây phản vệ ở trẻ em. Thuốc kháng sinh là thuốc gây phản vệ nhiều nhất theo sau là thuốc cản quang và NSAIDs. Thức ăn gây phản vệ chủ yếu là hải sản, thủy sản. 80.1% Bệnh nhân trong nghiên cứu được sử dụng adrenalin, trong đó 100% bệnh nhân được tiêm bắp adrenalin liều đầu, nhiều bệnh nhân đáp ứng ngay sau 1 đến 2 liều đầu. Cách tiêm được cập nhật theo sự hướng dẫn của EAACI từ năm 2014 và thông tư số 51 của Bộ Y Tế từ năm 2018 đó là adrenalin nên được sử dụng tiêm bắp vào mặt giữa – ngoài của đùi. Tất cả bệnh nhân không đáp ứng với 2 -3 mũi tiêm bắp adrenalin đều được chuyển sang adrenalin đường tĩnh mạch liên tục (40.6%).

Trong số 276 bệnh nhân có sốc (mức độ III trở lên), khai thác được thời gian thoát sốc của 272 bệnh nhân từ hồ sơ bệnh án, trong đó 23.8% bệnh nhân thoát sốc từ mũi tiêm bắp adrenalin đầu tiên, có 73,6% bệnh nhân thoát sốc dưới 6 giờ, chỉ có 9,3% bệnh nhân cần dùng Adrenalin tĩnh mạch liên tục hơn 24h. Các thuốc khác đã được ghi nhận sử dụng cho bệnh nhân: 96.8% bệnh nhân được sử dụng corticoid; 77.9% bệnh nhân được sử dụng kháng Histamin H1; 40.6% bệnh nhân được sử dụng kháng Histamin H2; 35,4% bệnh nhân phải sử dụng liệu pháp oxy và có 5.4% bệnh nhân cần hồi sức tim phổi. Kết quả điều trị có 96.2% bệnh nhân khỏi tình trạng phản vệ sau điều trị, 0,4% bệnh nhân tử vong và 3,4% bệnh nhân có tình trạng ngừng tuần hoàn xin về, trong số bệnh nhân tử vong/xin về nhiều bệnh nhân là người trên 65 tuổi có các bệnh lý nền nặng nề đi kèm. Nhiều bệnh nhân có các bệnh lý nền kèm theo đang

điều trị tại viện diễn ra tình trang phản vệ nội viện nên thời gian điều trị kéo dài, chỉ 55.6% bệnh nhân ra viện trong vòng 72h, thời gian điều trị trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu cũng kéo dài hơn so với mức khuyến cáo 72h của thông tư số 51 Bộ Y Tế về hướng dẫn phòng, chẩn đoàn và xử trí phản vệ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phản vệ ngày một tăng lên, việc phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ kịp thời và đúng đắn là cực kì cần thiết. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc cập nhật và áp dụng giao thức mới của thế giới trong chẩn đoán và xử trí phản vệ đã được áp dụng tại Bệnh viện Bạch Mai từ trước khi thông tư số 51 của bộ Y tế có hiệu lực (2018) tuy nhiên việc ra đời thông tư số 51 của bộ Y Tế, một hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ chính thức, đầy đủ và chính xác của Việt Nam là rất cần thiết, phù hợp với điều kiện cơ sở hạ tầng và tình trạng phản vệ diễn ra tại Việt nam, tạo điều kiện thuận lợi cho việc tuyên truyền vấn đề chẩn đoán và xử trí phản vệ về đầy đủ các tuyến, cơ sở Y Tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Panesar SS1, Javad S, de Silva D, Nwaru BI, Hickstein L, Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilò MB, Cardona V, Dubois AE, Dunn Galvin A, Eigenmann P, Fernandez-Rivas M, Halken S, Lack G, Niggemann B, Santos AF, Vlieg-Boerstra BJ, Zolkipli ZQ, Sheikh A et al(2013).** The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review.; EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Group. 68 (11): 1353-1361
2. **Joyce E. Yu,. Robert Y.Lin et al (2018).**The epidemiology of anaphylaxis .Clinical Reviews in Allergy & Immunology. 54: 366–374
3. **Nguyễn Văn Đoàn, Nguyễn Năng An (1994).** Về một số trường hợp sốc phản vệ tử vong do dị ứng thuốc.Kỷ yếu Nghiên cứu Khoa học, Bộ Y tế. Trường Đại học Y HàNội,6, 97
4. **Nguyễn Thị Thùy Ninh.,** Nguyễn Văn Đoàn (2014). Tình trạng phản vệ tại Bệnh Viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú,Trường Đại Học Y Hà Nội
5. **Hoàng Bùi Hải., Đặng Trung Anh., Bùi Thị Hương Thảo (2018)** - Diagnosis and management of anaphylaxis in emergency department of hanoi medical university hospital from 2014 to 2017. JMR. 2018; E3:7
6. **Thông tư số 51** bộ y tế và chẩn đoán và xử trí phản vệ (2017).

TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN II, III ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Phương Anh*, Trần Thị Kiều My**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét đặc điểm thiếu máu và một số chỉ số liên quan ở các bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II, III được phẫu thuật tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang trước và sau phẫu thuật 04 tuần trên 57 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II, III được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2020. **Kết quả nghiên cứu:** Tại thời điểm nhập viện có 38,6% bệnh nhân có thiếu máu ở các mức độ khác nhau, 8,7% bệnh nhân thiếu máu ở mức độ nặng và rất nặng. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ là 50%. Có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân có MCV, MCH giảm, RDW tăng giữa hai nhóm thiếu máu và không thiếu máu với p<0,001. Tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu trước, trong và sau phẫu thuật lần lượt là: 14%; 8,8% và 3,5%. Sau phẫu thuật 04 tuần, tỷ lệ thiếu máu tăng lên (50,9%), không có bệnh nhân thiếu máu ở mức độ nặng và rất nặng. Trong nhóm bệnh nhân thiếu máu sau phẫu thuật: 89,7% bệnh nhân có tỷ lệ hồng cầu lưới thấp dưới 2%; 100% bệnh nhân có chỉ số RPI<3; Tỷ lệ bệnh nhân có sắt huyết thanh, ferritin, độ bão hòa transferrin giảm lần lượt là 65,5%; 58,6%; 72,4%, có 34,5% bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt cạn kiệt với ferritin <15 ng/ml. **Kết luận:** Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II,III khi nhập viện chiếm 38,6% và tăng lên sau phẫu thuật (50,9%). Bệnh nhân thiếu máu có đặc điểm: thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ, chỉ số hồng cầu lưới giảm, các xét nghiệm về bilan sắt cho thấy các bệnh nhân thiếu máu bị giảm dự trữ hoặc cạn kiệt sắt, không có bệnh nhân nào giảm vitamin B12.

Từ khóa: Tình trạng thiếu máu, ung thư dạ dày, phẫu thuật

**Bệnh viện K*
***Đại Học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Phương Anh
Email: drphuonganh76@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020
Ngày duyệt bài: 30.11.2020

SUMMARY

ANEMIA STATUS AND SOME RELATED INDICATORS IN PATIENTS WITH STAGE II & III GASTRIC CANCER

Aims: Describe the characteristics of anemia and some related indicators in patients with stage II and III gastric cancer had operated at K hospital. **Patients and methods:** 4-week pre- and post-

operative cross-sectional studies of 57 patients with stage II and III gastric cancer who received gastrectomy surgery at National Cancer Hospital since May 1 to March 2020. **Results:** At the time of admission: 38.6% of patients had anemia of different degrees, 8.7% of patients with severe and very severe anemia. The proportion of patients with small red blood cell anemia was 50%. There was a difference in the rate of patients with decreased MCV and MCH, increased RDW between the two anemic and non-anemic groups with p <0.001. Percentage of patients having blood transfusion before, during and after surgery respectively: 14%; 8.8% and 3.5%. After 4 weeks of surgery, the rate of anemia increased (50.9%), there was no patient with severe and very severe anemia. In the group of patients with anemia after surgery: 89.7% of patients have a low reticulocyte ratio below 2%; 100% of patients had RPI <3; The proportion of patients with serum iron, ferritin, transferrin saturation decreased 65.5% respectively; 58.6%; 72.4%, there were 34.5% iron deficiency anemia patients with a ferritin <15 ng/ml. **Conclusion:** There is 38.6% of patients had anemia and 50.9% after 4 weeks of surgery. Anemia patients have microcytic, hypochromic red blood cells, reticulocyte index decrease, reduce reserves or depleted iron stores. No patient had decreased vitamin

Keywords: Anemia, gastric cancer, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số các bệnh ung thư (UT) phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Cơ quan Nghiên cứu ung thư Quốc tế (IARC) công bố năm 2018 thì bệnh UTDD đứng hàng thứ 4 ở nam và thứ 8 ở nữ trên thế giới. Tại Việt Nam UTDD đứng thứ 3 ở nam, sau UT gan và ung thư phổi; đứng vị trí thứ 3 ở nữ sau UT vú, phế quản [1].

Phẫu thuật và hóa trị bổ trợ là phương pháp điều trị cơ bản bên cạnh đó các phương pháp điều trị hỗ trợ bao gồm điều trị thiếu máu góp phần không nhỏ trong cải thiện kết quả điều trị cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [2]. Tỷ lệ thiếu máu của các bệnh nhân ung thư dạ dày dao động từ 40-60% tùy theo giai đoạn của bệnh và đặc điểm điều trị [3], [4] tuy nhiên tại Bệnh viện K chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ và đúng mức đặc điểm thiếu máu trên những bệnh nhân này để nâng cao hiệu quả điều trị thiếu máu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm thiếu máu và một số chỉ số liên quan đến đặc điểm thiếu máu ở các bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II, III được phẫu thuật tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 57 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn II, III, được phẫu thuật cắt dạ dày và nạo vét hạch triệt căn tại bệnh viện K từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2020.

- Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn II, III sau phẫu thuật theo tiêu chuẩn của Hiệp hội chống ung thư Mỹ (AJCC).

- Thu thập một số đặc điểm lâm sàng, chỉ số máu ngoại vi trước phẫu thuật: Hb, MCV, MCH, MCHC, RDW; đặc điểm truyền máu trước, trong và sau phẫu thuật. Chẩn đoán mức độ thiếu máu theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới (WHO).

- Tiến hành xét nghiệm chỉ số máu ngoại vi và hồng cầu lưới sau phẫu thuật 4 tuần, đối với các bệnh nhân có thiếu máu: xét nghiệm bilan sắt, vitamin B12, folat.

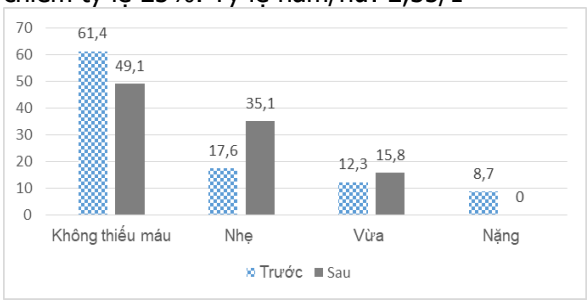
2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang tiến cứu

- Số liệu xử lý theo phương pháp thống kê y học theo chương trình SPSS 16.0

3. Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm tuổi: Tuổi trung bình 58,0± 9,33. Trong đó độ tuổi 60 -70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất: 42,1%, tiếp theo là độ tuổi: 50-60 tuổi, chiếm tỷ lệ 25%. Tỷ lệ nam/nữ: 2,35/1



Biểu đồ 1: Phân bố mức độ thiếu máu trước và sau phẫu thuật

Nhận xét: Trước phẫu thuật có 8,7% bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng. Sau phẫu thuật tỷ lệ thiếu máu tăng, không gặp mức độ nặng.

Bảng 1: Đặc điểm truyền máu

Thời điểm truyền máu	n = 57	Tỷ lệ %
Trước phẫu thuật	8	14,0
Trong phẫu thuật	5	8,0
Sau phẫu thuật	2	3,5

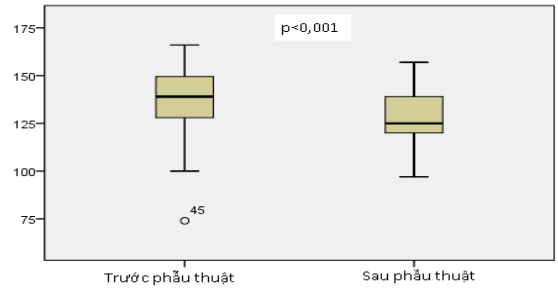
Nhận xét: trong số 10 bệnh nhân truyền máu có 5 bệnh nhân thiếu máu nặng và 3 bệnh nhân thiếu máu mức trung bình truyền máu trước phẫu thuật, có bệnh nhân truyền máu ở nhiều thời điểm.

Bảng 2: Đặc điểm chỉ số hồng cầu trước phẫu thuật

	Thiếu máu n (%)	Không thiếu máu, n (%)	p
MCV giảm	12 (50,0)	2 (6,1)	<0,001

MCH giảm	15 (62,5)	2 (6,1)	<0,001
RDW tăng	11 (45,8)	1 (3,0)	<0,001

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số MCV giảm, MCH giảm và RDW tăng ở nhóm thiếu máu cao hơn nhóm không thiếu máu (p <0,001).



Biểu đồ 2. Thay đổi nồng độ huyết sắc tố sau phẫu thuật ở nhóm không truyền máu

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân không truyền máu có lượng huyết sắc tố trung bình (g/L) sau phẫu thuật 04 tuần thấp hơn so với trước phẫu thuật (126,8 ± 13,7 so với 136,5 ± 18,1), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001

Bảng 3: Đặc điểm chỉ số hồng cầu lưới ở nhóm thiếu máu sau phẫu thuật

Chỉ số hồng cầu lưới	n = 29	Tỷ lệ %
Tỷ lệ %		
Dưới 2%	26	89,7
Trên 2%	3	10,3
Chỉ số RPI		
< 3	29	100,0
>=3	0	0,0

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có tỷ lệ hồng cầu lưới dưới 2%, (89,7%) và chỉ số RPI dưới 3

Bảng 4: Đặc điểm các chỉ số bilan sắt, vitamin B12, folat

Chỉ số bilan sắt	n=29	Tỷ lệ %
Sắt huyết thanh giảm	21	72,4
Ferritin giảm 15 - 30ng/ml	7	29,1
Ferritin giảm <15ng/ml	10	**34,5**
Độ bão hòa transferrin giảm	19	**65,5**
Viatmin B12 giảm	0	0,0
Fotat giảm	1	3,4

***Nhận xét*:** Nhóm bệnh nhân thiếu máu có độ bão hòa transferin giảm, giảm dự trữ sắt và cạn kiệt sắt

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2020, chúng tôi thu thập được 57 bệnh nhân được được phẫu thuật cắt dạ dày tại bệnh viện K do ung thư dạ dày giai đoạn II, III. Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình 58,0 ± 9,33; trong đó độ tuổi 60-70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất: 42,1%, tiếp theo là độ tuổi: 50-60 tuổi, chiếm tỷ lệ 25%. Tỷ lệ Nam/nữ: 2,35/1.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 61,4% bệnh nhân nhập viện không thiếu máu, 38,6% bệnh nhân thiếu máu, chủ yếu ở mức độ nhẹ (17,6%). Có 50% bệnh nhân có chỉ số MCV giảm, 62,5% bệnh nhân có MCH giảm, 45,8% bệnh nhân có RDW tăng. Chỉ số này so với nhóm không thiếu máu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Nguyên nhân thiếu máu trong ung thư dạ dày tại thời điểm chẩn đoán bao gồm các nguyên nhân thiếu máu trong các bệnh mạn tính, thiếu máu do dinh dưỡng, thiếu máu do mất máu mạn tính… hậu quả của các nguyên nhân trên là bệnh nhân có tình trạng thiếu máu thiếu sắt với đặc điểm MCV nhỏ, MCH giảm [3],[5];.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân có thiếu mức độ năng và 03 bệnh nhân thiếu máu mức trung bình đã phải truyền máu trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ 14%. Tỷ lệ truyền máu trong phẫu thuật là 8,8% và sau phẫu thuật là 3,5%. Tổng số bệnh nhân truyền máu là 10 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 17,5%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Huang (2019) là 19%. Theo tác giả Huang thì truyền máu (trước, trong, sau phẫu thuật) là một yếu tố tiên lượng độc lập, là yếu tố tiên lượng xấu ở các bệnh nhân giai đoạn III và tỷ lệ sống sót sau 5 năm ở bệnh nhân có truyền máu thấp hơn nhóm không truyền máu với p<0,001[4].

Chúng tôi tiến hành xét nghiệm sau khi bệnh nhân đã phẫu thuật cắt dạ dày 04 tuần, kết quả cho thấy tỷ lệ thiếu máu là 50,9%, hầu hết là thiếu máu mức độ nhẹ (20/29 bệnh nhân), không gặp bệnh nhân thiếu máu ở mức độ nặng. Ở nhóm không phải truyền máu: lượng huyết sắc tố sau phẫu thuật giảm có ý nghĩa thống kê với p <0,001. Tỷ lệ phần trăm hồng cầu lưới và chỉ số sản xuất hồng cầu lưới RPI (reticulocyte production index) dùng để đánh giá đáp ứng sinh hồng cầu của tủy xương, trong nghiên cứu của chúng tôi 89,7% bệnh nhân có tỷ lệ hồng cầu lưới dưới 2%, 100% bệnh nhân có chỉ số RPI<3. Nguyên nhân giảm các chỉ số của hồng cầu lưới là do: thiếu nguyên liệu tổng hợp (sắt) và tác động tiêu cực của các cytokin (IL-1, TNF-α, IL-6) đến dòng hồng cầu, hoạt hóa đại thực bào để thực bào hồng cầu. tăng quá trình chết theo chương trình (apoptosis) của tế bào non dòng hồng cầu. giảm đáp ứng của tế bào đầu dòng hồng cầu với với EPO.[6], [7].

Các xét nghiệm về bilan sắt cho thấy có 65,5% bệnh nhân có độ bão hòa transferrin giảm 72,4% bệnh nhân có sắt huyết thanh giảm,

34,5% bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt cạn kiệt với ferritin <15ng/ml. Kết quả này cho thấy nguyên nhân chủ yếu gây thiếu máu ở bệnh nhân là do thiếu sắt [3],[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào giảm nồng độ vitamin B12, có 1 bệnh nhân có giảm folat đơn độc. Do cơ thể có lượng dự trữ vitamin B12, folat lớn nên ngay sau cắt dạ dày 01 tháng lượng vitamin B12 và folat thường sẽ không giảm. Tác giả Hu sau 4 năm theo dõi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thiếu vitamin B12 ở bệnh nhân cắt dạ dày toàn bộ và bán phần lần lượt là: 100% và 15,7% [8].

V. KẾT LUẬN

Trước phẫu thuật có 38,6% bệnh nhân có thiếu máu, 8,7% bệnh nhân thiếu máu nặng. 50% bệnh nhân thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ. Tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu trước, trong hoặc sau phẫu thuật lần lượt là: 14%; 8,8% và 3,5%. Sau phẫu thuật tỷ lệ thiếu máu là 50,9% với đặc điểm: các chỉ số của hồng cầu lưới giảm, hầu hết các bệnh nhân thiếu máu có giảm dự trữ sắt và cạn kiệt sắt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan (2018),** Gastric Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2018.
2. **NCCN (2015),** Gastric cancer, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, V 3.
3. **Tang, Grace H. Hart (2016),** Iron deficiency anemia in gastric cancer: a Canadian retrospective review, European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 30(12), 1497-501
4. **Huang, Xuan-zhang, Yang et al (2019),** Preoperative Anemia or Low Hemoglobin Predicts Poor Prognosis in Gastric Cancer Patients: A Meta-Analysis, Disease Markers
5. **Macciò, Antonio, Madeddu (2015),** The role of inflammation, iron, and nutritional status in cancer-related anemia: results of a large, prospective, observational study, Haematologica, 100(1), 124-32.
6. **Buck, Isabelle, Morceau et al (2009),** Linking anemia to inflammation and cancer: The crucial role of TNFα, Biochemical Pharmacology, 77(10), 1572-9.
7. **Jung, Myung-jae et al (2011),** Pre- and post-gastrectomy anemia in gastric cancer patients Korean Journal of Clinical Oncology 7(2). 88-95
8. **Hu, Yanfeng, Kim et al (2012),** Vitamin B(12) deficiency after gastrectomy for gastric cancer: an analysis of clinical patterns and risk factors, Annals of Surgery, 258(6),970-5.

RỐI LOẠN CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ ĐÁNH GIÁ THEO THANG ĐIỂM PITTSBURG Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM NĂM 2019

Trần Minh Giám[1], Lê Đình Tùng[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng vành cấp là một biến cố nặng, cấp cứu của bệnh lý động mạch vành, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tim mạch và các biến chứng nặng về sau. Có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình hình thành, diễn biến và tiên lượng của bệnh. Trong đó chất lượng giấc ngủ giảm sút là một trong những than phiền phổ biến nhất của bệnh nhân hội chứng vành cấp.Nó gây nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe, tâm lý làm giảm chất lượng cuộc sống, ảnh hưởng không nhỏ đến hiệu quả điều trị bệnh chính. Hiện nay việc nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, đặc biệt là cải thiện chất lượng giấc ngủ đang được nhiều nhà khoa học quan tâm. **Mục tiêu**: Khảo sát chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân hội chứng vành cấp, tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ. **Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 250 bệnh nhân ≤ 70 tuổi vào điều trị tại Viện Tim mạch Việt nam được chẩn đoán và can thiệp hội chứng vành cấp năm 2019. **Kết quả**: Các bệnh nhân có tuổi trung bình là 60,8 ± 3,4. Tỷ lệ bệnh nhân hội chứng vành cấp có chất lượng giấc ngủ kém là 73,6% với chỉ số PSQI trung bình là 7,2±3,4. Có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với tuổi, một số yếu tố nguy cơ tim mạch. Có sự thay đổi có ý nghĩa chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân sau can thiệp hội chứng vành cấp một tháng. **Kết luận:** Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém ở bệnh nhân hội chứng vành cấp là phổ biến với 73,6%. Có sự liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với yếu tố tuổi và một số yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch. Có sự thay đổi đáng kể chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân sau can thiệp hội chứng vành cấp 1 tháng.

Từ khóa: Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI), chất lượng giấc ngủ, Hội chứng vành cấp

[1]*Bệnh viện E*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Giám
Email: dr.minhgiam@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 2.12.2020

SUMMARY

EVALUATION OF SLEEP QUALITY IN PATIENTS WITH CORONARY SYNDROME BY PITTSBURGH SCORE AT THE VIETNAM

HEART INSTITUTE IN 2019

Background: The acute coronary syndrome is a serious, urgent event of coronary artery disease, a leading cause of cardiovascular death and serious complications in the future. There are many risk factors that affect the formation, course and prognosis of the disease. In which, the poor quality of sleep is one of the most common complaints of patients with acute coronary syndrome. It has many effects on health and psychology, reduces the quality of life, significantly affects the effectiveness of treatment of the main disease. Currently, many scientists are interested in improving the quality of life for patients, especially improving the quality of their sleep. **Objective:** Investigate the quality of sleep in patients with acute coronary syndrome, find out some factors related to sleep quality. **Method:** A cross-sectional descriptive study was performed on 250 patients ≤ 70 years old who entered treatment at the Vietnam Heart Institute diagnosed and intervened in acute coronary syndrome in 2019. **Results**: Patients with The mean age was 60.8 ± 3.4. The proportion of patients with sciatica with poor sleep quality was 73.6% with a mean PSQI index of 7.2 ± 3.4. There was a relationship between sleep quality and age, some cardiovascular risk factors. There was a significant change in sleep quality in patients one month after acute coronary syndrome intervention. **Conclusion:** The rate of poor sleep quality in patients with acute coronary syndrome was common at 73.6%. There is a correlation between sleep quality with age and some cardiovascular disease risk factors. There was a significant change in sleep quality in patients after 1 month of acute coronary syndrome intervention.

***Keywords**:* Scale Pittsburgh sleep quality (PSQI), sleep quality, acute cononary syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mạch vành cấp là biến cố nặng, cấp cứu của bệnh lý động mạch vành (ĐMV), là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tim mạch và các biến chứng nặng về sau. Trong đó, HCMVCKSTCL vẫn chiếm tỷ lệ hàng đầu trong các biến cố mạch vành cấp ở các nước đã phát triển và trên thế giới[2,3]. Thuật ngữ Hội chứng động mạch vành cấp hay còn gọi tắt là Hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) bao gồm: (1) Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có đoạn ST chênh lên trên điện tim đồ; (2) Hội chứng mạch vành cấp không có ST chênh lên (HCMVCKSTCL)

Hiện đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị hiệu quả HCMVC, nhưng vẫn là một thể bệnh rất nặng và cần được quan tâm.

Vấn đề rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân bệnh lý động mạch vành là rất thường gặp. Rất nhiều nghiên cứu đã cho thấy mối liên quan giữa bệnh lý động mạch vành và các yếu tố nguy cơ đối với rối loạn giấc ngủ[4,5]Do đó việc đánh giá giấc ngủ ở bệnh nhân bệnh lý mạch vành cấp và tìm hiểu các yếu tố liên quan là cần thiết giúp cho quá trình chăm sóc, điều trị, dự phòng cho bệnh nhân toàn diện và hiệu quả. Chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) là bảng câu hỏi tự báo cáo để đánh giá chất lượng giấc ngủ trong khoảng thời gian 1 tháng. Đây là công cụ lâm sàng được sử dụng rất nhiều trong nghiên cứu do tính giá trị đã được kiểm chứng và sự thuận lợi trong quá trình thực hành[1].

Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Rối loạn chất lượng giấc ngủ đánh giá theo thang điểm Pittsbursh ở bệnh nhân hội chứng vành cấp tại Viện Tim Mạch Việt Nam năm 2019" nhằm mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân hội chứng vành cấp tại Viện Tim mạch Việt Nam theo thang điểm PSQI từ tháng 8/2019-tháng 8/2020.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở nhóm đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những BN vào viện được chẩn đoán hội chứng vành cấp, lần đầu được can thiệp động mạch vành qua da thì đầu thành công tại Viện Tim mạch Việt Nam từ tháng 08/2019 đến hết tháng 08/2020. Tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT có S-T chênh: Theo định nghĩa toàn cầu lần thứ 4 [1]. Loại ra khỏi nhóm nghiên cứu các bệnh nhân NMCT cấp có sốc tim, có tiền sử NMCT cũ, đặt stent ĐMV hoặc tiền sử mổ bắc cầu nối chủ vành(CABG), có tiền sử suy tim, bệnh van tim, tim bẩm sinh, các bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa nặng có nguy cơ tử vong cao (ung thư giai đoạn cuối, hôn mê do đái tháo đường), bệnh nhân >70 tuổi.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, tại các thời điểm ngay sau can thiệp (< 48 giờ), sau 1 tháng.

Cỡ mẫu. Cỡ mẫu cho nghiên cứu ngang được tính theo công thức:

$$N = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}\, P(1-P)}{d^2}$$

- n: số bệnh nhân cần nghiên cứu
- $Z^2_{(1-a/2)}$: ngưỡng xác suất ở mức có ý nghĩa thống kê

$Z_{(1-a/2)}$ (với a = 0,05) = 1,96.

- p: Tỷ lệ bệnh nhân dự kiến có rối loạn giấc ngủ trong nhóm nghiên cứu
- d: Độ chính xác mong muốn

Tham khảo một số nghiên cứu trong và ngoài nước[6], ứng dụng phương pháp thống kê y học, trong nghiên cứu này, các thông số trên được đề xuất áp dụng là: p= 80%, d= 0,05, vậy cỡ mẫu là:

$$n = 1{,}96^2 \frac{0{,}8(1-0{,}8)}{0{,}05^2} = 248 \text{ bệnh nhân}$$

Phương pháp thu thập số liệu:

- Các bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng tỉ mỉ, làm các xét nghiệm cơ bản (điện tâm đồ, công thức máu, creatinine, men gan, bộ mỡ máu, điện giải đồ, Troponin-T, siêu âm tim). Can thiệp động mạch vành qua da tại Đơn vị tim mạch can thiệp -Viện tim mạch, thu thập các thông số tổn thương động mạch vành (thời gian khởi phát triệu chứng đến thời điểm được can thiệp, động mạch vành thủ phạm, số nhánh động mạch vành tổn thương có ý nghĩa, điểm TIMI trước và sau can thiệp ĐMV).
- Bộ câu hỏi có sẵn , thang điểm Pittsburgh
- Máy đo Beddit Sleep monitoring 3.5



Ảnh 1. Máy đo Beddit Sleep Monitoring 3.5

Xử lý thống kê số liệu nghiên cứu:Bằng phần mềm SPSS 16.0. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trong thời gian từ tháng 8/2019 đến tháng 8/2020 trên 250 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên lần đầu được can thiệp ĐMV qua da và được đánh giá qua bộ câu hỏi Pittsburgh tại hai thời điểm , và có 48 bệnh nhân được theo dõi bằng máy Beddit Sleep Monitoring 3.5 tại 1 thời điểm ngày thứ 1 sau can thiệp

1. Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (60,8 ± 3,4)		
<40	3	1.2
40-49	37	14,8
50-59	55	22
60-70	155	62
Giới		
Male	185	74
Female	65	26
Tình trạng hôn nhân		
Kết hôn	201	88,8
Độc thân/Ly dị/Góa bụa	28	11,2
Trình độ học vấn		
Tiểu học	127	50,2
Trung học	75	30
Đại học/ trên đại học	48	19,8
Vùng miền		
Thành thị	96	38,4
Nông thôn	154	61,6

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

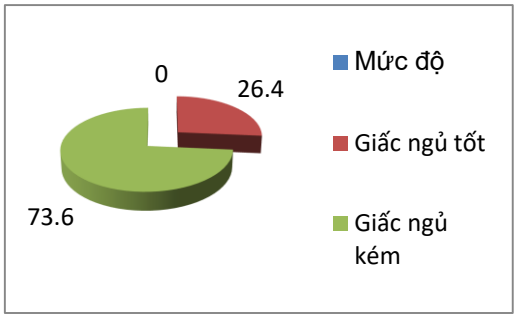
Biến số	Tần số	Tỷ lệ %
NMCT ST chênh lên	128	51.2
NMCT ST không chênh	35	14
ĐTNKOĐ	87	34.8
Phân loại Kilip	Tần số	Tỷ lệ %
Kilip 1	142	56.8
Kilip 2	108	43.2
Tổng số	250	100%
Triệu chứng cơ năng	Tần số	Tỷ lệ %
Đau ngực	81	32,4
Khó thở	17	6.8
Đau ngực và khó thở	152	60.8
ST chênh lên	128	51.2
EF< 50%	117	49.3
Rối loạn vận động vùng	138	55.2
Can thiệp đặt 1 stent	152	61
Can thiệp đặt ≥2 stent	16	6.4
Thang điểm Grace	62.3±3	
Pro BNP	277.6± 534.98	
Mức lọc cầu thận	58.2±22.4	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân chẩn đoán NMCT ST chênh chiếm đa số với 51.2%, tiếp đến là ĐNKOĐ 34.8%, NMCT ST không chênh thấp nhất chiếm 14%.

Tỷ lệ đối tượng Kilip 1 nhiều hơn vơi s 56.8%.

Tỷ lệ bệnh nhân có cả hai triệu chứng đau ngực và khó thở nhiều nhất chiếm 60.8%, chỉ có đau ngực 32.4%, chỉ có khó thở 6.8%.

2. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố chất lượng giấc ngủ bằng PSQI

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng có chất lượng giấc ngủ kém cao lên đến 73.6% với điểm cắt PSQI ≥5, điểm PSQI 7,24±3,43

Bảng 4. Giá trị trung bình các biến trong bảng câu hỏi

Biến	Trung bình	SD
Điểm PSQI	7.24	3.43
Chất lượng giấc ngủ	1.6	0.77
Rối loạn giấc ngủ	1.39	0.57
Rối loạn chức năng ban ngày	1.62	1.03
Độ trễ của giấc ngủ	1.1	1.25
Thời lượng ngủ	1.6	1.1
Sử dụng thuốc ngủ	0.5	1.24
Hiệu quả giấc ngủ	82.1%	18.7

Nhận xét: Điểm PSQI của cả nhóm đối tượng là 7.24 với độ lệch chuẩn là 3.43. Hiệu quả giấc ngủ 82,1%.

Bảng 4. Kết quả theo dõi trên máy Beddit Mornitoring 3.5 (n=48)

Biến	Trung bình (Phút)	SD
Độ trễ của giấc ngủ	52.7	±41,8
Thời gian thức	53.8	±67,7
Thời gian rời khỏi giường	65.8	±47,7
Hiệu quả giấc ngủ	83,5%	15,6%

3. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến rối loạn chất lượng giấc ngủ ở nhóm đối tượng trên

Bảng 4. Đặc điểm giấc ngủ liên quan với tuổi và giới.

Biến		Giấc ngủ		p
		Ngủ tốt	Ngủ kém	
Giới	Nam	23 (17.6%)	108 (82.4%)	0.26
	Nữ	20 (18.3%)	89 (81.7%)	
Tuổi	<50	26 (26.3%)	73 (73.7%)	0.02
	50-59	13(16.5%)	68(83.5%)	
	60-70	4(6.5%)	58 (93.5%)	

Bảng 5. Rối loạn giấc ngủ trong các nhóm chẩn đoán

Chẩn đoán	PSQI ≥5	Tỷ lệ %	p
NMCT ST chênh	103/128	80.7	> 0.05
NMCT ST không chênh	24/35	70.2	
ĐNKOĐ	51/87	58.8	

Nhận xét: Sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn mất ngủ trong 3 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với P >0,05

Bảng 6. Rối loạn giấc ngủ và các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Rối loạn giấc ngủ	Tỷ lệ %	P
Hút thuốc lá	73/75	97	<0.05
Tăng huyết áp	91/114	79.8	
Đái tháo đường	32/37	86,5	
Rối loạn lipid máu	30/38	78.9	
Thừa cân béo phì	48/62	77.4	

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở nhóm hút thuốc lá cao nhất 97%, sau đến bệnh đái tháo đường 86.5%, bệnh tăng huyết áp 79.8%, rối loạn lipid máu 78.9%, béo phì 77.4%. Sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở các nhóm nguy cơ tim mạch là có ý nghĩa thống kê với P< 0.05.

4 .Rối loạn giấc ngủ sau ra viện sau khi ra viện 1 tháng

Bảng 7. Đánh giá chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ACS sau can thiệp 1 tháng

Biến	Sau can thiệp 1 ngày	Sau can thiệp 1 tháng	p
Điểm PSQI	7.24±3,43	7.56± 4.5	< 0.05
Chất lượng giấc ngủ	1.6± 0.77	1,74± 0,78	
Rối loạn giấc ngủ	1.39±0.57	1.98±1.1	
Rối loạn chức năng ban ngày	1.62±1.03	1.72± 1.1	
Độ trễ của giấc ngủ	1.1±1.25	1.25± 0.7	
Thời lượng ngủ	1.6±1.1	1.74± 1.2	
Sử dụng thuốc ngủ	0.5±1.24	1.24± 1.03	
Hiệu quả giấc ngủ	82.1%±18.7	80.2± 16.7	

Nhận xét: Tổng điểm PSQI toàn bộ và điểm của cả 7 thành phần trong bộ câu hỏi ở nhóm bệnh nhân sau can thiệp tăng lên có ý nghĩa thông kê với P< 0.05.

5. Đánh giá hiệu quả giấc ngủ ở bệnh nhân HCVC sau can thiệp ngày thứ 1 bằng thiết bị Beddit Sleep monitoring

Bảng 8. Kết quả thu được từ máy Beddit Sleep monitoring(n= 48)

Biến	Trung bình (Phút)	SD
Độ trễ của giấc ngủ	52.7	±41,8
Thời gian thức	53.8	±67,7
Thời gian rời khỏi giường	65.8	±47,7
Hiệu quả giấc ngủ	83,5%	15,6%

Nhận xét: Độ trễ của giấc ngủ bệnh nhân trung bình là 52.7 phút với độ lệch chuẩn là 41.8. Thời gian thức của bệnh nhân trung bình là 53.8 phút với độ lệch chuẩn là 67.7. Thời gian bệnh nhân không nằm trên giường là 65,8 phút với độ lệch chuẩn là 47.7. Hiệu quả của giấc ngủ theo máy ghi được trung bình 83,5% với độ lệch chuẩn là 15.6.

IV. BÀN LUẬN

1.Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở đối tượng hội chứng vành cấp. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn giấc

ngủ ở bệnh nhân HCVC của chúng tôi tại thời điểm nhập viện là 73,6%. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung thấp hơn so với nghiên cứu trong nước tuy nhiên không nhiều. Nguyên nhân của sự khác biệt do triệu chứng bệnh HCVC có thể từng lúc, đôi khi âm thầm bệnh nhân không thể biết hay chưa ảnh hưởng thực sự đến khi biến cố mạch vành xảy ra. Điều này thế hiện sức khỏe đã bị ảnh hưởng ở mức độ nào đó và tiến triển đến những vấn đề nghiêm trọng hơn.

Đánh giá chất lượng giấc ngủ trên Beddit Sleep Mornitoring có giá trị và kết quả tương đồng giữa các chỉ số, tuy nhiên tính khách quan và chính xác của máy được thấy cụ thể và tốt hơn bảng câu hỏi khi đánh giá từng cá nhân cụ thể.

2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ

Tuổi: Độ tuổi được chia thành 3 nhóm: <50, 50-60 và 60-70 tuổi với số người ngủ kém lần lượt là 73 (73,7%), 68 (83,5%) và 58 (93,5%). Trong khi đó, những người ngủ ngon của nhóm <50, 50-60 và 60-70 tuổi lần lượt là 26 (26,3%), 13 (16,5%) và 4 (6,5%). Do đó, có sự khác biệt có ý nghĩa tĩnh giữa các nhóm tuổi về giấc ngủ (p = 0,02<0,05). Rất nhiều nghiên cứu cả bệnh nhân nội trú và nghiên cứu cộng đồng cho thấy tuổi là một yếu tố nguy cơ độc lập gây ra tình trạng mất ngủ[7]

Giới: Trong số 185 nam giới tham gia, phần lớn những người ngủ kém là 152 người (82,4%), trong khi chỉ có 33 người ngủ tốt (17,6%). Ở nhóm nữ có 53 người ngủ kém (81,7%) và chỉ 12 người ngủ tốt (18,3%). Do đó, không có sự khác biệt có ý nghĩa tĩnh giữa nam và nữ khi ngủ (p = 0,26> 0,05). Tuy nhiên một số nghiên cứu khác cho thấy phụ nữ trong độ tuổi trung niên có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn đàn công cùng tuổi. Một số nghiên cứu trên thế giới nghiên cứu về rối loạn giấc ngủ, đặc biệt là ở người lớn tuổi. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở phụ nữ lớn tuổi ở Việt Nam là 38,9%[8].

Yếu tố nguy cơ bệnh lý tim mạch. gồm tăng huyết áp, đái tháo đường typ2, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá có chất lượng giấc ngủ kém hơn nhóm không bị các yếu tố trên với p<0,05. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Shaffer JA[6]. Một số yếu tố khác như tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, vùng miền cho thấy sự khác nhau chất lượng giấc ngủ ở các nhóm là chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đánh giá lại bệnh nhân sau 1 tháng can thiệp động mạch vành: Tổng điểm PSQI toàn bộ và điểm của cả 7 thành phần trong bộ câu hỏi ở nhóm bệnh nhân sau can thiệp tăng lên có ý nghĩa thông kê với P< 0.05. Nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu Chúng tôi cũng thấy nghiên cứu phù hợp với một nghiên cứu meta trước đó của Edmondson D và đồng sự[9]. Nghiên cứu đánh giá tử lệ rối lạo căng thẳng sau chấn thương và nguy cơ tái phát ở bệnh nhân HCVC: đánh giá phân tích meta. Kết luận nghiên cứu cho thấy các triệu chứng căng thẳng do HCVC gầy là phổ biến vừa phải và có liên quan đến tăng nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch tái phát và tỷ lệ tử vong.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp tại Viện tim mạch Việt Nam năm 2019 đánh giá theo thang điểm PSQI có là 73,6% với điểm cắt PSQI≥5. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ tăng lên rõ rệt ở nhóm bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ là hút thuốc, Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân HCVC sau can thiệp một tháng tăng lên có ý nghĩa thống kê ở cả 7 thành phần giấc ngủ theo PSQI.

2. Các yếu tố được tìm hiểu có liên quan đến rối loạn giấc ngủ bao gồm tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ tim mạch (THA, ĐTĐ, Thừa cân/béo phì, Hút thuốc). Tuy nhiên còn rất nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu nhưng do chưa đủ khả năng và nguồn lực để thực hiện.

3. Sử dụng các công cụ đo lường khách quan như trong nghiên cứu chúng tôi dùng máy Beddit Sleep Monitoring sử dụng an toàn, tốn ít nguồn lực nhưng cho các kết quả đáng mong đợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tô Minh Ngọc, Nguyễn Đỗ Nguyên, Phùng Khánh Lâm, Nguyễn Xuân Bích Huyền**. Thang đo chất lượng giấc ngủ PITTSBURGH phiên bản tiếng việt. Nghiên cứu Y học,Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 18 * Phụ bản của Số 6 * 2014
2. **AHA/ACC Guideline 2019** for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation.
4. **Knutson KL, Van Cauter E, Rathouz PJ, et al.** Association between sleep and blood pressure in midlife: the CARDIA sleep study. Arch Intern Med 2009; 169:1055.
5. **King CR, Knutson KL, Rathouz PJ, et al.** Short sleep duration and incident coronary artery calcification. JAMA 2008; 300:2859.
6. **Shaffer JA, Kronish IM, Burg M, Clemow L, Edmondson D**. Association of acute coronary syndrome-induced posttraumatic stress disorder symptoms with self-reported sleep. Ann Behav Med. 2013;46(3):349–357. doi:10.1007/s12160-013-9512-8

7. Aunjitsakul, W., et al., Sleep quality among elderly people within the outpatient department of Songklanagarind Hospital, Thailand: a cross-sectional study. Songklanagarind Medical Journal, 2017. 35(3): p. 195-204.

8. Dao Tran, T.H. and C. Seib, Prevalence and correlates of sleep disturbance among older women in Vietnam. Journal of clinical nursing, 2018. 27(17-18): p. 3307-3313.

NGHIÊN CỨU HÌNH ẢNH TAI TRONG TRÊN PHIM CẮT LỚP VI TÍNH VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN ĐIẾC BẨM SINH

Phạm Thị Trang Nhung[1], Cao Minh Thành[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh tai trong trên phim cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ ở bệnh nhân điếc bẩm sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án và phim cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ ở 90 bệnh nhân điếc bẩm sinh đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2017-2020. **Kết quả:** Trong nghiên cứu có 45 bệnh nhân có bất thường tai trong: bất sản ốc tai (6,67%), ốc tai dạng khoang chung (6,67%), thiểu sản ốc tai (11,11%), ốc tai phân chia không hoàn toàn (26,67%), bất thường dây thần kinh ốc tai (chiếm 33,33%) và giãn cống tiền đình đơn độc (13,33%). Hình ảnh hố ốc tai, ống tai trong trên CT gợi ý bất thường thần kinh VIII, thần kinh ốc tai. **Kết luận:** Bệnh nhân điếc bẩm sinh có thể có hình ảnh tai trong bình thường hoặc dị dạng tai trong.Cần kết hợp cả phim CT và MRI để quyết định xem bệnh nhân có phải là ứng viên của phẫu thuật cấy ốc tai điện tử hay không đồng thời giúp quyết định lựa chọn loại điện cực phù hợp

Từ khóa: Dị dạng tai trong, điếc bẩm sinh.

SUMMARY

CT AND MR IMAGING OF THE INNER EAR WITH CONGENITAL SENSORINEURAL HEARING LOSS

Objective: To describeCT and MR imaging featuresof the inner ear with congenital sensorineural hearing loss. **Subjects and Methods:** The retrospective study on CT and MR imaging of90 patients with congenital sensorineural hearing loss at Ha Noi Medical University Hospital from 2017 to 2020. **Results:** 45 patients with inner ear malformations: cochlear aplasia (6,67%), common cavity (6,67%), cochlear hypoplasia (11,11%), incomplete partition of the cochlea (26,67%), cochlear nerve abnormalities (33,33%) and enlarged vestibular aqueduct (13,33%). Cochlear aperture abnormalities or a narrow internal auditory canal may indicate cochlear nerve abnormalities. **Conclusion:** Patients with congenital sensorineural hearing loss may have inner ear malformations. Computed tomography (CT) and magnetic resonance (MR) imaging play an important role in the evaluation of patients who are candidates for cochlear implantation surgery.

Keywords: inner ear malformations, congenital hearing loss.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điếc bẩm sinh là sự không hoàn chỉnh về chức năng nghe ngay từ khi được sinh ra và là một trong những khuyết tật bẩm sinh thường gặp. Không nghe được trẻ sẽ không nói được, không diễn đạt được ý nghĩ, làm trẻ bị tách biệt khỏi xã hội. Điếc bẩm sinh được phân loại theo vị trí tổn thương: điếc do tổn thương ốc tai, điếc do tổn thương sau ốc tai. Chẩn đoán điếc bẩm sinh dựa vào các triệu chứng lâm sàng, kết hợp với các biện pháp đánh giá sức nghe và chẩn đoán hình ảnh. Chẩn đoán hình ảnh, cụ thể là CT scan và MRI giúp phát hiện những bất thường về mặt cấu trúc của cơ quan thính giác đặc biệt là những bất thường tai trong từ đó giúp lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp cho trẻ điếc bẩm sinh.

Phục hồi thính giác ở trẻ nghe kém bao gồm: đeo máy trợ thính thông thường, cài đặt máy trợ thính đường xương, cấy điện cực ốc tai và cấy điện cực thân não. Với nghe kém bẩm sinh mức độ nhẹ đến trung bình, đeo máy trợ thính thông thường có thể phục hồi tốt sức nghe của trẻ. Tuy nhiên ở những trẻ nghe kém nặng đến rất nặng, phẫu thuật cấy điện cực ốc tai hay cấy điện cực thân não được coi là phương pháp điều trị duy nhất[2].

Nhằm góp phần tìm hiểu đặc điểm hình ảnh của tai trong trên phim CT, MRI ở bệnh nhân điếc bẩm sinh với mục đích xác định cấu trúc giải phẫu tai trong bình thường hay bất thường để quyết định có thể phẫu thuật cấy điện cực ốc tai hay không. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Nghiên cứu hình ảnh tai trong trên phim cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ ở bệnh nhân điếc bẩm sinh"* với mục tiêu: *Mô tả hình ảnh tai trong trên phim cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ ở bệnh nhân điếc bẩm sinh.*

[1]Trường Đại học Y Hà nội,
[2]BệnhViện Đại học Y Hà Nội.
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Trang Nhung
Email: trangnhung.cltn@gmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 90 bệnh nhân điếc bẩm sinh đến khám hoặc điều trị tại khoa Tai – Mũi – Họng bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2017- 2020

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Kết quả thính lực: nghe kém mức độ rất nặng (ngưỡng nghe trung bình 71 - 90dB) hoặc điếc (ngưỡng nghe trung bình > 90dB).
- Bệnh nhân có phim CT- scan xương thái dương 128 dãy và phim MRI xương thái dương 1.5 Tesla đúng tiêu chuẩn.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ

- Kết quả thính lực: nghe kém mức độ nhẹ hoặc trung bình (ngưỡng nghe trung bình < 70dB).
- Bệnh nhân không được chụp phim CT hoặc MRI hoặc phim chụp không đủ tiêu chuẩn.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu. Sử dụng phương pháp mô tả từng ca

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện: 90 bệnh nhân (180 tai) đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7/2019 đến tháng 9/2020

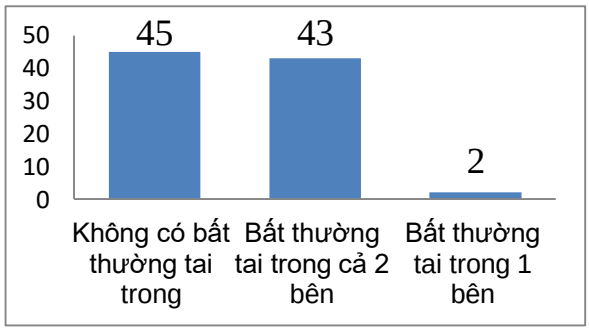
Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tai – Mũi – Họng và khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Thu thập số liệu. Số liệu được thu thập thông qua hồi cứu dữ liệu có sẵn trong hồ sơ bệnh án và phim CT và MRI của bệnh nhân

Xử lý số liệu. Xử lý, kiểm định các số liệu theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 90 bệnh nhân điếc bẩm sinh. Độ tuổi trung bình là 3,55 tuổi với lứa tuổi thường gặp nhất từ 1-3 tuổi. Không có sự khác biệt giữa 2 giới. Kết quả thu được khi nghiên cứu hình ảnh tai trong trên phim CT scan và MRI ở nhóm bệnh nhân có dị dạng tai trong:



Biểu đồ 1: Hình ảnh tai trong ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu(N=90)

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 45 bệnh nhân không có bất thường hình ảnh tai trong trên phim CT và MRI. Trong nhóm bệnh nhân có bất thường tai trong, đa số bất thường ở cả 2 bên tai (95,56%).

Bảng 1: Hình ảnh CT và MRI cấu trúc ốc tai ở nhóm có bất thường tai trong

Hình ảnh CT và MRI cấu trúc ốc tai	n	%
Bình thường	42	46,67
Bất sản ốc tai	6	6,67
Ốc tai tạo khoang chung	6	6,67
Thiểu sản ốc tai	10	11,11
Ốc tai phân chia không hoàn toàn typ I	8	8,89
Ốc tai phân chia không hoàn toàn typ II	8	8,89
Ốc tai phân chia không hoàn toàn typ III	8	8,89
Ốc tai vôi hóa	2	2,22
N	**90**	**100,0**

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân có dị dạng tai trong, 53,33% tai có bất thường cấu trúc ốc tai trong đó 6/90 tai (6,67%) không có cấu trúc ốc tai, 6/90 (6,67%) tai có dị dạng ốc tai kiểu khoang chung, 10/90 (11,11%) tai có ốc tai thiểu sản, 24/90 (26,67%) tai có hình ảnh ốc tai phân chia không hoàn toàn và 1 bệnh nhân có hình ảnh ốc tai vôi hóa ở 2 bên.

Bảng 2: Hình ảnh tiền đình, ống bán khuyênở nhóm có bất thường tai trong

Tiền đình, ống bán khuyên \ Hình ảnh ốc tai		Bình thường	Dị dạng	n	%
Tiền đình	Bình thường	34	14	48	53,33
	Dị dạng	8	34	42	46,67
Ống bán khuyên	Bình thường	30	22	52	57,78
	Dị dạng	12	26	38	42,22
N		**42**	**48**	**90**	**100,0**

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân có dị dạng tai trong, có 46,67% tai có dị dạng tiền đình trong đó 34/42 tai vừa có dị dạng tiền đình, vừa có dị dạng ốc tai. Về hình ảnh ống bán khuyên, có

42,22%, tai dị dạng ống bán khuyên trong đó 26/38 tai có hình ảnh dị dạng ốc tai đi kèm.

Bảng 3: Hình ảnh cống tiền đìnhở nhóm có bất thường tai trong

Hình ảnh ốc tai / Cống tiền đình	Bình thường	Dị dạng	n	%
Bình thường	30	38	68	75,55
Giãn rộng	12	10	22	24,44
N	**42**	**48**	**90**	**100,0**

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân có dị dạng tai trong, có 22/90 tai có dị dạng giãn cống tiền đình chiếm 24,44% trong đó có 12 tai có giãn cống tiền đình trong khi hình ảnh ốc tai bình thường.

Bảng 4. Hình ảnh dây VIII và ống tai trongở nhóm có bất thường tai trong

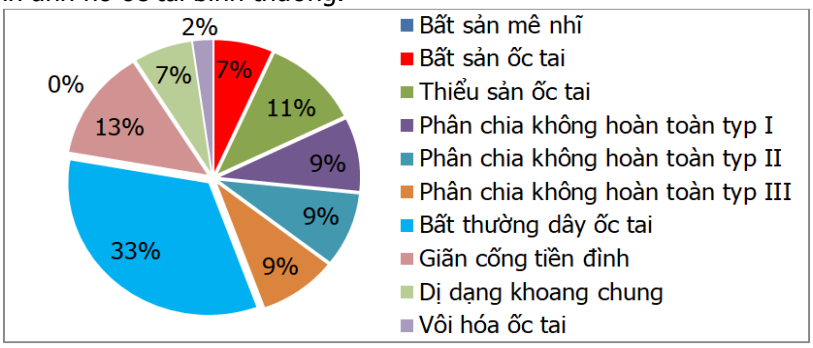
Dây VIII / Đặc điểm ống tai trong	Bình thường	Thiểu sản	Bất sản	N
Bình thường	**68**	**2**	**0**	**67**
Hẹp	**7**	**11**	**2**	**21**
Giãn rộng	**2**	**0**	**0**	**2**
N	**75**	**13**	**2**	**90**

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân có hình ảnh ống tai trong hẹp, 33,33% tai có hình ảnh dây VIII bình thường, 52,38% tai thấy hình ảnh thiểu sản dây VIII và 2 tai không thấy hình ảnh dây VIII. Trong khi đó 84,62% tai có hình ảnh dây VIII teo nhỏ có ống tai trong hẹp.

Bảng 5: Hình ảnh thần kinh ốc tai và hố ốc taiở nhóm có bất thường tai trong

Thần kinh ốc tai / Đặc điểm hố ốc tai	Bình thường	Bất sản	Thiểu sản	Dây chung	N
Bình thường	**42**	**11**	**3**	**6**	**62**
Hẹp	**2**	**21**	**0**	**0**	**23**
Tịt hố ốc tai/ không có	**0**	**5**	**0**	**0**	**5**
N	**44**	**37**	**3**	**6**	**90**

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có hình ảnh hẹp hố ốc tai thì không có dây thần kinh ốc tai (21/23 tai, chiếm 91,3%). Các tai có hình ảnh thiểu sản dây ốc tai hoặc dây thần kinh tiền đình ốc tai chung đều có hình ảnh hố ốc tai bình thường.



Biểu đồ 2: Tỉ lệ các loại bất thường tai trongtheo phân loại Sennaroglu (N=45)

Nhận xét: Theo phân loại Sennaroglu, dị dạng tai trong được chia thành các nhóm: không có bệnh nhân nào có hình ảnh bất sản mê nhĩ, bất sản ốc tai (6,67%), ốc tai dạng khoang chung (6,67%), thiểu sản ốc tai (11,11%), ốc tai phân chia không hoàn toàn (26,67%) trong đó 4 bệnh nhân thuộc typ I, 3 bệnh nhân thuộc typ II, 5 bệnh nhân thuộc typ III, bất thường dây thần kinh ốc tai (chiếm 33,33%) và giãn cống tiền đình đơn độc (13,33%).

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 45 bệnh nhân có bất thường hình ảnh tai trong trên phim CT và MRI và 45 bệnh nhân có hình ảnh tai trong bình thường. Theo nghiên cứu của Sennaroglu, tỉ lệ dị dạng tai trong xác định trên chẩn đoán hình chiếm khoảng 20% các trường hợp nghe kém bẩm sinh[1]. Tác giả Derek khi tiến hành chụp CT và MRI cho 97 trường hợp điếc bẩm sinh, phát hiện 39% trường hợp có bất thường tai trong[2]. Bất thường tai trong có thể gặp ở một bên hoặc cả hai bên tai. Theo nghiên cứu của chúng tôi, đa số bất thường ở cả 2 bên tai (95,56%).

Hình ảnh CT và MRI cấu trúc ôc tai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm bệnh nhân có

dị dạng tai trong có 53,33% có bất thường cấu trúc ốc tai. Hình ảnh cấu trúc ốc tai là một trong những đặc điểm quan trọng nhất để xác định xem trẻ có phải là ứng viên để cấy ốc tai điện tử không. Đồng thời hình ảnh cấu trúc ốc tai cũng giúp chọn loại điện cực ốc tai phù hợp với từng bệnh nhân. Chúng tôi phát hiện ra 6,67% tai dị dạng hoàn toàn không có ốc tai, 6,67% tai dị dạng ốc tai kiểu khoang chung, 11,11% có hình ảnh thiểu sản ốc tai, ốc tai phân chia không hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm dị dạng tai trong với 24/90 tai, chiếm 26,67%. Tỉ lệ này tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới.

Hình ảnh tiền đình, ống bán khuyên. Trong nhóm bệnh nhân có dị dạng tai trong, chúng tôi ghi nhận có 46,67% tai có dị dạng tiền đình, 42,22% tai dị dạng ống bán khuyên. Các dị dạng tiền đình thường gặp bao gồm giãn tiền đình, thiểu sản tiền đình, bất thường hình thái tiền đình. Bất thường ống bán khuyên thường gặp nhất là ngắn ống bán khuyên ngoài hoặc hội lưu với tiền đình thành dạng nang[4]. Bất thường tiền đình, ống bán khuyên thường có liên quan đến các bất thường tai trong khác như bất thường về cấu trúc ốc tai, giãn cống tiền đình.

Hình ảnh cống tiền đình. Chúng tôi nhận thấy trong nhóm bệnh nhân có dị dạng tai trong, có 24,44% tai có dị dạng giãn cống tiền đình, trong đó có 12 tai có giãn cống tiền đình trong khi hình ảnh ốc tai bình thường, 10 tai có bất thường về ốc tai đi kèm với dị dạng giãn cống tiền đình. Hầu hết các nghiên cứu áp dụng định nghĩa của Valvassori and Clemis (1978) cho rằng cống tiền đình được coi là giãn rộng khi kích thước lớn hơn 1,5mm) trên phim CT[5]. Trên phim MRI chúng ta sẽ gặp hình ảnh giãn ống và túi nội dịch với đường kính ống và túi nội dịch lớn hơn đường kính ngành lên của ống bán khuyên sau. Theo Mafee đây được coi là bất thường tai trong thường gặp nhất được phát hiện qua chẩn đoán hình ảnh gây ra nghe kém tiến triển ở trẻ em với 84% trường hợp giãn cống tiền đình có kèm theo bất thường tai trong khác[6]

Hình ảnh dây VIII trên MRI và liên quan với hình ảnh ống tai trong. Hình ảnh dây VIII được coi là có kích thước bình thường khi bằng 1,5-2 lần dây VII cùng bên hoặc khi so sánh với dây VIII đối diện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 14,44% tai có hình ảnh thiểu sản dây VIII và 1 bệnh nhân không thấy hình ảnh dây VIII ở cả hai bên tai. Trong nhóm bệnh nhân có hình ảnh ống tai trong hẹp, 33,33% tai có hình ảnh dây VIII bình thường, 52,38% tai thấy hình ảnh dây VIII teo nhỏ và 2 tai không thấy hình ảnh dây VIII. Do đó có thể thấy hình ảnh ống tai trong trên CT là dấu hiệu gợi ý bất thường dây VIII. Tuy nhiên vẫn có những bệnh nhân có hình ảnh ống tai trong hoàn toàn bình thường nhưng lại có bất thường dây VIII. Đó là vì phim CT chỉ đánh giá được phần vỏ xương bên ngoài của ống tai trong, còn thành phần dây thần kinh bên trong thì CT không cung cấp được thông tin.

Hình ảnh thần kinh ốc tai trên MRI và liên quan với hình ảnh hố ốc tai. Dây thần kinh ốc tai bình thường sẽ có kích thước tương tự với dây VII cùng bên, và nằm ở vị trí phần tư trước dưới trên lát cắt sagital qua ống tai trong. Bất thường dây thần kinh ốc tai gồm các loại: bất sản, thiểu sản và dây thần kinh ốc tai – tiền đình chung không phân nhánh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm bệnh nhân có dị dạng tai trong có 41,11% tai bất sản thần kinh ốc tai, 6,67% tai có hình ảnh dây tiền đình ốc tai chung, 3 tai có hình ảnh thiểu sản dây thần kinh ốc tai. Chúng tôi cũng nhận thấy, đa số các bệnh nhân có hình ảnh hẹp hố ốc tai thì không có dây thần kinh ốc tai (91,3%). Có 11/37 tai có bất thường dây thần kinh ốc tai nhưng lại có hình ảnh hố ốc tai bình thường. Như vậy bất thường hố ốc tai phát hiện trên CT scan là một dấu hiệu gợi ý có ý nghĩa đến bất thường dây thần kinh ốc tai, tuy nhiên dù bệnh nhân có hình ảnh hố ốc tai bình thường vẫn có thể không có dây thần kinh ốc tai.

Phân loại bất thường tai trong. Chúng tôi phân loại các bất thường tai trong dựa theo phân loại của Sennaroglu và thu được kết quả: trong nhóm bệnh nhân có dị dạng tai trong không có bệnh nhân nào có hình ảnh bất sản mê nhĩ, có 3 bệnh nhân thuộc nhóm bất sản ốc tai (6,67%), 3 bệnh nhân có hình ảnh ốc tai dạng khoang chung (6,67%), 5 bệnh nhân ở trong nhóm thiểu sản ốc tai (11,11%), 12 bệnh nhân có hình ảnh ốc tai phân chia không hoàn toàn (26,67%) trong đó 4 bệnh nhân thuộc typ I, 3 bệnh nhân thuộc typ II, 5 bệnh nhân thuộc typ III; 15 bệnh nhân có bất thường dây thần kinh ốc tai (chiếm 33,33%) và 6 bệnh nhân chỉ có bất thường giãn cống tiền đình đơn độc. Kết quả này gần tương tự với kết quả của Sennaroglu với tỉ lệ các loại bất thường tai trong là: dị dạng Michel 6%, dị dạng khoang chung 8%, bất sản ốc tai 5%, thiểu sản ốctai 12%, ốc tai phân chia không hoàn toàn 41% và giãn cống tiền đình 15%[1.]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 90 bệnh nhân điếc bẩm sinh với 45 bệnh nhân có hình ảnh tai trong trên phim CT và MRI bình thường,

45 bệnh nhân phát hiện bất thường tai trong trên phim CT và MRI: 54,34% tai có bất thường cấu trúc ốc tai; 46,67% có dị dạng tiền đình, 42,22% có dị dạng ống bán khuyên; 24,44% có hình ảnh giãn cống tiền đình, 14,44% tai có dây VIII thiểu sản, 51,11% tai có bất thường thần kinh ốc tai. Hình ảnh ống tai trong hẹp trên CT gợi ý bất thường dây VIII. Hình ảnh hố ốc tai, ống tai trong, dây VIII gợi ý bất thường thần kinh ốc tai. Cần kết hợp cả lâm sàng, kết quả thính học và hình ảnh trên phim CT MRI để quyết định xem bệnh nhân có phải là ứng viên của phẫu thuật cấy ốc tai điện tử hay không đồng thời giúp quyết định lựa chọn loại điện cực phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sennaroglu L. Cochlear** implantation in inner ear malformations–a review article. Cochlear implants international. 2009.
2. **Mafong DD, Shin EJ, Lalwani AK.** Use of laboratory evaluation and radiologic imaging in the diagnostic evaluation of children with sensorineural hearing loss. The Laryngoscope. 2002;112(1):1-7.
3. **Pakdaman MN, Herrmann BS, Curtin HD,** Van Beek-King J, Lee DJ. Cochlear implantation in children with anomalous cochleovestibular anatomy: a systematic review. Otolaryngology--Head and Neck Surgery. 2012;146(2):180-190.
4. **Casselman JW, Offeciers EF, De Foer B, Govaerts P, Kuhweide R, Somers T. CT** and MR imaging of congential abnormalities of the inner ear and internal auditory canal. European journal of radiology. 2001;40(2):94-104.
5. **Valvassori GE, Clemis JD.** The large vestibular aqueduct syndrome. The Laryngoscope. 1978;88(5):723-728.
6. **Mafee M, Charletta D, Kumar A, Belmont H.** Large vestibular aqueduct and congenital sensorineural hearing loss. American journal of neuroradiology. 1992;13(2):805-819.

ĐẶC ĐIỂM KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thúy Nga*, Phạm Kim Liên*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD-Chronic Obstructive Pulmonary Diseases) là bệnh lý hô hấp mạn tính, nặng dần theo thời gian. Đợt cấp là nguyên nhân hàng đầu gây suy hô hấp làm bệnh nhân phải nhập viện. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm khí máu động mạch ở bệnh nhân đợt cấp COPD có suy hô hấp được hỗ trợ bằng BiPAP. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35 bệnh nhân vào viện vì đợt cấp COPD có suy hô hấp được hỗ trợ bằng BiPAP. **Kết quả:** 35 bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 7 năm 2020. Giá trị pH trung bình là 7,26± 0,04; trong đó tỷ lệ pH toan là 100%. PaO2 trung bình là 59,83 ± 7,79; tỷ lệ bệnh nhân có PaO2 giảm mức độ nhẹ và vừa là 62,8% và 34,3%. PaCO2 trung bình là 70,72± 19,49; tỷ lệ bệnh nhân có PaCO2 tăng là 100%. HCO3 trung bình là 31,23± 5,39; tỷ lệ bệnh nhân có HCO3 tăng là 74,3%. Bệnh nhân có suy hô hấp type 2 chiếm 100% trong đó suy hô hấp cấp trên nền mạn tính là 74,3%. Không có mối liên quan giữa phân loại GOLD và đặc điểm suy hô hấp của đối tượng nghiên cứu với p >0,05. **Kết luận**: Đối tượng nghiên cứu có tình trạng suy hô hấp type 2 với biểu hiện toan hô hấp cấp trên nền mạn tính là chủ yếu. Không có mối liên quan giữa phân loại GOLD với đặc điểm suy hô hấp trong nghiên cứu.

***Từ khóa*:** đợt cấp COPD, khí máu động mạch, suy hô hấp.

**Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thúy Nga
Email: nhoxto93.svy@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2020
Ngày duyệt bài: 3.12.2020

SUMMARY

THE FEATURE OF ARTERIAL BLOOD GAS OF PATIENTS WHO HAD EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Background: An exacerbation of COPD is a chronic respiratory disease that worsens over time. Exacerbations are the leading cause of respiratory failure, leading to hospitalization. **Objective:** Describe the feature of arterial blood gases in patients with exacerbations of COPDwith BiPAP-assisted respiratory failure. **Methods:** The descriptive study cut across 35 patients hospitalized for exacerbations of COPD with BiPAP-assisted respiratory failure. **Results:** 35 patients with exacerbation of COPDwith BiPAP-assisted respiratory failurewere admitted to Thai Nguyen Central Hospital from July, 2019 to July, 2020. The mean pHwas 7,26 ± 0,04; of which the percentage of acidosis pH was 100%. The mean PaO2 was 59,83 ± 7,79; the rate of patients's PaO2 decreased slightly and averagewas 62,8% and 34,3%. The mean PaCO2 was 70,72 ± 19,49; the rate of patients's PaCO2 increased was 100%. Mean HCO3 was 31,20 ± 5,45; the rate of patient's HCO3 increased is 74,3%. The patients had type 2 respiratory failure about 100%, of which the acute respiratory failure on chronic background was 74,3%. There wasn't a relationship between GOLD classification and respiratory failure's feature of study objects with p >0.05. **Conclusion:**

Study objets had high prevalence of type 2 respiratory failure with predominant chronic background of acute respiratory acidosis. There wasn't a relationship between GOLD classification and respiratory failure's feature in study.

Keywords: excacerbation of COPD, arterial blood gas, respiratory failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD-Chronic Obstructive Pulmonary Diseases) là bệnh lý hô hấp mạn tính đặc trưng bởi sự tắc nghẽn luồng khí thở ra không hồi phục hoàn toàn, sự cản trở thông khí này thường tiến triển từ từ và liên quan đến phản ứng viêm bất thường của phổi với các phân tử nhỏ hoặc khí độc hại mà trong đó khói thuốc lá, thuốc lào đóng vai trò hàng đầu. Đợt cấp ở bệnh nhân COPD là nguyên nhân hàng đầu gây suy hô hấp làm bệnh nhân phải nhập viện.

Phân tích khí máu động mạch là rất cần thiết cho việc đánh giá mức độ nặng của đợt kịch phát, là cơ sở để quyết định có cho bệnh nhân thông khí nhân tạo hay không.

Vì vậy tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Đặc điểm khí máu động mạch ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên"* với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm khí máu động mạch ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có suy hô hấp được hỗ trợ BiPAP tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35bệnh nhân điều trị tạibệnh viện Trung ương Thái Nguyêntrong thời gian nghiên cứu từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 7 năm 2020 được chẩn đoán đợt cấp COPD có suy hô hấp được hỗ trợ BiPAP và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

-Tuổi, giới, phân loại COPD theo GOLD 2019, kiểu hình.

- pH: chia thành các nhóm pH bình thường (7,35-7,45), toan (<7,35), kiềm (>7,45).

- PaO2: chia thành các nhóm PaO2 bình thường (≥80mmHg), giảm nhẹ (60-79 mmHg), giảm vừa (40-59mmHg), giảm nặng (<40mmHg).

- PaCO2: chia thành các nhóm: bình thường hoặc giảm (≤45 mmHg), tăng (>45 mmHg).

- HCO3: chia thành các nhóm: bình thường (22-28mmHg), tăng (>28mmHg), giảm (<22mmHg).

- Suy hô hấp type 1: PaO2 <80 mmHg, PaCO2 bình thường hoặc giảm.

- Suy hô hấp type 2: PaCO2 >45 mmHg.

+ Cấp tính: PaCO2 tăng, pH giảm, HCO3 bình thường.

+ Mạn tính: PaCO2 tăng, pH bình thường, HCO3 tăng.

+ Đợt cấp của mạn tính: PaCO2 tăng, pH giảm, HCO3 tăng.

Phương pháp thu thập số liệu: Khám lâm sàng, làm xét nghiệm khí máu tại thời điểm nhập viện.

Xử lí số liệu: xử lí số liệu bằng phần mềm Spss 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60	4	11,4
	60-69	12	34,3
	≥70	19	54,3
	Trung bình = 69,2± 8,94. Min= 51. Max= 87		
Giới	Nam	31	88,6
	Nữ	4	11,4
Phân loại theo GOLD 2019	C	5	14,3
	D	30	85,7
Kiểu hình	Khí phế thũng	13	37,1
	Đợt cấp thường xuyên	21	60,0
	Chồng lấp hen- COPD	1	2,9

Nhận xét: - Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 69,2± 8,94. Tuổi cao nhất là 87 và tuổi thấp nhất là 51. Trong đó, nhóm tuổi ≥70 chiếm tỷ lệ cao nhất (54,3%), nhóm tuổi <60 chiếm tỷ lệ thấp nhất (11,4%).

- Giới tính nam chiếm tỷ lệ cao (88,6%), nữ chỉ chiếm 11,4%.

- Không có đối tượng nghiên cứu thuộc GOLD nhóm A, B. GOLD nhóm D chiếm tỷ lệ cao nhất (85,7%).

- Kiểu hình đợt cấp thường xuyên chiếm tỷ lệ cao nhất (60%). Kiểu hình chồng lấp hen- COPD chiếm tỷ lệ nhỏ nhất (2,9%). Kiểu hình khí phế thũng chiếm tỷ lệ 37,1%.

Bảng 2. Đặc điểm khí máu động mạch của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm khí máu động mạch		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
PaO2	Giảm nhẹ	22	62,8
	Giảm vừa	12	34,3
	Giảm nặng	1	2,9
	Trung bình	59,83 ± 7,79	
PaCO2	Tăng	35	100

	Trung bình	70,72 ± 19,49	
pH	Toan	35	100
	Trung bình	7,26± 0,04	
HCO3	Bình thường	9	25,7
	Tăng	26	74,3
	Trung bình	31,23± 5,39	

Nhận xét: - PaO2 trung bình là59,83 ± 7,79. Trong đó PaO2 giảm nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (62,8%), PaO2 giảm nặng chiếm tỷ lệ nhỏ nhất (2,9%).

- PaCO2 trung bình là 70,72 ± 19,49, Trong đó PaCO2 tăng chiếm tỷ lệ 100%.

- pH trung bình là 7,26± 0,04. Trong đópH toan chiếm tỷ lệ 100%.

- HCO3 trung bình là 31,23± 5,39. Trong đó HCO3 tăng chiếm tỷ lệ cao nhất 74,3%.

Bảng 3. Phân loại suy hô hấp theo khí máu động mạch của đối tượng nghiên cứu.

Phân loại suy hô hấp		**Số lượng (n)**	**Tỷ lệ (%)**
Type 2	Cấp tính	9	25,7
	Mạn tính	0	0
	Đợt cấp trên nền mạn tính	26	74,3
Tổng		35	100

Nhận xét: Suy hô hấp ở đối tượng nghiên cứu là suy hô hấp type 2, trong đó suy hô hấp đợt cấp trên nền mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất (74,3%).

Bảng 4. Phân loại mối liên quan giữa phân loại theo GOLD 2019và đặc điểm suy hô hấp của đối tượng nghiên cứu.

Phân loại	**Cấp tính**		**Cấp trên mạn tính**		**p**
	n	**%**	**n**	**%**	
C	2	40	3	60	>0,05
D	7	23,3	23	76,7	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa phân loại theo GOLD 2019 và đặc điểm suy hô hấp của đối tượng nghiên cứu với p >0,05.

IV. BÀN LUẬN

1. Bàn luận về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của tôi, đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 69,2± 8,94, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi, Phan Thị Hạnh (68± 9,7) [1], và nghiên cứu của Dương Anh Phượng, và cộng sự (72,8±10,1)[3]. Trong đó tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ≥70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (54,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 88,6%/11,4% tương đương 7,8 :1, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Dương Anh Phượng và cộng sự (2,1:1)[3].

Đối tượng nghiên cứu thuộc GOLD nhóm C, D chiếm tỷ lệ lần lượt là 14,3%, 85,7%. Không có đối tượng thuộc GOLD nhóm A, B. Tương tự nghiên cứu của S.K.Chahhbra cũng không có bệnh nhân GOLD nhóm A, nhưng tỷ lệ bệnh nhân của nghiên cứu này chủ yếu là thuộc GOLD nhóm B, C (37,5%, 42,05%)[4].

Kiểu hình của đối tượng nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm khí phế thũng và đợt cấp thường xuyên chiếm tỷ lệ lần lượt là 37,1% và 60%.

2. Bàn luận về đặc điểm khí máu động mạch của đối tượng nghiên cứu. PaO2 trong nghiên cứu của tôi chủ yếu giảm nhẹ và vừa, chiếm tỷ lệ lần lượt là 62,8% và 34,3%, PaO2 trung bình là 59,83 ±7,79. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi, Phan Thị Hạnh (69,28± 25,89) [1], Nguyễn Văn Khai và cộng sự (75,28±29,15) [2].

Trong nghiên cứu, PaCO2 tăng chiếm tỷ lệ 100%, PaCO2 trung bình là 70,72 ± 19,49. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi, Phan Thị Hạnh (58,73±25,89) [1], thấp hơn nghiên cứu của Dương Anh Phượng và cộng sự (76,9±16,3) [3].

Trong nghiên cứu của tôi, pH toan chiếm tỷ lệ 100%. pH trung bình là 7,26±0,04 thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Khai và cộng sự là 7,30±0,12[2] nhưng tương tự kết quả nghiên cứu của Dương Anh Phượng và cộng sự là 7,26 ±0,06[3]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của Nguyễn Văn Khai và cộng sự nghiên cứu trên tất cả đối tượng bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện.

Tỷ lệ HCO3 tăng chiếm tỷ lệ cao (74,3%), tỷ lệ HCO3 bình thường chỉ chiếm 25,7%. HCO3 trung bình là 31,23± 5,39. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Dương Anh Phượng và cộng sự (33,6± 6,0)[3], nhưng cao hơn nghiên cứu của Dr Mahavir Bagrecha, Dr Sanjay Gabhale (27,17±3,96)[5].

3. Bàn luận về đặc điểm suy hô hấp theo khí máu của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu có suy hô hấp type 2 chiếm tỷ lệ 100%, trong đó suy hô hấp cấp trên nền mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất (74,3%). Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi, Phan Thị Hạnh[1] và nghiên cứu của Nguyễn Văn Khai và cộng sự[2]. Như vậy, tình trạng suy hô hấp cấp trên nền mạn tính gặp ở hầu hết các bệnh nhân đợt cấp COPD được hỗ trợ hô hấp bằng BiPAP.

4. Bàn luận về mối liên quan giữa phân loại GOLD 2019 và đặc điểm suy hô hấp của đối tượng nghiên cứu. Thay đổi thành phần khí máu là một mắt xích quan trọng trong sinh lý bệnh của COPD, nó thay đổi tùy theo tiến

triển của bệnh. Sự tổn thương đường thở và phá hủy các phế nang gây rối loạn thông khí là cơ chế chính làm giảm oxy máu động mạch kết hợp tăng carbondioxid. Thông thường PaO2 giảm từ giai đoạn đầu, PaCO2 chỉ tăng ở giai đoạn nặng của bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan giữa phân loại GOLD 2019 với đặc điểm suy hô hấp theo khí máu động mạch của đối tượng nghiên cứu. Trong đó, GOLD nhómC, D có tỷ lệ suy hô hấp cấp tính trên nền mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 60%; 76,7%. Như vậy, có thể thấy hầu hết bệnh nhân đều có biểu hiện toan hô hấp cấp trên nền mạn tính.Kết quả này là phù hợp vì bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc giai đoạn GOLD nhóm C, D, vào viện trong tình trạng suy hô hấp được hỗ trợ thông khí nhân tạo không xâm nhập BiPAP.

Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, do cỡ mẫu nhỏ nên không tìm thấy mối liên quan giữa phân loại GOLD 2019 và đặc điểm suy hô hấp của đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 35 bệnh nhân đợt cấp COPD điều trị tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 7 năm 2020. Tôi có một số kết luận sau:

- Tuổi trung bình: 69,2± 8,94. Tỷ lệ nam : nữ là 7,8 : 1.

- Phân loại theo GOLD nhóm C, D chiếm tỷ lệlần lượt là 14,3%, 85,7%). Không có GOLD nhóm A, B.

- Kiểu hình: khí phế thũng và đợt cấp thường xuyên chiếm tỷ lệ lần lượt là 37,1%, 60%).

- pH trung bình là 7,26± 0,04; PaO2 trung bình 59,83 ± 7,79; PaCO2 trung bình 70,72 ± 19,49; HCO3 trung bình 31,23± 5,39. Tỷ lệ suy hô hấp type 2 chiếm tỷ lệ 100%, trong đó chủ yếu là suy hô hấp cấp trên nền mạn tính.

- Không có mối liên quan giữa phân loại GOLDvà đặc điểm suy hô hấp của đối tượng nghiên cứu với p >0,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Hội, Phan Thị Hạnh (2013),** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-Quang phổi và kết quả khí máu của bệnh nhân có đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại trung tâm hô hấp- Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Lao và Bệnh Phổi, số 15, pp.
2. **Nguyễn Văn Khai, Tạ Văn Trầm, Trần Viết An, (2016),** "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 20 (5), pp. 140-147.
3. **Dương Anh Phượng, Hoàng Thị Hương, Lê Thành Phúc, Đồng Nữ Kim Hoàng, Lý Thị Kim Loan, Nguyễn Ngọc Thụy (2009),** "Áp dụng thông khí không xâm lấn trong điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính", Hội nghị Khoa học kĩ thuật BV. Nhân dân Gia Định, pp. 97-104.
4. **Chhabra SK GA, Khuma MZ (2009),** "Evaluation of three scales of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease", Ann Thorac Med. , 4 (3), pp. 128-132.
5. **Dr Mahavir Bagrecha DSG (2019),** "A study of arterial blood gases with chronic obstructive pulmonary disease in a tertiary care hospital", International journal of scientific research, 8 (8), pp. 21-22.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG KHỞI PHÁT RUNG NHĨ SAU CAN THIỆP MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Hoàng Tuấn Anh[1], Nguyễn Ngọc Quang[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp động mạch vành qua da là thủ thuật xâm lấn phát triển nhất trong thập kỷ qua, đã giúp cải thiện đáng kể kết quả cũng như tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Đi cùng với những lợi ích rõ ràng của can thiệp mạch vành qua da cũng có một sô các biến cố xảy đến sau can thiệp, đặc biệt là biến cố rối loạn nhịp tim. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá tỷ lệ xuất hiện rung nhĩ, hình thái rung nhĩ sau can thiệp mạch vành qua da ở bệnh nhân hội chứng vành cấp và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự khởi phát rung nhĩ sau can thiệp mạch vành qua da ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.Đối tượng là 347 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định là hội chứng vành cấp, được can thiệp mạch vành qua dathì đầu thành côngtại Viện Tim mạch Việt nam. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu ngẫu nhiên. **Kết quả:** Tỉ lệ rung nhĩ xuất hiện sau can thiệp mạch vành là 12.9%. Rung nhĩ mới khởi phát sau can thiệp mạch vành chiếm 7.2%. Đa số rung nhĩ xuất hiện sau can thiệp mạch vành là rung nhĩ kịch phát, chiếm 68.89%, rung nhĩ dai dẳng chiếm 4.44%, bệnh nhân có rung nhĩ dai dẳng kéo dài chiếm 2.22%, bệnh nhân rung nhĩ vĩnh viễn chiếm 24.44%. Rung nhĩ khởi phát sau can thiệp mạch vành xuất hiện nhiều nhất

[1]*Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tuấn Anh
Email: hoangtuananhdktb@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2020
Ngày duyệt bài: 4.12.2020

vào ngày đầu tiên sau can thiệp, chiếm tỉ lệ 48%.Xây dựng mô hình dự báo rung nhĩ bằng hồi quy logistic đa biến được mô hình phù hợp gồm 4 biến sau: Tuổi ≥ 70, huyết áp tâm thu khi nhập viện ≤ 90mmHg, NT proBNP ≥ 100 pmol/L, thời gian sóng P ≥ 120ms. Diện tích dưới đường cong ROC của mô hình AUC = 0.8884, p < 0.05. đường cong ROC của mô hình AUC = 0.8884, p < 0.05. Hồi quy logistic đơn biến các biến cố sau can thiệp mạch vành cho kết quả có ý nghĩa thống kê, p < 0.05 gồm các biến cố sau: Rối loạn nhịp tim, rối loạn nhịp thất, sốc tim, phản vệ thuốc cản quang, suy thận cấp, nhiễm khuẩn bệnh viện. Mô hình dự báo rung nhĩ khởi phát sau can thiệp mạch vành: Tuổi ≥ 70, huyết áp tâm thu khi nhập viện ≤ 90mmHg, NT proBNP ≥ 100 pmol/L, thời gian sóng P ≥ 120ms.

Từ khóa: Rung nhĩ sau PCI, rung nhĩ mới khởi phát.

SUMMARY

NEW ONSET ATRIAL FIBRILLATION POST PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Percutaneous coronary intervention is the most developed invasive procedure in the past decade, and has significantly improved outcomes and mortality in patients with acute coronary syndrome. Along with the obvious benefits of percutaneous coronary intervention, there is also a number of posts – intervention events, especially arrhythmias. Analysis of TRACE data on mortality in myocardial infarction patients with atrial fibrillation during a 4 year follow up showed that atrial fibrillation was an independent predictor of sudden cardiac death. The subjects were 347 patients (patients) who were diagnosed as acute coronary syndrome, successfully intervened with percutaneous coronary artery at the Vietnam Heart Institute. Excluded from the study patients with associated valvular heart disease. The research method describes cross-sectional, random sampling.Results: The rate of atrial fibrillation appeared after coronary intervention was 12.9%. New onset of atrial fibrillation after coronary intervention accounts for 7.2%. The majority of atrial fibrillation occurring after coronary intervention was paroxysmal atrial fibrillation, accounting for 68.89%, persistent atrial fibrillation accounted for 4.44%, patients with persistent atrial fibrillation accounted for 2.22%, patients with permanent atrial fibrillation accounted for 24.44%. Atrial fibrillation onset after coronary intervention most appeared on the first day after the intervention, accounting for 48%. Developed a predictive model of atrial fibrillation using multivariate logistic regression with suitable model with 4 following variables: Age ≥ 70, systolic blood pressure at admission ≤ 90mmHg, NT proBNP ≥ 100 pmol/L, P wave duration ≥ 120ms. Area under the ROC curve of the AUC model = 0.8884, p <0.05. ROC curve of AUC model = 0.8884, p <0.05. Single-variable logistic regression of events after coronary intervention showed statistically significant results, p <0.05, including the following events: arrhythmia, ventricular arrhythmia, cardiogenic shock, contrast anaphylaxis, acute renal failure, nosocomial infection.Conclusions: Predictive model of atrial fibrillation onset after coronary intervention: Age ≥ 70, systolic blood pressure at admission ≤ 90mmHg, NT proBNP ≥ 100 pmol/L, P wave time ≥ 120ms.

Key words: myocardial infarction PCI, myocardial infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dự đoán chính xác rung nhĩ sau PCI có thể giúp quyết định tích cực hơn, phương pháp điều trị nhằm mục đích ngăn ngừa tác dụng không có lợi của rung nhĩ và tiên lượng của những bệnh nhân này. Nghiên cứu về rung nhĩ sau can thiệp mạch vành của tác giả Kijno, Sato đưa ra tỷ lệ rung nhĩ sau can thiệp là 12%, và AF là yếu tố ảnh hưởng độc lập tới tử vong trong 1 năm sau PCI[2]. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tình trạng rung nhĩ xuất hiện sau can thiệp mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim. Vì vậy để trả lời những câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đánh giá tình trạng khởi phát rung nhĩ sau can thiệp mạch vành ở bệnh nhân hội chứng vành cấp"* với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá tỷ lệ xuất hiện rung nhĩ, hình thái rung nhĩ sau can thiệp mạch vành qua da ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự khởi phát rung nhĩ sau can thiệp mạch vành qua da ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

❖ Tất cả những BN vào viện được chẩn đoán hội chứng vành cấpđược can thiệp động mạch vành qua da thì đầu thành công tại Viện Tim mạch Việt Nam từ tháng 08/2019 đến hết tháng 06/2020. Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng vành cấp:

Đau ngực là triệu chứng hàng đầu nghĩ đến hội chứng vành cấp

Triệu chứng điển hình là đau ngực kiểu động mạch vành: đau thắt (bóp) nghẹt sau xương ức, có thể lan lên vai trái, lên cằm, lên cả hai vai, cơn đau thường xuất hiện sau một gắng sức nhưng đau có thể xảy ra cả trong khi nghỉ, cơn đau thường kéo dài trên 20 phút.

Dựa trên ECG, chia thành 2 nhóm bệnh nhân:

- Bệnh nhân đau ngực cấp và ST chênh lên dai dẳng(>20 phút)

Tình trang này định nghĩa là hội chứng vành cấp có ST chênh và thường phản ánh tình trạng tắc hoàn toàn động mạch vành (STEMI)

- Bệnh nhân với đau ngực cấp và không có ST chênh lên dai dẳng

ECG có thể có ST chênh lên hoặc chênh xuống thoáng qua, sóng T âm, T dẹt hoặc sóng T bình thường, đôi khi ECG bình thường. Định nghĩa lâm sàng của NSTE-ACS bao trùm NSTEMI

(hoại tử cơ tim) và đau thắt ngực không ổn định

❖ Loại ra khỏi nghiên cứu các bệnh nhân bệnh lý van tim kèm theo.

❖ Phương pháp nghiên cứu:Loại ra khỏi nghiên cứu các bệnh nhân bệnh lý van tim kèm theo. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu ngẫu nhiên.

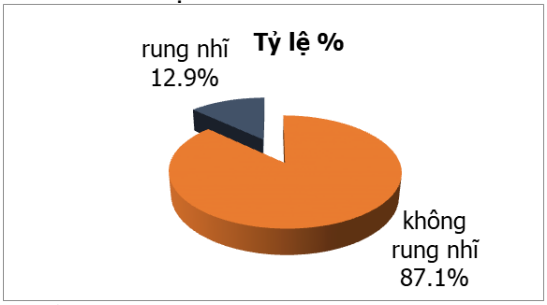
Phương pháp thu thập số liệu:

• Các bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng tỉ mỉ, làm các xét nghiệm cơ bản (điện tâm đồ, công thức máu, sinh hóa máu, siêu âm tim). Can thiệp động mạch vành qua da tại Đơn vị tim mạch can thiệp -Viện tim mạch, thu thập các thông số tổn thương động mạch vành (động mạch vành thủ phạm, số nhánh động mạch vành tổn thương có ý nghĩa, dạng tổn thương mạch vành, số stent can thiệp, tổng chiều dài stent can thiệp), theo dõi bệnh nhân trong thời gian nằm viện và biến chứng gặp phải sau can thiệp trong thời gian nằm viện.

Xử lý thống kê số liệu nghiên cứu: Bằng phần mềm stata 14.0. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

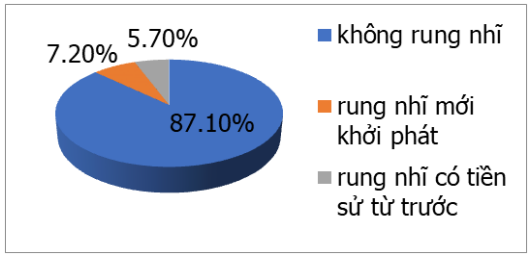
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trong thời gian từ tháng 8/2019 đến tháng 6/2020 trên 347 bệnh nhân hội chứng vành cấp được can thiệp ĐMV qua da và được làm theo dõi đến lúc ra viện.



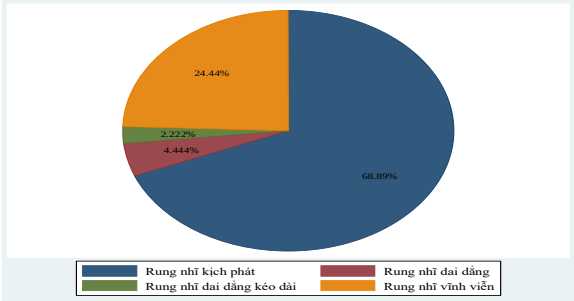
Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân rung nhĩ sau can thiệp mạch vành

Nhận xét: Bệnh nhân rung nhĩ sau can thiệp chiếm 12.9% số bệnh nhân hội chứng vành cấp can thiệp mạch vành.



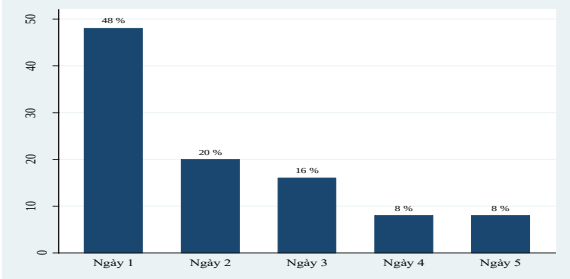
Biểu đồ 2. Tỷ lệ các dạng rung nhĩ sau can thiệp mạch vành

Nhận xét: Có 5.7% bệnh nhân rung nhĩ có tiền sử từ trước, và 7.2 bệnh nhân rung nhĩ mới khởi phát sau can thiệp mạch vành.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ hình thái rung nhĩ xuất hiện sau can thiệp mạch vành

Nhận xét: Bệnh nhân có rung nhĩ kịch phát chiếm 68.89%, bệnh nhân có rung nhĩ dai dẳng chiếm 4.44%, bệnh nhân có rung nhĩ dai dẳng kéo dài chiếm 2.22%, bệnh nhân rung nhĩ vĩnh viễn chiếm 24.44%.



Biểu đồ 4. Thời điểm rung nhĩkhởi phát sau can thiệp mạch vành

Nhận xét: Rung nhĩ khởi phát sau can thiệp mạch vành đa số vào ngày đầu sau can thiệp chiếm 48%.

Bảng 1. Mô tả các yếu tố liên quan khởi phát rung nhĩ sau can thiệp

Đặc điểm	Rung nhĩ mới khởi phát (n = 25)	Không rung nhĩ (n = 302)	Odds ratio 95% CI	P
Tuổi (năm) ($\bar{X}$ ±SD)	75.76 ± 9.7	66.89 ± 10.8	1.10 (1.05-1.16)	0.0001
Tuổi ≥ 70	84	42.5	7.23 (2.42-21.5)	0.0001
Giới nữ (%)	48	27.6	2.42 (1.06 – 5.53)	0.031
Tần số tim ($\bar{X}$ ±SD)	85.5 ± 16.6	78.5 ± 15.1	1.03 (1.00 -1.05)	0.03

HATĐ (mmHg) ($\bar{X}$ ±SD)	113 ± 25.3	132 ± 23.6	0.97 (0.95 - 0.98)	0.0001
HATĐ ≤ 90mmHg (%)	28	5.63	6.52(2.39 -17.7)	0.001
HATT(mmHg) ($\bar{X}$ ±SD)	67 ± 11	78.5 ± 11.2	0.92 (0.88 – 0.95)	0.0000
Troponin T (ng/L)	2063 ± 3355	1176 ± 2393	1.00(0.99-1.01)	0.018
NT ProBNP (pmol/L)	546 ± 993	160 ± 409	1.00(0.99-1.01)	0.01
NT ProBNP ≥ 100 pmol/L (%)	52	28.48	2.72 (1.19-6.19)	0.014
STEMI (%)	60	31.79	3.22 (1.59 – 7.42)	0.004
Thời gian sóng P ($\bar{X}$ ±SD), ms	118.4 ± 17.4	98.3 ± 15.5	1.06 (1.03-1.09)	0.0001
Thời gian sóng P ≥ 120 ms (%)	72	19.9	10.3 (4.14-25.9)	0.0001
EF > 50 (%)	44	64.24	0.43(0.19-0.99)	0.044
E/A	0.77 ± 0.38	0.84 ± 0.34	0.48(0.1 -2.15)	0.046
Bệnh ba thân mạch vành(%)	44	20.2	0.32(0.13 – 0.74)	0.006

Nhận xét: Các biến số:Tuổi, giới, tần số tim khi nhập viện, huyết áp tâm thu khi nhập viện, huyết áp tâm trương khi nhập viện, troponin T, NT proBNP, ECG ST chênh lên, thời gian sóng P, EF ≥ 50%, E/A, LAVI, bệnh ba thân mạch vành có ý nghĩa thống kê với P < 0.05.

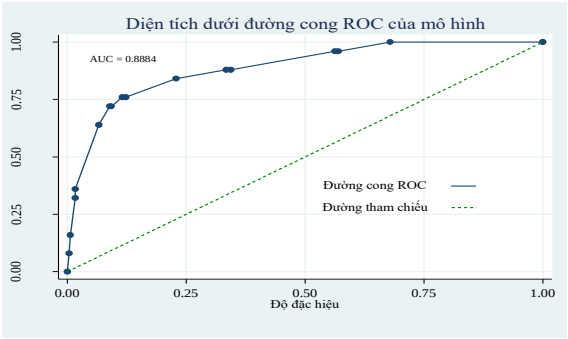
Bảng 1.2. Các yếu tố liên quan độc lập và mô hình dự báo đa biến rung nhĩ khởi phát sau can thiệp mạch vành

Đặc điểm	β	Odds ratio	95%CI	P
Tuổi ≥ 70	2.1	8.17	2.47 – 27.03	**0.0001**
HATĐ ≤ 90	1.24	3.46	0.99 – 12.02	**0.001**
ProBNP ≥ 100	2.83	17.1	5.79 – 50.43	**0.014**
Thời gian sóng P ≥ 120 ms (%)	1.20	3.34	1.17 – 9.55	**0.0001**
Hằng số	5.824	0.029		**< 0.0001**

Nhận xét: **-** Phân tích hồi quy logistic đa biến cho phép giữ lại 4 biến trong mô hình và các biến liên quan độc lập với rung nhĩ khởi phát sau can thiệp mạch vành đều có ý nghĩa thống kê với p < 0.05, và KTC 95% của OR không chứa 1 gồm: Tuổi ≥ 70, huyết áp tâm thu khi nhập viện ≤ 90 mmHg, NT proBNP ≥ 100 pmol/L, thời gian sóng P ≥120ms.

- Đánh giá mức độ phù hợp của mô hình:

Dùng kiểm định Hosmer – Lemeshow, có kết quả λ^2 = 2.18, P = 0.823 > 0.05. Như vậy mô hình rất phù hợp giữa quan sát và mong đợi.



Biểu đồ 1.5. Đánh giá mức độ phân biệt của mô hình:

Dùng diện tích dưới đường cong ROC ta có kết quả: Diện tích dưới đường cong (AUC = 0.8884) với p < 0.001, độ nhạy 32%, độ đặc hiệu 98.34%. Như vậy, mô hình có khả năng phân biệt tốt giữa rung nhĩ và không rung nhĩ sau can thiệp mạch vành.

- Phương trình dự đoán nguy cơ xảy ra rung nhĩ sau can thiệp mạch vành như sau:

$$P = \frac{1}{e^{-y} + 1}$$

Với y = 5.824 + 2.1 x (tuổi ≥ 70) + 1.24 x (HATT nhập viện ≤ 90mmHg) + 2.83 x (NT proBNP ≥ 100 pmol/L) + 1.82 x (thời gian sóng P ≥ 120ms)

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ rung nhĩ sau can thiệp mạch vành. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ rung nhĩ sau can thiệp mạch vành là 12.9%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Mali D. Worme và cs (2018)[3]: 11.9%, nghiên cứu của Kijno, Sato[2] 12%, với nghiên cứu Lars Kober[4] (2006): 14.9%.

Tỉ lệ bệnh nhân rung nhĩ mới khởi phát sau can thiệp mạch vành là 7.2%, tương tự với nghiên cứu của Hengliang Zang (2020)[5]: 6.7 % vànghiên cứu Igor Mrdovic (2011)[6]: 6.2% của Annamaria Mazzone và cộng sự (2018)[7] 7.7%. Tại Việt Nam có nhóm tác giả Lê Thanh Hùng[8] đánh giá về tỉ lệ rung nhĩ mới khởi phát sau phẫu thuật tim chạy tuần hoàn ngoài cơ thể là: 23.7%.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có rung nhĩ sau can thiệp được phân loại theo hình thái của rung nhĩ. Tỉ lệ rung nhĩ kịch phát chiếm 68.89%, bệnh nhân có rung nhĩ dai dẳng chiếm 4.44%, bệnh nhân có rung nhĩ dai dẳng kéo dài chiếm 2.22%, bệnh nhân rung nhĩ

vĩnh viễn chiếm 24.44%. Tỷ lệ các hình thái của rung nhĩ sau can thiệp mạch vành của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Guy Topaz(2017)[9].

2. Các yếu tố liên quan khởi phát rung nhĩ sau can thiệp

- Mô hình dự báo rung nhĩ khởi phát sau can thiệp mạch vành gồm: Tuổi ≥ 70, huyết áp tâm thu khi nhập viện ≤ 90 mmHg, NT proBNP ≥ 100 pmol/L, thời gian sóng P ≥120ms.

- Tuổi ≥ 70: Nhóm tuổi ≥ 70 chiếm 84% ở nhóm rung nhĩ mới khởi phát cao hơn nhóm không rung nhĩ 42.5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.001, OR 7.23, khoảng tin cậy 95% (2.42, 21.5). Như vậy, những bệnh nhân có tuổi ≥ 70 có nguy cơ rung nhĩ khởi phát sau can thiệp mạch vành cao gấp 7.23 lần so với bệnh nhân dưới 70 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Igor Mrdovic và cộng sự[6]: nhóm tuổi ≥ 66 chiếm 62% ở nhóm rung nhĩ mới khởi phát cao hơn hơn nhóm không rung nhĩ 31.2% (p< 0.01).

- Huyết áp tâm thu khi nhập viện ≤ 90 mmHg:Nhóm huyết áp tâm thu khi nhập viện ≤ 90 mmhg chiếm 28% ở nhóm bệnh nhân rung nhĩ mới khởi phát lớn hơn nhóm không rung nhĩ 5.63%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.01, OR 6.52, khoảng tin cậy 95% (2.39 -17.7). Như vậy, bệnh nhân có huyết áp tâm thu khi nhập viện ≤ 90 mmhg làm tăng nguy cơ có rung nhĩ khởi phát sau can thiệp gấp 6.52 lần bệnh nhân có huyết áp tâm thu > 90mmHg. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kisa Hyde Congo và cộng sự[10]: Huyết áp tâm thu < 100 mmHg chiếm 18.1% ở nhóm rung nhĩ mới khởi phát, cao hơn tỉ lệ ở nhóm không rung nhĩ(12%) với p < 0.01.

- NT proBNP ≥ 100 pmol/L: Bệnh nhân có NT proBNP ≥ 100 pmol/L chiếm 52% nhóm bệnh nhân rung nhĩ mới khởi phát, chiếm 28.48% nhóm không rung nhĩ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.05. OR 2.72, khoảng tin cậy 95% (1.19-6.19). Như vậy, bệnh nhân có NT proBNP ≥ 100 pmol/L có nguy cơ khởi phát rung nhĩ sau can thiệp mạch vành cao gấp 2.72 lần so với những bệnh nhân có NT proBNP < 100 pmol/L. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Annamaria Mazzone[7].

• Thời gian sóng P ≥120ms:Bệnh nhân có thời gian sóng P ≥ 120ms có nguy cơ khởi phát rung nhĩ sau can thiệp mạch vành cao gấp 10.3 lần so với bệnh nhân có thời gian sóng P < 120ms OR 10.3, khoảng tin cậy 95% (4.14 – 25.9), có ý nghĩa thống kê p < 0.01. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Thanh Hùng[8].

• Tại Việt Nam hiện tại chưa có một mô hình nào gợi ý khởi phát rung nhĩ sau can thiệp. Hiện tại, có các nghiên cứu về mô hình dự báo rung nhĩ khởi phát sau phẫu thuật tim của Lê Thanh Hùng và cộng sự[8]. Mô hình của chúng tôi cũng tương đồng với mô hình của Lê Thanh Hùng bao gồm: Thời gian sóng P ≥ 120ms, Tuổi ≥ 60, dạng phẫu thuật CABG + thay hoặc sửa van hai lá. Trên thế giới, nghiên cứu của Annamaria Mazzone và cộng sự[7] xây dựng mô hình dự đoán nguy cơ rung nhĩ sau can thiệp ALBO bao gồm các yếu tố: Tuổi, BMI, số lượng bạch cầu Leucocytes.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có các yếu tố: Tuổi ≥ 70, NT proBNP ≥ 100 pmol/L, thời gian sóng P ≥ 120ms, huyết áp tâm thu khi nhập viện ≤ 90mmHg cần được theo dõi để phát hiện, xử trí rung nhĩ khởi phát sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kudaiberdieva G, Gorenek B. Post PCI atrial fibrillation.** Acute Cardiac Care. 2007;9(2):69-76. doi:10.1080/17482940600990285
2. **Kinjo K, Sato H, Sato H, et al**. Prognostic significance of atrial fibrillation/atrial flutter in patients with acute myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention. Am J Cardiol. 2003;92(10):1150-1154. doi: 10.1016/ j.amjcard. 2003.07.021
3. **Worme MD, Tan MK, Armstrong DWJ, et al**. Previous and New Onset Atrial Fibrillation and Associated Outcomes in Acute Coronary Syndromes (from the Global Registry of Acute Coronary Events).The American Journal of Cardiology. 2018;122(6):944-951. doi:10.1016/ j.amjcard.2018.06.001
4. **Køber L, Swedberg K, McMurray JJV, et al.** Previously known and newly diagnosed atrial fibrillation: A major risk indicator after a myocardial infarction complicated by heart failure or left ventricular dysfunction☆. European Journal of Heart Failure. 2006;8(6):591-598. doi:10.1016/ j.ejheart.2005.11.007
5. **Zhang H, Dong P, Yang X, et al.** Prognostic indicators of new onset atrial fibrillation in patients with acute coronary syndrome. Clin Cardiol. 2020;43(6):647-651. doi:10.1002/clc.23363
6. **Mrdovic I, Savic L, Krljanac G, et al.** Incidence, predictors, and 30-day outcomes of new-onset atrial fibrillation after primary percutaneous coronary intervention: insight into the RISK-PCI trial:8.
7. **Mazzone A, Scalese M, Paradossi U, et al.** Development and validation of a risk stratification score for new-onset atrial fibrillation in STEMI patients undergoing primary percutaneous coronary intervention. Int J Clin Pract. 2018;72(4):e13087. doi:10.1111/ijcp.13087
8. **Lê Thanh Hùng.** Nghiên cứu các yếu tố dự báo rung nhĩ sau phẫu thuật tim và ảnh hưởng của rung nhĩ lên các biến cố hậu phẫu. :171.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CÁC KHỐI DỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO VỠ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHỐI HỢP NÚT MẠCH VÀ PHẪU THUẬT

Phạm Quỳnh Trang*, Nguyễn Thế Hào*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh các khối DDĐTMN vỡ đã được điều trị bằng phối hợp nút mạch và phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu hồi cứu 48 bệnh nhân được chẩn đoán là DDĐTMN vỡ, được điều trị bằng phối hợp nút mạch và phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai từ 11.2016 đến 12.2018. **Kết quả**: Tuổi trung bình 37,91, nam:nữ 1:1, triệu chứng tăng áp lực nội sọ 87,50%, máu tụ trong não 70,83%, khối DDĐTMN độ Spetzler-Martin 3 58,33%, 4 là 31,25%. Khối DDĐTMN ở đỉnh chẩm là 25%, vị trí hỗn hợp là 22,91%. Động mạch nuôi từ não giữa là 58,33%, não sau là 47,92%, não trước 45,83%. TMDL nông chiếm 72,92%, sâu 56,25%. Khối khu trú chiếm 89,58%. Phình ĐM phối hợp nằm trong ổ dị dạng 20,83%. **Kết luận**: DDĐTMN vỡ gặp ở tuổi trẻ, triệu chứng chủ yếu là tăng áp lực nội sọ. Chảy máu trong não là tổn thương chính. Khối DDĐTMN độ 3 chiếm đa số, hay gặp ở đỉnh chẩm. ĐM nuôi chủ yếu từ não giữa, TM dẫn lưu nông. Phình ĐM não phối hợp nằm trong ổ dị dạng là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ vỡ của khối

Từ khoá: DDĐTMN, lâm sàng, hình ảnh

SUMMARY

CLINICO-RADIOLOGICAL FEATURES OF RUPTURED CEREBRAL AVM TREATED BY SURGERY COMBINED WITH PREVIOUS EMBOLIZATION

Objectives: Description of clinico-radiological characteristics of ruptured cerebral DDĐTMN treated by surgery combined with previous embolization. **Methods:** Retrospective study of 48 patients of ruptured cerebral AVM underwent embolization and surgery at Department of Neurosurgery – Bach Mai Hospital from 11.2016 to 12.2018. **Results:** Mean age 37,91. Sex 1M:1F, intracranial hypertension 87,50%, intracranial hematoma 70,83%, S-M grade 3 58,33%, 4 31,25%. Parieto-occipital location 25%, complex location 22,91%. Feeding arteries from MCA 58,33%, PCA 47,92%, ACA 45,83%. Superficial draining veins 72,92%, deep 56,25%. Compact nidus 89,58%. Associated aneurysm inside nidus 20,83%. **Conclusions:** ruptured cerebral AVMs frequent in young people, main sign is intracranial hypertension, intracranial hematoma is most frequent lesion. S-M grade 3 and parieto-occipital location are majority, main feeding artery is MCA, draining vein is superficial. Compact nidus is major. Intra-nidus aneurysm is the risk factor of bleeding.

Keywords: Cerebral AVM, clinico-radiological features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập kỷ gần đây, điều trị triệt để bệnh lý dị dạng động tĩnh mạch não (DDĐTMN) vẫn còn là một vấn đề còn nan giải, nhất là các khối DDĐTMN lớn hoặc độ cao, cần có sự phối hợp của nhiều hơn một phương pháp. Cùng với sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh cũng như sự cải tiến về các dụng cụ và vật liệu can thiệp nội mạch, hình ảnh khối DDĐTMN được chẩn đoán ở mức siêu chọn lọc. Từ đó có thể lên kế hoạch phối hợp giữa nút mạch và phẫu thuật đối với khối DDĐTMN, kể cả những khối lớn hoặc có cấu trúc phức tạp. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của khối DDĐTMN cần được đánh giá kĩ để lập kế hoạch điều trị[1][2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh các khối DDĐTMN vỡ đã được điều trị bằng phối hợp nút mạch và phẫu thuật

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 48 bệnh nhân được chẩn đoán là DDĐTMN chảy máu được điều trị bằng cả hai phương pháp nút mạch sau đó phẫu thuật từ tháng 11.2016 đến 12.2018 tại khoa Phẫu thuật Thần kinh, bệnh viện Bạch Mai.

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoạn là DDĐTMN vỡ, dựa trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh (CLVT, CHT, CLVT đa dãy, chụp động mạch não kỹ thuật số xoá nền).
- Bệnh nhân được điều trị bằng phối hợp hai phương pháp: Nút mạch và phẫu thuật.
- Có kết quả giải phẫu bệnh là khối DDĐTMN.
- Được tái khám ít nhất một lần trong vòng 6 tháng sau khi phẫu thuật.
- Bệnh nhân được chụp phim kiểm tra ít nhất một lần sau phẫu thuật (CLVT đa dãy hoặc chụp động mạch não).

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tất cả những bệnh nhân không có tất cả các tiêu chuẩn như trên

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả lâm sàng, cắt ngang, không

**Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quỳnh Trang
Email: drphamtrang@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2020
Ngày duyệt bài: 2.12.2020

đối chứng.

2.4. Các nội dung nghiên cứu

2.4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, giới

2.4.2. Khám lâm sàng lúc vào viện

2.4.3. Các đặc điểm hình ảnh của khối DDĐTMN

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của ĐTNC (n=48)

Nhóm tuổi	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
<20 tuổi	7	14,58
20-40 tuổi	17	35,42
≥40 tuổi	24	50,00
TB±SD (Min – Max)	37,91±15,98 (9 – 69)	

Nhận xét: Độ tuổi từ 20 đến 40 là 35,42%. 7 trường hợp dưới 20 tuổi (14,58%).

Tỷ lệ giới nam và giới nữ trong nghiên cứu: nam 47,92% và nữ 52,08%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Tri giác lúc vào viện (n=48)

Điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
13-15 (tỉnh)	43	89,58
9-12 (lơ mơ)	2	4,17
3-8 (hôn mê)	3	6,25

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có tình trạng tri giác tỉnh (Glasgow từ 13 đến 15 điểm) lúc nhập viện (89,58%).

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng (n=48)

Triệu chứng	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Hội chứng màng não	1	2,08
Tăng áp lực nội sọ	42	87,50
Rối loạn tâm thần	0	0,00
Tổn thương thần kinh sọ	0	0,00
Triệu chứng thần kinh khu trú	20	41,67

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng lúc vào viện là tăng áp lực nội so (87,50%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh

Bảng 3.4. Hình ảnh chảy máu (n=48)

Hình ảnh chảy máu	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Mới	25	52,08
Cũ	16	33,33
Mới + Cũ	7	14,58

Nhận xét: Hơn một nửa số bệnh nhân có hình ảnh chảy máu mới trên chẩn đoán hình ảnh (52,08%).

Bảng 3.5. Phân loại chảy máu (n=48)

Phân loại chảy máu	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Máu tụ trong não	34	70,83
Chảy máu não thất	18	37,50
Chảy máu dưới nhện	2	4,17
Máu tụ dưới màng cứng	2	4,17

Nhận xét: Phần lớn là máu tụ trong não (70,83%). Tỷ lệ chảy máu não thất là 37,50%. Tỷ lệ chảy máu dưới nhện và máu tụ dưới màng cứng đều là 4,17%

Bảng 3.6. Vị trí của khối máu tụ trong não (n=34)

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trán	10	26,32
Thái dương	12	31,58
Chẩm	8	21,05
Hố sau	4	10,53

Bảng 3.7. Đặc điểm khối dị dạng theo phân độ Spetzler-Martin (n=48)

Độ	Đặc điểm	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
I (n_1=0)	S1 E0 V0	-	-
II (n_2=4)	S1 E0 V1	0	0,00
	S1 E1 V0	0	0,00
	S2 E0 V0	4	100
III (n_3=28)	S1 E1 V1 (III-)	5	17,86
	S2 E0 V1 (III)	8	28,57
	S2 E1 V0(III+)	14	50,00
	S3 E0 V0(III*)	1	3,57
IV (n_4=15)	S2 E1 V1	12	80,00
	S3 E0 V0	1	6,67
	S3 E1 V0	2	13,33
V (n_5=1)	S3 E1 V1	1	100

Nhận xét: cả 4 trường hợp độ II đều có đặc điểm là S2 E0 V0 (100%). Một nửa số BN độ III có đặc điểm S2 E1 V0 (III+). Độ IV phần lớn là S2 E1 V1 (80%)

Bảng 3.8. Phân bố theo vị trí khối AVM (n=48)

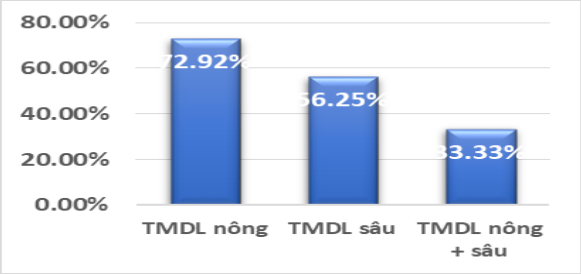
Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trán	8	16,67
Thái dương	8	16,67
Đỉnh-chẩm	12	25
Não thất/cạnh não thất	5	10,42
AVM sâu	1	2,08
Tiểu não	3	6,25
Hỗn hợp	11	22,91

Bảng 3.9. Động mạch nuôi xác định được trên chẩn đoán hình ảnh (n=48)

Động mạch nuôi	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Cảnh trong	0	0,00
Cảnh ngoài	1	2,08
Não giữa	28	58,33

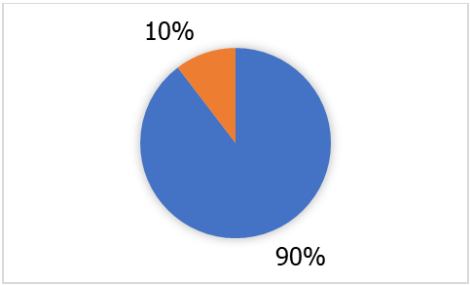
Não trước	22	45,83
Não sau	23	47,92
Mạch mạc/ĐM xuyên	13	27,08
Thân nền	0	0,00
Đốt sống	0	0,00
SCA	5	10,42
AICA	4	8,33
PICA	3	6,25
Khác	*1*	*2,08*

Nhận xét: Tỷ lệ động mạch nuôi được xác định trên chẩn đoán hình ảnh cao nhất là động mạch não giữa (58,33%), động mạch não sau (47,92%) và não trước (45,83%).



Biểu đồ 3.1. Loại tĩnh mạch dẫn lưu trên chẩn đoán hình ảnh (n=48)

Nhận xét: Tỷ lệ TMDL nông (72,92%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với TMDL sâu (56,25%). Tỷ lệ BN có cả TMDL nông và sâu là 33,33% (16 trường hợp)



Biểu đồ 3.2. Tính chất khối dị dạng động tĩnh mạch não vỡ (AVM) (n=48)

Nhận xét: Phần lớn khối DDĐTMN vỡ khu trú (89,58%-43 trường hợp).

17 trường hợp có phình động mạch não phối hợp, chiếm tỷ lệ là 35,52%.

Bảng 3.10. Vị trí phình động mạch não phối hợp (n=17)

Vị trí phình	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Động mạch nuôi đoạn gần	4	8,33
Động mạch nuôi đoạn xa	0	0,00
Trong ổ dị dạng	10	20,83
Trên đa giác Willis	2	4,17
Vị trí không liên quan đến khối dị dạng	1	2,08

Nhận xét: Vị trí phình động mạch não phối hợp gặp nhiều nhất là ở trong ổ dị dạng (20,83%), tương ứng với 10 trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi, giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 37,91±15,98 (9 – 69), trong đó lứa tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ 50%. Chúng tôi thống kê trong y văn một số nghiên cứu về DDĐTMN cho kết quả tương tự. Nhìn chung, không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình trong các nghiên cứu. Tuy nhiên, có sự khác biệt về độ tuổi trên 40. Nguyên nhân là do việc lựa chọn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không mang tính ngẫu nhiên.[1]

4.2. Tri giác của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân tỉnh khi vào viện (43 bệnh nhân, tỷ lệ 89,58%), chỉ có 6,25% (3 bệnh nhân) vào viện trong tình trạng hôn mê. Mặc dù tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán là khối DDĐTMN chảy máu, nhưng tình trạng tri giác của bệnh nhân phụ thuộc vào tình trạng chảy máu. Harman (1998) đưa ra nhận xét khối máu tụ trong não là nguyên nhân chính gây ra các triệu chứng thần kinh khu trú và sự suy giảm tri giác (tỷ lệ khoảng 52% trong các trường hợp khối DDĐTMN chảy máu)[3]. Tác giả Brown (1996) đưa ra kết luận những trường hợp máu tụ trong não kèm theo chảy máu não thất có tình trạng tri giác tốt hơn, do máu chảy vào hệ thống não thất có thể tiêu bớt một phần dẫn đến giảm hiệu ứng khối.[4]

4.3 Triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân phụ thuộc vào tính chất chảy máu của từng khối DDĐTMN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng tăng áp lực nội sọ chiếm 87,50%. Tuy nhiên, những trường hợp chảy máu cấp tính hoặc có khối máu tụ trong não thường mới gây nên tăng áp lực nội sọ. Brown (1996) nhận thấy chảy máu là nguyên nhân chính khiến cho bệnh nhân đến viện trong khoảng 42%, đồng thời cũng là nguyên nhân dẫn đến biểu hiện tăng áp lực nội sọ[4].

Triệu chứng thần kinh khu trú xuất hiện ở 41,67% số bệnh nhân trong nghiên cứu này. Triệu chứng thần kinh khu trú mới xuất hiện do khối máu tụ trong não, một số trường hợp đã xuất hiện từ trước do khối DDĐTMN kích thước lớn gây hiệu ứng khối. Theo Friedlander (2007), ngoài các nguyên nhân trên, triệu chứng thần kinh khu trú còn có thể là hậu quả của thiếu máu nhu mô não xung quanh khối dị dạng do hiện tượng ăn cắp máu[1].

4.4. Đặc điểm chảy máu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh khối máu tụ trong não chiếm đa số (70,83%) Tuỳ vị trí khối DDĐTMN mà máu tụ trong não có thể kèm theo chảy máu não thất, chảy máu dưới nhện hoặc máu tụ dưới màng cứng. Có 14/48 trường hợp không có hình ảnh khối máu tụ trong não, trong đó có 1 trường hợp máu tụ dưới màng cứng đơn thuần. Trong y văn, chỉ có một vài thông báo ca lâm sàng về máu tụ dưới màng cứng do vỡ DDĐTMN. Datta (2000) thông báo một trường hợp lâm sàng máu tụ dưới màng cứng hố sau do vỡ DDĐTMN. Vị trí khối máu tụ trong não chủ yếu là trên lều. Chỉ có 10,53% trường hợp có khối máu tụ hố sau. Điều này tương tự với vị trí khối DDĐTMN chủ yếu là trên lều[5].

4.5. Đặc điểm khối DDĐTMN: Trong nghiên cứu của chúng tôi, các khối DDĐTMN có độ Spetzler Martin 3 chiếm đa số (58,33%), tiếp theo là độ 4 (31,25%), độ 2 có 4 trường hợp (8,33%) và độ 5 có 1 trường hợp (2,08%). Những trường hợp độ 2 đều thuộc loại S2E0V0 có nghĩa là đều có kích thước lớn từ 3-6cm. Trong những trường hợp độ 3, trừ 5 trường hợp thuộc độ III- (S1E1V1), tất cả các trường hợp còn lại trong nghiên cứu của chúng tôi đề có kích thước lớn (3-6cm).

Tổng số các trường hợp khối DDĐTMN từ độ III trở lên là 42 trường hợp, chiếm tỷ lệ 87,50%, trong đó độ IV và độ V là 16 trường hợp (33,33%). Quan niệm trước đây cho rằng các khối DDĐTMN độ càng cao thì nguy cơ chảy máu càng thấp. Tuy nhiên, Jayaraman (2006) đã tiến hành một nghiên cứu về nguy cơ chảy máu của các khối DDĐTMN độ cao và đi đến kết luận là tỷ lệ chảy máu hàng năm của những trường hợp DDĐTMN độ IV và V cao hơn so với tỷ lệ chảy máu chung của DDĐTMN nói chung[6].

Vị trí khối DDĐTMN: Các khối DDĐTMN nằm ở vùng đỉnh chẩm hay gặp nhất (12/48 trường hợp – 25%). Có 11/48 khối DDĐTMN vị trí hỗn hợp (22,91%). Chỉ có 3/48 trường hợp (6,25%) khối DDĐTMN nằm khu trú ở tiểu não. Theo Lawton (2014), các khối DDĐTMN vùng trán hay gặp nhất (22,5%), tiếp theo là vùng thái dương (18,7%) và vùng đỉnh chẩm (18,0%). Các khối DDĐTMN tiểu não trong nghiên cứu của Lawton chiếm tỷ lệ 13,7% so với 6,5% trong nghiên cứu này. Sở dĩ có sự khác biệt về tỷ lệ như trên là vì lựa chọn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là không ngẫu nhiên. Các khối DDĐTMN được lựa chọn điều trị phối hợp nút mạch và phẫu thuật đều có độ cao và/hoặc kích thước lớn. Các khối DDĐTMN có kích thước lớn thường không nằm khu trú trong một vùng giải phẫu nào mà thường nằm trên nhiều hơn một vùng. Chính vì vậy, các khối dị dạng có vị trí hỗn hợp chiếm tỷ lệ khá cao (22,91%)[7].

Các nguồn động mạch nuôi khối DDĐTMN: Trong nghiên cứu của chúng tôi, động mạch nuôi xuất phát nhiều nhất từ động mạch não giữa (58,33%), tiếp theo là đến động mạch não sau (47,92%) và động mạch não trước (45,83%). Các nguồn động mạch nuôi xuất phát từ động mạch nào là phụ thuộc vào vị trí khối DDĐTMN. Tuy nhiên, mỗi khối DDĐTMN đều có 5 loại động mạch nuôi như Lawton (2015) đã mô tả: 1. Các động mạch tận là những động mạch đi thẳng vào khối dị dạng, không chia nhánh bên cho những vùng não lành xung quanh, 2. Các động mạch cho nhánh bên vào khối, 3. Các động mạch xuyên, 4. Các động mạch nuôi xuất phát từ đám rối mạch mạc trong não thất, 5. Các động mạch đi ngang qua khối[7].

Tĩnh mạch dẫn lưu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết hợp cả đánh giá trước và trong quá trình can thiệp nội mạch và phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy mỗi trường hợp khối DDĐTMN, có từ 1 đến 4 tĩnh mạch dẫn lưu. Số lượng tĩnh mạch đổ về xoang tĩnh mạch dọc trên có tỷ lệ cao nhất (54,17%). Trong hệ thống tĩnh mạch sâu, các tĩnh mạch dẫn lưu khối DDĐTMN đổ về nhiều nhất xoang thẳng (37,50%). Theo Lawton (2014), khoảng 2/3 số khối DDĐTMN có tĩnh mạch dẫn lưu nông.

Hầu hết khối DDĐTMN trong nghiên cứu của chúng tôi có tính chất khu trú (89,58%), chỉ có 5 trường hợp khối có tính chất lan toả (10,42%). Việc đánh giá tính chất khu trú hay lan toả của khối DDĐTMN là rất quan trọng trong việc tiên lượng kết quả quá trình nút mạch hoặc phẫu thuật. Lawton (2010) đã đưa ra một bảng phân loại lựa chọn bệnh nhân để phẫu thuật, trong đó tính chất khu trú hoặc lan toả của khối DDĐTMN là một trong 3 yếu tố quan trọng nhất. Theo Sagoh(1996), tác giả Chin nghiên cứu trên một xê ri các khối DDĐTMN lan toả cho rằng: Những khối DDĐTMN có tính chất lan toả có tính chất giải phẫu bệnh giống dị dạng tĩnh mạch hoặc dị dạng mao mạch[8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17/48 trường hợp có phình động mạch não phối hợp với khối DDĐTMN chiếm 35,42%, trong đó có 10 trường hợp túi phình nằm trong ổ dị dạng (20,83%). Tác giả Rammos (2016) thống kê trong y văn thấy tỷ lệ phình động mạch não phối hợp với DDĐTMN là từ 2,7-58% (trung bình là 18%), trong đó tỷ lệ phình động mạch phối hợp với

những khối DDĐTMN dưới lều có tỷ lệ cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý DDĐTMN vỡ có tỷ lệ tuổi tập trung từ 20-40. Triệu chứng lâm sàng lúc vào viện thường là tăng áp lực nội sọ. Khối máu tụ do DDĐTMN vỡ chủ yếu ở vị trí trên lều. Khối DDĐTMN độ Spetzler-Martin 3 chiếm đa số, vị trí hay gặp là ở vùng đỉnh chẩm. Động mạch nuôi xuất phát chủ yếu từ động mạch não giữa. Tĩnh mạch dẫn lưu nông chiếm tỷ lệ cao hơn tĩnh mạch dẫn lưu sâu. Hầu hết các khối DDĐTMN có tính chất khu trú. Những khối DDĐTMN có phình động mạch phối hợp nằm trong ổ dị dạng có nguy cơ vỡ cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Friedlander R.M. (2007),** Arteriovenous malformations of the brain, The New England Journal of Medecine 356: 2704-2712.
2. **Zacharia B.E., Vaughan K.A., Jacoby A., Hickman Z.L., Bodmer D. (2012),** Management of ruptured brain arteriovenous malformations, Current Atheroclerosis Report 14(4): 335-342.
3. **Hartmann A., Mast H., et als (1998),** Morbility of Intracranial Hemorrhage in Patients with Cerebral Arteriovenous Malformation, Stroke 29: 931-934.
4. **Brown R.D., Wiebers D.O., Torner J.C., O'Fallon W.M. (1996),** Frequency of intracranial hemorrhage as a presenting symtom and subtyle analysis: a population-based study of intracranial vascular malformation in Olmsted County, Minnesota, Journal of Neurosurgery 85: 29-32.
5. **Datta N.N., Chan K.Y., Kwok J. (2000),** Posterior fossa subdural hematoma due to ruptured arteriovenous malformation, Neurosurgical Focus 8(6): 1-4.
6. **Jayaraman M.V., Marcellus M., Do H., Chang S., Rosenberg J., Steinberg G., Marks M.(2006),** Hemorrhage rate in patients with Spetzler Martin grades IV and V arteriovenous malformation. Is treatment justified?, Stroke 38: 325-329.
7. **Lawton M.T (2014),** Seven AVMs - tenets and techniques for resection, Thieme Publisher
8. **Sagoh M., Kodaki K., Ichikizaki K., Izumi C., Satoh T., Shiga H. (1996),** Large diffuse arteriovenous malformation affecting the right cerebral and cerebellar hemispheres: case report, Surgical Neurology 46: 122-128.

NỒNG ĐỘ PROCALCITONIN HUYẾT THANH TRONG ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN VIÊM NIÊM MẠC TỬ CUNG SAU ĐẺ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Thanh Thuỷ[1], Nguyễn Quảng Bắc[1], Phạm Thiện Ngọc[2], Nguyễn Thị Thanh Hương[1], Nguyễn Hải Phương[1], Đoàn Thị Thu Trang[1], Nguyễn Thị Thu Hà[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả giá trị procalcitonin huyết thanh ở bệnh nhân viêm niêm mạc tử cung sau đẻ tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Nghiên cứu theo dõi dọc trên 51 bệnh nhân viêm niêm mạc tử cung (VNMTC) sau đẻ tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Thông tin chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được thu thập và mô tả. Phân tích thống kê mô tả được sử dụng. Trong 51 bệnh nhân, trung bình nồng độ PCT trước điều trị là 0,08 ± 0,07 ng/ml, sau điều trị là 0,03 ± 0,02 ng/ml. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Trước điều trị, ở nhóm nồng độ PCT ≥0,05 ng/ml, các triệu chứng lâm sàng có tỷ lệ cao hơn bao gồm đau bụng (29,6%), sản dịch lẫn máu (100,0%) và mủ (7,7%). Ở bệnh nhân có nồng độ PCT huyết thanh < 0,05ng/ml, các triệu chứng có tỷ lệ cao hơn bao gồm cổ tử cung nhiễm khuẩn (12,5%), tử cung hé (54,2%). Cả hai nhóm nồng độ PCT đều có tỷ lệ nồng độ bạch cầu nhóm 10-<15 g/L là cao nhất với 45,8% ở nhóm PCT <0,05 ng/ml và 48,2% ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml. Nồng độ CRP <49 mg/L có tỷ lệ cao nhất ở nhóm PCT < 0,05 ng/ml (62,5%). Trong khi CRP <49 mg/L có tỷ lệ 48,2% cao nhất ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml. Sau điều trị, chỉ còn 2 trường hợp còn sốt ở nhóm PCT <0,05ng/ml (5,0%) và 1 trường hợp có sốt ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml (9,1%). Có 1 trường hợp có nồng độ bạch cầu < 11 bạch cầu/mm3 có nồng độ PCT ≥ 0,1 ng/ml, 1 trường hợp có CRP < 49 mg/L có nồng độ PCT ≥ 0,1 ng/ml.

Từ khóa: procalcitonin, viêm niêm mạc tử cung, sau đẻ

[1]*Bệnh viện Phụ sản Trung ương,*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thanh Thủy
Email: thanhthuybs2007@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 1.12.2020

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH POSTPARTUM ENDOMETRITIS AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

The study was conducted to describe procalcitonin levels among patients with postpartum endometritis at the NationalHospital of Obstetrics and Gynecology. A

longitudinal study 51 patients with postpartum endometritis after giving birth were performed at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. General information, clinical and paraclinical characteristics were collected and described. Descriptive statistical analysis was used. Among 51 patients, the mean concentration of PCT before treatment was 0.08 ± 0.07ng/ml, after treatment was 0.03 ± 0.02ng/ml. The difference was statistically significant with p <0.05. Before treatment, in the group with PCT concentrations ≥0.05ng/ml, clinical symptoms with a higher rate include abdominal pain (29.6%), bloody fluid (100.0%), discharge (7.7%). In patients with serum PCT concentrations <0.05ng/ml, symptoms with a higher incidence include cervical infection (12.5%), uterus ajar (54.2%). Both PCT groups had the highest leukocyte concentration ratio of group 10- <15g/L with 45.8% in the PCT group <0.05ng/ml and 48.2% in the PCT group ≥ 0.05ng/ml. CRP concentrations <49 mg/L had the highest percentage in the PCT group <0.05ng/ml (62.5%), while CRP <49mg/L had the highest rate of 48.2% in the PCT group ≥ 0.05ng/ml. After treatment, only 2 cases still had fever in the PCT group <0.05ng/ml (5.0%) and 1 case had fever in the PCT group ≥ 0.05ng/ml (9.1%). There was 1 case with leukocyte concentration <11 leukocytes/mm3 with PCT concentration ≥ 0.1 ng/ml, 1 case with CRP <49 mg/L with PCT concentration ≥ 0.1 ng/ml.

Keyword: procalcitonin, postpartum endometritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hậu sản là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ hậu sản [1, 2]. Nhiễm khuẩn hậu sản Là một trong năm tai biến sản khoa hàng đầu gây tử vong mẹ đặc biệt ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam[3-5]. Viêm niêm mạc tử cung (VNMTC) sau đẻ là hình thái lâm sàng sớm và thường gặp nhất của nhiễm khuẩn hậu sản. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời tiến triển thành những hình thái nhiễm khuẩn nặng. Trong đó nhiễm khuẩn huyết nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho mẹ[3, 6].

Trong những năm gần đây, rất nhiều dấu ấn sinh học (biomaker) được nghiên cứu ứng dụng chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi điều trị bệnh nhiễm khuẩn. Trong số đó procalcitonin là các dấu ấn được nhiều tác giả nghiên cứu [7, 8]. Procalcitonin đã được nhiều tác giả nghiên cứu ứng dụng trong điều trị nhiễm khuẩn được chứng minh có giá trị chẩn đoán và tiên lượng nhiễm khuẩn cao hơn so với CRP [9].

Ở Việt Nam đã có rất nhiều nghiên cứu về PCT, nhưng chúng tôi mới chỉ thấy các nghiên cứu này trên đối tượng bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn phổi, nhiễm khuẩn nặng, viêm tụy cấp, lupus ban đỏ hệ thống, nhiễm trùng sơ sinh…Tuy nhiên, các nghiên cứu về nồng độ Procalcitonin ở bệnh nhân nhiễm khuẩn hậu sản chưa thấy nghiên cứu. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm "*Mô tả nồng độ Procalcitonin huyết thanh trong theo dõi điều trị ở bệnh nhân viêm niêm mạc tử cung sau đẻ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu là tất cả các bệnh nhân và các hồ sơ được chẩn đoán viêm niêm mạc tử cung sau đẻ theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế và điều trị VNMTC tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong thời gian từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2020. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, có đủ các thông tin cần thiết về bệnh nhân nằm trong bệnh ánTiêu chuẩn loại trừ bao gồm những sản phụ mắc các bệnh lý toàn thân như thiếu máu, cao huyết áp, bệnh gan, thận mạn tính và mắc các viêm nhiễm không do viêm niêm mạc tử cung.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Thời gian nghiên cứu từ tháng 06/2019 - 06/2020 tại Khoa Sản nhiễm khuẩn, khoa Sinh hóa, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

3. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp theo dõi dọc.

4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Tổng cộng 51 bệnh nhân VNMTC sau đẻ được tuyển vào nghiên cứu. Bệnh nhân được lựa chọn bằng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện.

5. Biến số và chỉ số nghiên cứu. Các thông tin được thu thập bao gồm: thông tin chung (tuổi, nghề nghiệp), cách sinh của đối tượng (đẻ thường, đẻ mổ), triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng bao gồm: thời gian phát hiện bệnh (1-2 ngày; 3-5 ngày; 8-15 ngày; >15 ngày), tình trạng sốt, đau bụng, tử cung co hồi chậm, di động tử cung đau, sản dịch bất thường. Thông tin cận lâm sàng bao gồm: xét nghiệm bạch cầu, chỉ số CRP, PCT.

6. Quản lý và phân tích số liệu. Số liệu được làm sạch trước khi phân tích, được xử lý theo phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm SPSS 18.0. Số liệu định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%), kiểm định sự khác biệt thống kê bằng test Chi-square ($\chi 2$). Các số liệu định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, kiểm định sự khác biệt thống kê bằng test T-Student.

7. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành một cách trung thực và nghiêm túc. Đối tượng nghiên cứu được thông báo và giải thích rõ về mục đích nghiên cứu. Khi được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu mới được đưa

đối tượng vào mẫu nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ kín.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6/2019 đến 6/2020, có tổng cộng 51 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 29,5 ± 5,4 tuổi. Phần lớn bệnh nhân làm cán bộ-công chức (39,2%) và các ngành nghề khác (49,0%). Có 3 bệnh nhân làm công nhân (5,9%) và 3 bệnh nhân làm nông dân (5,9%). Có 12/51 bệnh nhân đẻ thường (23,5%). Phần lớn bệnh nhân đẻ mổ (76,5%). Bảng 1 cho thấy triệu chứng VNMTC lâm sàng trước khi điều trị. Về triệu chứng lâm sàng, 80,4% có triệu chứng sốt, các triệu chứng khác bao gồm đau bụng (27,5%), vết khâu tầng sinh môn/vết mổ tấy đỏ (3,9%) hoặc chảy mủ (100,0%), cổ tử cung nhiễm khuẩn (9,8%). Có 47,1% có độ mở tử cung hé và 100% kích thước tử cung to, với 98% độ co hồi tốt. Có 31,4% bệnh nhân cảm thấy đau do di động tử cung và 5,9% bệnh nhân có lượng sản dịch nhiều. Có 98% bệnh nhân sản dịch lẫn máu, 6,1% lẫn mủ, 100,0% sản dịch có mùi hôi.

Bảng 1 cho thấy, khi đánh giá nồng độ PCT huyết thanh trước điều trị, trung bình nồng độ PCT cả mẫu nghiên cứu là 0,08 ± 0,07 ng/ml, ở nhóm VNMTC sau đẻ thường là 0,10 ± 0,10 và sau đẻ mổ là 0,07 ± 0,05. Tỷ lệ có PCT bất thường ≥ 0,05 ng/ml là 52,9%, trong đó tỷ lệ này ở nhóm đẻ thường là 58,3% cao hơn so với nhóm đẻ mổ 51,3%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 1. Nồng độ PCT huyết thanh trước điều trị VNMTC

PCT(ng/ml)	VNMTC sau đẻ thường		VNMTC sau đẻ mổ		Tổng		p-value
	SL (n)	Tỷ lệ (%)	SL (n)	Tỷ lệ (%)	SL (n)	Tỷ lệ (%)	
<0,05	5	41,7	19	48,7	24	47,1	0,67
≥ 0,05	7	58,3	20	51,3	27	52,9	
Trung bình ± ĐLC	0,10 ± 0,10		0,07 ± 0,05		0,08 ± 0,07		0,56

Khi đánh giá nồng độ PCT huyết thanh sau điều trị, trung bình nồng độ PCT cả mẫu nghiên cứu là 0,03 ± 0,02ng/ml, ở nhóm VNMTC sau đẻ thường là 0,03 ± 0,02ng/ml và sau đẻ mổ là 0,03 ± 0,03ng/ml. Tỷ lệ có PCT bất thường ≥ 0,05ng/ml là 21,6%, trong đó tỷ lệ này ở nhóm đẻ thường là 16,7% thấp hơn so với nhóm đẻ mổ 23,1%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 2. Nồng độ PCT huyết thanh sau điều trị VNMTC

PCT(ng/ml)	VNMTC sau đẻ thường		VNMTC sau đẻ mổ		Tổng		p-value
	SL (n)	Tỷ lệ (%)	SL (n)	Tỷ lệ (%)	SL (n)	Tỷ lệ (%)	
<0,05	10	83,3	30	76,9	40	78,4	0,49
≥ 0,05	2	16,7	9	23,1	11	21,6	
Trung bình ± ĐLC	0,03 ± 0,02		0,03 ± 0,03		0,03 ± 0,02		0,56

Bảng 3 cho thấy, Kết quả cho thấy, sau điều trị, nồng độ PCT có sự suy giảm đáng kể, từ 52,9% ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml còn 21,6%. Nồng độ cũng giảm từ 0,08 ± 0,07 còn 0,03 ± 0,02 ng/ml. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.Nồng độ PCT huyết thanh trước và sau điều trị VNMTC

PCT(ng/ml)	Trước điều trị		Sau điều trị		p-value
	SL (n)	Tỷ lệ (%)	SL (n)	Tỷ lệ (%)	
<0,05	24	47,1	40	78,4	<0,01
≥ 0,05	27	52,9	11	21,6	
Trung bình ± ĐLC	0,08 ± 0,07		0,03 ± 0,02		<0,01

Bảng 4 cho thấy, đánh giá mối tương quan giữa nồng độ PCT và triệu chứng lâm sàng trước điều trị, kết quả cho thấy, không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm nồng độ PCT (p>0,05).

Bảng 4. Triệu chứng VNMTC lâm sàng trước điều trị

Đặc điểm lâm sàng	PCT(ng/ml)				p-value
	<0,05		0,05-0,25		
	SL (n)	Tỷ lệ(%)	SL(n)	Tỷ lệ(%)	
Sốt	17	70,8	24	88,9	0,16
Đau bụng	6	25,0	8	29,6	0,76
Cổ tử cung nhiễm khuẩn	3	12,5	2	7,4	0,44

Kích thước CTC to	24	100,0	27	100,0	-
Co hồi kém	24	100,0	27	100,0	-
Di động tử cung đau	8	33,3	8	29,6	0,51
Sản dịch lần máu	22	95,7	26	100,0	0,47
Sản dịch lần mủ	1	4,4	2	7,7	0,55
Mùi sản dịch hôi	24	100,0	27	100,0	-
Độ mở tử cung: Tử cung hé	13	54,2	11	40,7	0,25
Đóng tử cung	11	45,8	16	59,3	
Vết khâu TSM/ Vết mổ: Liền tốt	22	91,7	26	96,3	0,73
Tấy đỏ	1	4,2	1	3,7	
Chảy mủ	1	4,2	0	0,0	
Số lượng sản dịch: Nhiều	2	8,3	1	3,7	0,79
It	21	87,5	25	92,6	
Không	1	4,2	1	3,7	

Bảng 5 cho thấy, trước điều trị, cả hai nhóm nồng độ PCT đều có tỷ lệ nồng độ bạch cầu nhóm 10-<15 g/L là cao nhất với 45,8% ở nhóm PCT <0,05 ng/ml và 48,2% ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml. Không có sự khác biệt về đặc điểm bạch cầu và PCT. Tương tự như vậy, nồng độ CRP <49 mg/L có tỷ lệ cao nhất ở nhóm PCT < 0,05 ng/ml (62,5%). Trong khi CRP <49 mg/L có tỷ lệ 48,2% cao nhất ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml. Không có sự khác biệt về giữa hai nhóm nồng độ PCT (p>0,05).

Bảng 5. Triệu chứng VNMTC lâm sàng trước điều trị

Triệu chứng lâm sàng		**PCT(ng/ml)**				**p-value**
		<0,05		**0,05-0,25**		
		SL (n)	**Tỷ lệ (%)**	**SL (n)**	**Tỷ lệ (%)**	
Bạch cầu (g/L)	< 10	8	33,3	5	18,5	0,23
	10- <15	11	45,8	13	48,2	
	15- <20	5	20,8	5	18,5	
	≥ 20	0	0,0	4	14,8	
CRP(mg/L)	< 49	15	62,5	13	48,2	0,60
	49- <97	5	20,8	9	33,3	
	97-192	4	16,7	5	18,5	

Bảng 6 cho thấy, sau điều trị, chỉ còn 2 trường hợp còn sốt ở nhóm PCT <0,05ng/ml (5,0%) và 1 trường hợp có sốt ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml (9,1%). Có 65,0% trường hợp có PCT <0,05 ng/ml ra sản dịch ít, tỷ lệ này ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml là 54,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Triệu chứng VNMTC lâm sàng sau điều trị

Triệu chứng lâm sàng		**PCT(ng/ml)**				**p-value**
		<0,05		**0,05-0,25**		
		SL (n)	**Tỷ lệ (%)**	**SL (n)**	**Tỷ lệ (%)**	
Sốt	Hết sốt	38	95,0	10	90,9	0,53
	Còn sốt	2	5,0	1	9,1	
Sản dịch	Không	14	35,0	5	45,5	0,38
	Ra ít	26	65,0	6	54,6	
Đau bụng	Không	40	100,0	11	100,0	-
	Còn	0	0,0	0	0,0	

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ PCT huyết thanh đánh giá tốt tình trạng nhiễm khuẩn và đặc hiệu cao khi đáp ứng với nhiễm khuẩn nặng. Nồng độ PCT tăng sớm trong máu khi có tình trạng viêm. Năm 2009, Hochreiter đã đưa ra hướng dẫn điều trị kháng sinh theo PCT. Chẩn đoán sớm viêm nhiễm khuẩn là một thách thức trong thực hành lâm sàng. Dù cấy phân lập vi khuẩn là tiêu chuẩn vàng nhưng kết quả chậm và không phải người bệnh nào cũng cho cấy máu dương tính do độ nhạy thấp. Do đó, ngoài các triệu chứng lam sàng, các xét nghiệm sinh hóa cũng được sử dụng nhiều để sàng lọc và hỗ trợ chẩn đoán bệnh nhân viêm nhiễm do vi khuẩn.Procalcitonin (PCT) có tính đặc hiệu cao khi đáp ứng với nhiễm khuẩn toàn thân nặng. Trong nhiễm khuẩn, nồng độ PCT sẽ gia tăng và có thể phát hiện được sau 2 giờ, đạt nồng độ đỉnh sau 6 – 12 giờ. Với ưu điểm về động học như vậy nên PCT thích hợp được sử dụng để hướng dẫn điều trị và đánh giá tiên lượng bệnh. Khi tình trạng

nhiễm khuẩn được hồi phục, PCT sẽ quay trở lại giá trị sinh lý. Trong nướoc, PCT cũng đã được nghiên cứu trong chẩn đoán và theo dõi điều trị trong một số bệnh cảnh nhiễm khuẩn khác nhau như bệnh nhân viêm phổi cộng đồng, viêm phổi thở máy, viêm màng não hay viêm tụy cấp. Tuy nhiên, cho đến hiện tại, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện trên bệnh nhân VNMTC.

Khi đánh giá nồng độ PCT huyết thanh sau điều trị, trung bình nồng độ PCT cả mẫu nghiên cứu là 0,03 ± 0,02 ng/ml, ở nhóm VNMTC sau đẻ thường là 0,03 ± 0,02 ng/ml và sau đẻ mổ là 0,03 ± 0,03 ng/ml. Tỷ lệ có PCT bất thường ≥ 0,05 ng/ml là 21,6%, trong đó tỷ lệ này ở nhóm đẻ thường là 16,7% thấp hơn so với nhóm đẻ mổ 23,1%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Ở người khỏe mạnh bình thường, nồng độ PCT huyết thanh là rất thấp, với các xét nghiệm có độ nhạy cao có thể đo được nồng độ PCT ở người kh ng bị nhiễm khuẩn là 0,033 ± 0,003 ng/mL [8]. Trên thực tế lâm sàng, nồng độ PCT < 0,5 ng/mL được đánh giá là bình thường, không có nhiễm khuẩn [8]. Một số tác giả đã nghiên cứu xác định nồng độ PCT trên người bình thường ở Việt Nam như nghiên cứu của Lê Xuân Trường tại thành phố Hồ Chí Minh thấy nồng độ PCT là 0,10 ± 0,05 ng/mL, của Lê Thị Thu Hà nghiên cứu tại Bệnh viện Trung Ương Huế là 0,033 ng/mL (0,026-0,034). Nồng độ PCT >0,05 ng/mL là điểm cắt được đánh giá là bất thường và giúp gợi ý chẩn đoán nhiễm khuẩn và nồng độ PCT > 2ng/mL được gợi chẩn đoán ở các bệnh nhân nhiễm khuẩn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự gia tăng nồng độ PCT ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chủ yếu thuộc nhóm ≥ 0,05 ng/ml.

Khi đánh giá nồng độ PCT huyết thanh sau điều trị, trung bình nồng độ PCT cả mẫu nghiên cứu là 0,03 ± 0,02 ng/ml, ở nhóm VNMTC sau đẻ thường là 0,03 ± 0,02 ng/ml và sau đẻ mổ là 0,03 ± 0,03 ng/ml. Tỷ lệ có PCT bất thường ≥ 0,05 ng/ml là 21,6%, trong đó tỷ lệ này ở nhóm đẻ thường là 16,7% thấp hơn so với nhóm đẻ mổ 23,1%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Sau điều trị, nồng độ PCT có sự suy giảm đáng kể, từ 52,9% ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml còn 21,6%. Nồng độ cũng giảm từ 0,08 ± 0,07 còn 0,03 ± 0,02 ng/ml. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Ở nhóm đẻ thường, tỷ lệ bệnh nhân có PCT ≥ 0,05 ng/ml có sự giảm từ 25,0% còn 0,0%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nồng độ cũng giảm từ 0,10 ± 0,10 còn 0,03 ± 0,02 ng/ml, sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Ở nhóm đẻ mổ, tỷ lệ bệnh nhân có PCT ≥ 0,05 ng/ml có sự giảm từ 51,3% còn 23,1%. Nồng độ cũng giảm từ 0,07 ± 0,05 còn 0,03 ± 0,03 ng/ml, sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Nhìn chung, kết quả này phù hợp với tình trạng lâm sàng của bệnh nhân khi điều trị. Kết quả điều trị cho thấy bệnh nhân không còn nhiễm khuẩn và biến chứng, do đó nồng độ PCT sau điều trị đã có sự giảm đáng kể. Các nghiên cứu trước đây ở các nhóm bệnh khác như nhiễm khuẩn ổ bụng sau mổ cho thấy, nếu PCT sau điều trị có sự tăng đáng kể sau điều trị thì cần tìm hiểu nguyên nhân liên quan đến nhiễm khuẩn và biến chứng. Mặt khác, sau điều trị, nồng độ PCT của bệnh nhân đã trở lại ngưỡng của người khỏe mạnh[8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trước khi điều trị, những bệnh nhân có nồng độ PCT huyết thanh ≥ 0,05 ng/ml có tỷ lệ sốt cao với 88,9%, trong khi ở nhóm có nồng độ PCT huyết thanh <0,05, tỷ lệ này thấp hơn với 70,8%. Mặc dù vậy sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Trong y văn, tình trạng đáp ứng viêm trong cơ thể gây sốt, tuy nhiên nồng độ PCT cho thấy ít có liên quan với nhiệt độ cơ thể. Nghiên cứu trước đây cho thấy nhiệt độ không có sự khác biệt giữa nhóm đáp ứng viêm và không đáp ứng viêm [15]. Bệnh nhân khi có tình trạng viêm do nhiễm khuẩn rất nặng cũng có thể gây ứng chế đáp ứng miễn dịch của cơ thể, từ đó làm nhiệt độ hạ và bạch cầu giảm.

Ở nhóm nồng độ PCT <0,05 ng/ml, các triệu chứng lâm sàng có tỷ lệ cao hơn so với nhóm bệnh nhân có nồng độ PCT huyết thanh ≥ 0,05 ng/ml bao gồm đau bụng (29,6%), sản dịch lẫn máu (100,0%) và mủ (7,7%), và có sản dịch ít (92,6%). Trong khi đó, ở bệnh nhân có nồng độ PCT huyết thanh < 0,05 ng/ml, các triệu chứng có tỷ lệ cao hơn bao gồm cổ tử cung nhiễm khuẩn (12,5%), tử cung hé (54,2%).

Khi đánh giá các đặc điểm lâm sàng sau điều trị, chỉ còn 2 trường hợp còn sốt ở nhóm PCT <0,05ng/ml (5,0%) và 1 trường hợp có sốt ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml (9,1%). Có 65,0% trường hợp có PCT <0,05 ng/ml ra sản dịch ít, tỷ lệ này ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml là 54,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Chúng tôi không phát hiện thấy sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm, hay sự

khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Điều này có thể lí giải do số lượng mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn, cũng có thể sự phân nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi chưa phù hợp. Nhìn chung, ở nhóm VNMTC, chúng tôi không nhận thấy có sự khác biệt về nồng độ PCT huyết thanh với các đặc điểm lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

1. Nồng độ Procalcitonin huyết thanh ở bệnh nhân viêm niêm mạc tử cung trước và sau điều trị.

- Trung bình nồng độ PCT trước điều trị là 0,08±0,07ng/ml, ở nhóm VNMTC sau đẻ thường là 0,10 ± 0,10 và sau đẻ mổ là 0,07 ± 0,05.

Tỷ lệ có PCT bất thường ≥ 0,05 ng/ml trước điều trị là 52,9%, ở nhóm đẻ thường là 58,3%, ở nhóm đẻ mổ 51,3%.

- Trung bình nồng độ PCT sau điều trị là 0,03 ± 0,02 ng/ml, ở nhóm VNMTC sau đẻ thường là 0,03 ±0,02ng/ml và sau đẻ mổ là 0,03 ± 0,03 ng/ml.

- Tỷ lệ có PCT bất thường ≥ 0,05 ng/ml sau điều trị là 21,6%, ở nhóm đẻ thường là 16,7%, ở nhóm đẻ mổ 23,1%.

2. Mối liên quan giữa Procalcitonin với một số triệu chứng lâm sàng và chỉ số sinh hóa khác trước và sau điều trị viêm niêm mạc tử cung.

- Trước điều trị, ở nhóm nồng độ PCT ≥0,05 ng/ml, các triệu chứng lâm sàng có tỷ lệ cao hơn bao gồm đau bụng (29,6%), sản dịch lẫn máu (100,0%) và mủ (7,7%), và có sản dịch ít (92,6%). Ở bệnh nhân có nồng độ PCT huyết thanh < 0,05 ng/ml, các triệu chứng có tỷ lệ cao hơn bao gồm cổ tử cung nhiễm khuẩn (12,5%), tử cung hé (54,2%).

- Cả hai nhóm nồng độ PCT đều có tỷ lệ nồng độ bạch cầu nhóm 10-<15 g/L là cao nhất với 45,8% ở nhóm PCT <0,05 ng/ml và 48,2% ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml.

- Nồng độ CRP <49 mg/L có tỷ lệ cao nhất ở nhóm PCT < 0,05 ng/ml (62,5%). Trong khi CRP <49 mg/L có tỷ lệ 48,2% cao nhất ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml.

- Sau điều trị, chỉ còn 2 trường hợp còn sốt ở nhóm PCT <0,05ng/ml (5,0%) và 1 trường hợp có sốt ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml (9,1%). Có 65,0% trường hợp có PCT <0,05 ng/ml ra sản dịch ít, tỷ lệ này ở nhóm PCT ≥ 0,05 ng/ml là 54,6%.

- Có 1 trường hợp có bạch cầu < 11 bạch cầu/mm3 có nồng độ PCT ≥ 0,1 ng/ml, 1 trường hợp có CRP < 49 mg/L có nồng độ PCT ≥ 0,1 ng/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015),** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa ban hành kèm theo QĐ số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015, chủ biên.
2. **Sở Y tế TP. HCM- Bệnh viện Từ Dũ (2019),** Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2019 xuất bản lần thứ 4.
3. **Bộ Y Tế (2003)**, Nhiễm khuẩn sản khoa: Tài liệu hướng dẫn chống nhiễm khuẩn Bệnh viện, Vol. 1, Nhà xuất bản Y học
4. **Đinh Thế Mỹ (1999)**, "Tình hình viêm phúc mạc điều trị tại Viện BVBMTSS từ 1991-1995. ", Tạp chí Thông tin Y dược chuyên đề sản phụ khoa, tr. 210-213.
5. **Trần Ngọc Can (1978),** "Nhiễm khuẩn hậu sản", Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học.
6. **Nguyễn Tuấn Anh (2000),** Nghiên cứu lâm sàng những trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản điều trị tại viện BVBM&TSS trong 3 năm từ 6/1999 - 6/2000, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **J. D. Faix (2013),** "Biomarkers of sepsis", Crit Rev Clin Lab Sci, **50(1)**, tr. 23-36.
8. **H. Lee (2013)**, "Procalcitonin as a biomarker of infectious diseases", Korean J Intern Med, **28(3)**, tr. 285-91.

PHÂN TÍCH CÁC BIẾN CHỨNG TRÊN BỆNH NHÂN CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN

Đặng Hoàng Thạch[1], Lê Minh Kỳ[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mục đích của đề tài này là mô tả các đặc điểm của biến chứng cắt thanh quản bán phần, phân tích các yếu tố liên quan đến biến chứng cắt thanh quản bán phần. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả cắt ngang từng ca bệnh. **Đối tượng nghiên cứu:** 62 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư thanh quản, được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần tại bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ 01/2019 đến 01/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ toàn bộ biến chứng trong nghiên cứu chiếm 16,1%. Trên nhóm bệnh nhân >60 tuổi, tỷ lệ xảy ra biến chứng cao hơn nhóm bệnh nhân 60 tuổi. Tương tự, tỷ lệ xảy ra biến chứng trên nhóm bệnh nhân có bệnh mạn tính, hút thuốc lá và uống rượu bia nhiều hơn nhóm không

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Trường Đại học quốc gia Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hoàng Thạch
Email: Hoangthach.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 2.12.2020

có. Giai đoạn bệnh và phương pháp phẫu thuật cắt thanh quản bán phần và nạo vét hạch có sự khác biệt xảy ra biến chứng. **Kết luận:** yếu tố tuổi, hút thuốc lá, uống rượu, bệnh mạn tính, giai đoạn bệnh và phương pháp phẫu thuật ảnh hưởng đến tỷ lệ xảy ra biến chứng trong cắt thanh quản bán phần

Từ khóa: Ung thư thanh quản, Cắt thanh quản bán phần, biến chứng.

SUMMARY

ANALYSE COMPLICATIONS OF PATIENTS AFTER PARTIAL LARYNGECTOMY

Objective: Describe the characteristics of partial laryngectomy's complications, analyses some relative factors of partial laryngectomy. **Materials and methods:** Retrospective and descriptive cross sectional study included 62 patients were diagnosed with laryngeal cancer, had been done partial laryngectomy at National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam from 01/2019 to 01/2020. **Result:** The ratio of complications is 16,1 % .In over 60 year-old group, the ratio of complications and sequelaes are higher the under 60 year-old group.Thus, the ratio of complications of patients with chronic diseases, smoking, drinking alcohol are much higher than opposite group. There are difference between stages and techniques of partial laryngectomy and lymphadenectomy affect the complications. **Conclusion:** Age, smoking, drinking alcohol, chronic diseases, stages and techniques affect the ratio of complications.

Keywords: Laryngeal cancer, partial laryngectomy, complication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là khối u ác tính xuất phát chủ yếu từ lớp biểu mô vùng thanh quản. Đây là loại ung thư đứng hàng thứ 8 trong các ung thư ác tính hay gặp nhất và đứng thứ hai trong các khối u ác tính đường hô hấp sau ung thư phổi.

Ung thư thanh quản gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ 30:1, có thể giải thích do nam giới hút thuốc và uống rượu nhiều hơn, là hai yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh [1]. Tuổi thường gặp là từ 50-70 tuổi. Tỷ lệ mắc ước tính là 2,67 trường hợp/năm/100.000 dân [2].

Phẫu thuật là phương pháp được chọn lựa hàng đầu trong điều trị ung thư thanh quản, trong đó phẫu thuật cắt thanh quản bán phần chiếm tỷ lệ chủ yếu với ung thư thanh quản ở giai đoạn sớm. Sau phẫu thuật có thể xảy ra các biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng, tràn khí. Để tìm hiểu về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng và di chứng trong phẫu thuật cắt thanh quản bán phần.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 62 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư thanh quản, được điều trị cắt thanh quản bán phần tại bệnh viện Tai Mũi Họng Tw từ tháng 1/2019 đến tháng 1/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, cắt ngang mô tả. Hồ sơ bệnh án được thống kê theo mẫu thu thập bệnh án nghiên cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 3.1. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau PT	n	%
Không biến chứng	52	83,9
Chảy máu	1	1,6
Nhiễm trùng	4	6,5
Tràn khí	4	6,5
Tụt tắc ống dân lưu	1	1,6
Rò	0	0
Tổng	**62**	**100**

Trong số 62 trường hợp được nghiên cứu, có 10 bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật, chiếm 16,1%, trong đó hay gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ, chân canuyn với 4 trường hợp (6,5%), tràn khí vùng cổ ngực 4 trường hợp (6,5%), có 1 bệnh nhân chảy máu vết mổ sau phẫu thuật và 1 bệnh nhân tụt tắc ống dẫn lưu (1,6%).

3.2. Các yếu tố dịch tễ liên quan

Bảng 3.2. Các yêu tố dịch tễ liên quan

Yếu tố		n	Biến chứng	p
Tuổi	≤ 60t	34	4 (11,7%)	0,085
	>60t	28	6 (21,5%)	
Hút thuốc	Có	52	9 (17,3%)	0,452
	Không	10	1 (10%)	
Uống rượu	Có	50	9 (18%)	0,414
	Không	12	1 (8,3%)	
Bệnh mạn tính	Có	12	3 (25%)	0,342
	Không	50	7 (14%)	

Tỷ lệ xảy ra biến chứng ở nhóm trên 60 tuổi cao hơn nhóm dưới 60 tuổi, tương tự, ở nhóm có hút thuốc lá, có uống rượu, có bệnh mạn tính cao hơn nhóm không có.

3.3. Các yếu tố điều trị liên quan

Bảng 3.3. Các yếu tố điều trị liên quan

Yếu tố		n	Biến chứng	P
Giai đoạn	T1	38	5 (13,2%)	0,255
	T2	22	4 (18,2%)	
	T3	2	1 (50%)	
Cách thức phẫu thuật	Mở sụn giáp cắt dây thanh	24	5 (20,8%)	0,423
	Cắt thanh quản bán phần trên nhân	38	5 (13,2%)	
Nạo vét hạch cổ	Có	33	6 (18,2%)	0,246
	Không	29	4 (13,1%)	

Giai đoạn bệnh ảnh hưởng đến tỷ lệ xảy ra biên chứng, giai đoạn muộn xảy ra biến chứng nhiều hơn, tương tự phẫu thuật có nạo vét hạch cổ xảy ra biến chứng nhiều hơn nhóm không có.Ở nhóm phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh xảy ra biến chứng nhiều hơn nhóm cắt thanh quản bán phần ngang trên nhẫn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các biến chứng sau phẫu thuật. Các bệnh nhân UTTQ sau khi được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần được theo dõi chặt chẽ các biến chứng sau mổ. Trong 62 bệnh nhân phẫu thuật, chúng tôi thống kê được 10 trường hợp có biến chứng, chiếm tỷ lệ 16%, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Phúc với tỷ lệ biến chứng là 30%. Điều này có thể được giải thích do có sự tiến bộ của phẫu thuật, trang thiết bị hiện đại, công tác chăm sóc, thay băng vết mổ tốt, đồng thời kháng sinh điều trị tốt nên các biến chứng sau mổ giảm đi đáng kể.[3]

Nghiên cứu hồi cứu của Ganly và cộng sự (2009) trên 150 bệnh nhân cắt bán phần thanh quản do UTTQ bởi ung thư tế bào vảy được phẫu thuật từ 1984 đến 1998 cho thấy tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật với tỷ lệ 20% tổng số bệnh nhân phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thấp hơn có thể giải thích cùng với lý do như trên và số lượng bệnh nhân nghiên cứu ít hơn.[4]

Tác giả Đoàn Thị Hồng Nhật cũng nghiên cứu trên 42 bệnh nhân được cắt thanh quản bán phần kiểu Tucker cũng cho ra 1 trường hợp có biến chứng chảy máu. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể giải thích do 2 tác giả chỉ đi sâu vào 1 phương pháp phẫu thuật, và số lượng bệnh nhân ít hơn nên tỷ lệ biến chứng xảy ra ít hơn [5]

Biến chứng chảy máu là biến chứng nguy hiểm nhất, nhưng không thể trán khỏi, trong phẫu thuật cắt thanh quản bán phần, biến chứng chảy máu có thể gây máu tràn vào đường thở, bệnh nhân có thể tử vong nếu không xử lý đúng và kịp thời. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp biến chứng chảy máu xảy ra sau cắt thanh quản bán phần ngày thứ 1, bệnh nhân được chuyển thẳng lên phòng mổ cắt chỉ, mở lại hốc mổ, hút sạch máu đọng và máu đông, tìm được điểm chảy chỗ tĩnh mạch lưỡi, là nhánh tĩnh mạch cảnh trong, đốt điện cầm máu tĩnh mạch này, đóng lại hốc mổ, băng ép sau đó theo dõi bệnh nhân hết chảy máu vết mổ.

Biến chứng nhiễm trùng gặp ở 4 trường hợp (6,5%), các bệnh nhân sau mổ xuất hiện sưng nề vết mổ, chân canyl có mủ hôi, sau xuất hiện giả mạc, toàn thân sốt nhẹ. Các bệnh nhân được hội chẩn dùng phối hợp thêm các loại kháng sinh mạnh, băng ép tất cả đều đáp ứng điều trị, sau 3-5 ngày hết sưng nề, đều cắt chỉ vết mổ được trước khi ra viện.

Biến chứng tràn khí vùng cổ ngực gặp ở 4 trường hợp (6,5%), trong đó có 2 trường hợp tràn khí trong quá trình điều trị chưa rút canule và 2 trường hợp xuất hiện tràn khí sau khi rút canule. Các trường hợp này đều được băng ép, theo dõi sau ít ngày thấy mức độ tràn khí giảm xuống và hết trước khi bệnh nhân ra viện.

Biến chứng tụt tắc ống dẫn lưu gặp trong 1 trường hợp, bệnh nhân bị tụt ống dẫn lưu khi thay băng, có thể nguyên nhân do khâu cố định không chặt, bệnh nhân được xử lý đặt lại ống dẫn lưu, khâu cố định chắc chắn lại.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào rò ống họng và rò ống bạch huyết.

4.2. Các yếu tố dịch tễ liên quản. Về yếu tốt tuổi, chúng tôi chia ra làm hai nhóm chính, nhóm 60 tuổi trở xuống và nhóm trên 60 tuổi. Tỷ lệ biến chứng xảy ra ở nhóm 60 tuổi trở xuống là 11,7% ít hơn tỷ lệ biến chứng xảy ra ở nhóm 60 tuổi trở lên là 21,5%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,085>0,05). Có thể thấy rõ, với nhóm trên 60 tuổi thì khả năng xảy ra các biến chứng là cao hơn. Điều này có thể giải thích do nhóm tuổi cao có sức khỏe giảm sút nhiều hơn, tích lũy các yếu tố nguy cơ khác nhiều hơn nên dễ xảy ra biến chứng hơn.Trên nghiên cứu của Ganly và cộng sự vào 2009, tỷ lệ biến chứng nhóm 60 tuổi trở xuống là 21%,

nhóm trên 60 tuổi là 18%. Sự khác biệt này có thể giải thích là cỡ mẫu của nghiên cứu Ganly lớn hơn (n=150). Cần có các nghiên cứu khác về vấn đề này để kiểm chứng hơn.[4]

Có đến 52 trong số 62 trường hợp nghiên cứu có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào nhiều, trong số này có 9 trường hợp có xảy ra biến chứng chiếm 17,3%, có hơn nhóm không có tiền sử hút thuốc lá với 10%. Tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p= 0,565). Trên nhóm hút thuốc lá thì xuất hiện biến chứng nhiều hơn, điều đó khẳng định, hút thuốc lá không những là nguy cơ gây ung thư thanh quản hàng đầu mà còn dễ xảy ra biến chứng sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần hơn là nhóm không hút.Kết quả này cũng gần tương đồng với nghiên cứu của Ganly khi tỷ lệ biến chứng trên nhóm hút thuốc là 20% và trên nhóm không hút là 15%. [4]

Tỷ lệ xảy ra biến chứng ở nhóm bệnh nhân có tiền sử uống rượu là 18% so với 8,3% trên nhóm không uống rượu, khác biệt này không có ý nghĩa về thống kê (p = 0,414). Cùng với thuốc lá, uống rượu cũng là nguy cơ hàng đầu của bệnh ung thư thanh quản, ngoài ra nó cũng là yếu tố gây tăng tỷ lệ biến chứng trên bệnh nhân phẫu thuật cắt thanh quản bán phần. Trong số 62 trường hợp của nghiên cứu chúng tôi, chỉ có 12 trường hợp có bệnh lý nội khoa mạn tính phát hiện trước đó, chủ yếu là tăng huyết áp và đái tháo đường. Tỷ lệ xảy ra biến chứng trên nhóm này chiếm 25% so với 14% nhóm không có bệnh lý nền (p = 0,342).

Trên nghiên cứu của Ganly, tỷ lệ biến chứng ở nhóm có bệnh lý mạn tính là 18%, ở nhóm không có là 22%, khác biệt này có thể giải thích là trên nghiên cứu của Ganly có cỡ mẫu lớn hơn, và tỷ lệ các trường hợp có bệnh lý mạn tính cao hơn [4]

4.3. Các yếu tố điều trị liên quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ trên đối tượng ung thư thanh quản có cắt thanh quản bán phần, nên giai đoạn bệnh chủ yếu là T1 và T2, chỉ có 2 trường hợp T3 được lựa chọn phương pháp phẫu thuật này, đây hoàn toàn phù hợp với các chỉ định phẫu thuật được ưu tiên cho từng giai đoạn. Cụ thể, theo bảng 3.17, tỷ lệ biến chứng trên giai đoạn T1a là 15,8%, giai đoạn T1b là 10,5%, giai đoạn T2 là 18,2%, giai đoạn T3 là 50%. Có thể thấy, tỷ lệ xảy ra biến chứng ở nhóm T1 thấp hơn T2 và cao nhất ở T3, điều này có thể giải thích ở giai đoạn T1, chỉ định phẫu thuật chủ yếu là mở sụn giáp cắt dây thanh, biến chứng trên nhóm này chủ yếu là tràn khí, hay gặp sau rút canule, tổn thương khu trú hơn, vì vậy sau phẫu thuật để lại ít biến chứng hơn.

Nhóm T3 trong nghiên cứu chỉ có hai trường hợp, trong đó có 1 trường hợp xảy ra biến chứng tụt tắc ống dẫn lưu nên làm tỉ lệ đẩy cao.Kết quả này cũng gần tương đồng với tác giả Ganly khi thống kê ở số biến chứng ở giai đoạn T1 là 20%, T2 17% với T3 là 33%. Khác biệt ở giai đoạn T3 có thể giải thích vì cỡ mẫu của nghiên cứu chúng tôi ít, nên có sự chênh lệch tỉ lệ biến chứng ở giai đoạn T3 [4]

Trong khi đó, di chứng ở giai đoạn T1a là 5,3%, T1b là 10,5%, T2 là 40,9% và T3 là 50%. Ở giai đoạn T1, chỉ định phẫu thuật thường là mở sụn giáp cắt dây thanh chiếm tỉ lệ nhiều hơn, bệnh tích khu trú nên tỉ lệ để lại di chứng thấp hơn giai đoạn T2 và T3

Trong số 62 trường hợp của nghiên cứu chúng tôi, mở sụn giáp cắt dây thanh có 24 trường hợp trong đó tỉ lệ xảy ra biến chứng là 20,8% so với tỷ lệ 13,2% trên nhóm cắt thanh quản bán phần. Biến chứng hay gặp nhất của nhóm mở sụn giáp cắt dây thanh là tràn khí với 3 trường hợp, trong khi đó biến chứng hay gặp nhất của nhóm cắt thanh quản bán phần là nhiễm trùng với 2 trường hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nạo vét hạch cổ được thực hiện trên 33 trường hợp, có tỉ lệ biến chứng là 18,2%, không nạo vét hạch cổ trên 29 trường hợp, tỉ lệ biến chứng của nhóm này là 13,8%, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,246). So sánh với nghiên cứu của Ganly thì tỉ lệ biến chứng là 34% trên nhóm có nạo vét hạch và 12% trên nhóm không có nạo vét hạch. Khác biệt này có thể giải thích do cỡ mẫu của tác giả Ganly lớn hơn, và khoảng thời gian lấy các trường hợp nghiên cứu là từ 1984 đến 1998. Với sự phát triển của các kĩ thuật và máy móc, với kháng sinh chăm sóc sau mổ, nên có thể giải thích được tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi là ít hơn.

V. KẾT LUẬN

Trong 62 bệnh nhân ung thư thanh quản được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có 10 trường hợp xảy ra biến chứng sau phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 16,1% với với 1/62 BN có chảy máu (1,6%), 4/62 BN có nhiễm trùng vết mổ (6,5%), 4/62 BN có tràn khí (6.5%) và 1/62 trường hợp tụt tắc ống dẫn lưu (1,6%).

Các yếu tố dịch tễ như nhóm trên 60 tuổi, hút thuốc lá, uống rượu, có bệnh mạn tính làm tăng tỉ lệ xảy ra biến chứng.

Các yếu tố điều trị như bệnh ở giai đoạn muộn, cách thức phẫu thuật, nạo vét hạch cũng làm tăng tỷ lệ xảy ra biến chứng sau phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thế Anh (2019),** Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thanh quản trước và sau phẫu thuật, Đại học Y Hà Nội, Luận án Tiến sỹ Y học.
2. **Nocini R, Molteni G, Mattiuzzi C, Lippi G (2020).** Updates on larynx cancer epidemiology. Chin J Cancer Res.
3. **Nguyễn Đình Phúc.** Điều trị ung thứ thanh quản (Tổng kết 662 bệnh nhân của 54 năm 1955 đến 2008 tại bệnh viện Tai Mũi Họng TW). Tạp chí y học Việt Nam. Tháng 6 năm 2009: 53-57
4. **Ganly I P S, Matsuo J, et al., (2009).** "Analysis of postoperative complications of open partial laryngectomy". Head & Neck. , 31(33):338-345
5. **Đoàn Thị Hồng Nhật (2018),** Nhận xét kết quả phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhẫn tạo hình kiểu Tucker, Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ Y học.

VAI TRÒ CỦA NT-PROBNP HUYẾT THANH TRONG TIÊN LƯỢNG PHẪU THUẬT TIM BẨM SINH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Ngô Anh Vinh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị của nồng độ NT-ProBNP huyết thanh trong tiên lượng phẫu thuật tim bẩm sinh ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 80 trẻ được phẫu thuật tim bẩm sinh tại Bệnh Viện Nhi Trung Ương từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 7 năm 2019. Mô tả cắt ngang có so sánh.Xác định mối tương quan giữa nồng độ NT-ProBNP ở 2 thời điểm (trước phẫu thuật và 24 giờ sau phẫu thuật) với thời gian thở máy, thời gian nằm điều trị tích cực và thời gian dùng thuốc vận mạch khi trẻ được phẫu thuật. **Kết quả:** Nồng độ NT-proBNP huyết thanh trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 24 giờ có tương quan tuyến tính thuận và tương đối chặt chẽ với thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức tích cựcvà thời gian dùng thuốc vận mạch. **Kết luận:** NT-ProBNP huyết thanh có giá trị trong tiên lượng phẫu thuật tim bẩm sinh ở trẻ em.

Từ khoá: NT-ProBNP, tsrẻ em, tim bẩm sinh, phẫu thuật

SUMMARY

VALUE OF NATRIURETIC PEPTIDE TYPE B IN THE PROGNOSIS OF CONGENITAL HEART SURGERY IN CHILDREN AT THE VIETNAM NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Purpose: Researchvalue of NatriureticPeptide type B concentration in the prognosis of congenital heart surgery in children. **Subjects and study design:** 80 children suffered from congenital heart disease in the Vietnam National Hospital of Pediatricsfrom April 2018 to July 2019.Research of prospective, cross-sectional description with comparison.Determined correlationconcentration of NT-ProBNP before and after 24-hour surgery with the duration of treatment with inotropes, intensive care unit duration and mechanical ventilation duration. **Results:** The concentration of NT-ProBNP before and after 24-hour surgery had a positive linear correlation with the duration of treatment with mechanical ventilation,inotropes duration and intensive care unit duration. **Conclusion:** NT-ProBNP concentrationis significant in the prognosis of congenital heart surgery in children.

***Keyword*:** NT-ProBNP, children, congenital heart disease, surgery.

**Bệnh Viện Nhi trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh
Email: vinhinc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2020
Ngày duyệt bài: 3.12.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tim bẩm sinh là bệnh lý thường gặp ở trẻ em và chiếm khoảng 1% trẻ sơ sinh [1]. Tim bẩm sinh có thể để lại nhiều biến chứng nguy hiểm như suy tim, tăng áp phổi,… thậm chí tử vong nếu không phát hiện và điều trị kịp thời.

Ở Việt Nam, trong những năm gần đây phẫu thuật tim bẩm sinh đã có những tiến bộ vượt bậc giúp hạn chế được nhiều biến chứng do tim bẩm sinh gây ra. Tuy nhiên, việc đánh giá cũng như theo dõi, tiên lượngđiều trị phẫu thuật trẻ bị tim bẩm sinh vẫn còn khó khăn và phức tạp vì phụ thuộc vào các kỹ thuật thăm dò tim mạch với trang thiết bị hiện đại, trình độ chuyên môncao. Vì thế, trên thực tế cần có những phương pháp đánh giá cho kết quảnhanh chóng, dễ thực hiện và có thể tiến hành được thường xuyên là rất cần thiết với các bác sỹ tim mạch Nhi khoa.

Hiện nay, vai trò của Peptide lợi niệu natri typ B (NT-ProBNP) trong chẩn đoán và tiên lượng điều trị suy tim ở trẻ em cũng như ngườilớn đã được khẳng định và cho thấy có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu *"Nghiên cứu giá trị của nồng độ NT-ProBNP huyết thanh trong tiên lượng phẫu thuật tim bẩm sinh ở trẻ em".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ bị bệnh tim

bẩm sinh được chẩn đoándựa vào siêu âm tim và có chỉ định phẫu thuật.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ mắc các bệnh lý như: suy thận, bệnh nội tiết, bệnh nhiễm khuẩn nặng, viêm phổi, béo phì và thiếu máu nặng.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 7 năm 2019

- Địa điểm: khoa Cấp cứu-Chống độc, khoa Tim mạch, khoa Hồi sức tim mạch và khoa Hồi sức Ngoại tim mạch - Bệnh viện Nhi TW.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có so sánh. Mẫu được chọn theo phương pháp chọn thuận tiện.

3.2.Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân vào viện: Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm điện tâm đồ, Xquang tim phổi, siêu âm tim và định lượng nồng độ NT-ProBNP huyết thanh khi chưa thực hiện can thiệp điều trị gì.

- Phẫu thuật điều trị: Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật tim hở và sửa chữa toàn bộ. Định lượng nồng độ NT-ProBNP huyết thanh tại thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật. Chúng tôi xác định mối tương quan giữa nồng độ NT-ProBNP ở thời điểm trước phẫu thuật và 24 giờ sau phẫu thuật với thời gian thở máy, thời gian nằm điều trị tích cực và thời gian dùng thuốc vận mạch sau phẫu thuật.

4. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

1.1. Phân bố theo tuổi, giới

Bảng 1. Phân bố theo tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Giới, tuổi		n=80	%
Giới	Nam	42	52,5
	Nữ	38	47,5
Tuổi	< 1 tháng	18	22,5
	1 tháng đến <5 tuổi	55	69,7
	>5 tuổi	7	8,7
Tuổi (tháng) Trung vị (IQR)		10 (3 - 40)	

Nhận xét: - Tuổi: Trung vị (IQR) tuổi của nhóm tim bẩm sinh là: 10 (3 - 40) (tháng).

- Giới: trẻ nam chiếm 52,5%, nữ chiếm 47,5% và không có sự khác biệt về tỷ lệ giữa 2 giới (p >0,05).

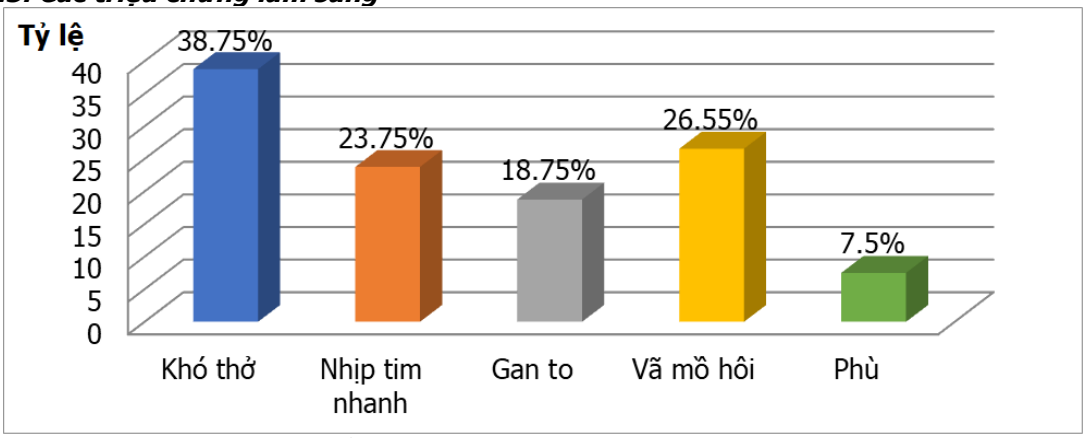
1.2. Phân loại các bệnh lý tim bẩm sinh

Bảng 2. Phân bố nhóm tim bẩm sinh

Nhóm bệnh	Các bệnh lý	n (%)
Shunt trái-phải (n=42)	Thông liên thất	21 (26,2%)
	Thông liên nhĩ	7 (8,7%)
	Thông sàn nhĩ thất	8 (610%)
	Còn ống động mạch	6 (7,5%)
Tim bẩm sinh tím (n=35)	Fallot IV	8 (10%)
	Chuyển gốc động mạch	7 (8,7%)
	Bất thường tĩnh mạch phổi	6 (7,5%)
	Thất phải 2 đường ra	6 (7,5%)
	Thân chung động mạch	4 (5%)
	Hội chứng thiểu sản thất trái	4 (5%)
Bệnh tim bẩm sinh khác (n=3)	Hở van 2 lá	3 (3,8%)
Tổng số		80 (100%)

Nhận xét: Nhóm tim bẩm sinh shunt trái - phải chiếm 52,5%, tim bẩm sinh tím chiếm 43,7% và các bệnh lý khác chiếm 3,8%.

1.3. Các triệu chứng lâm sàng



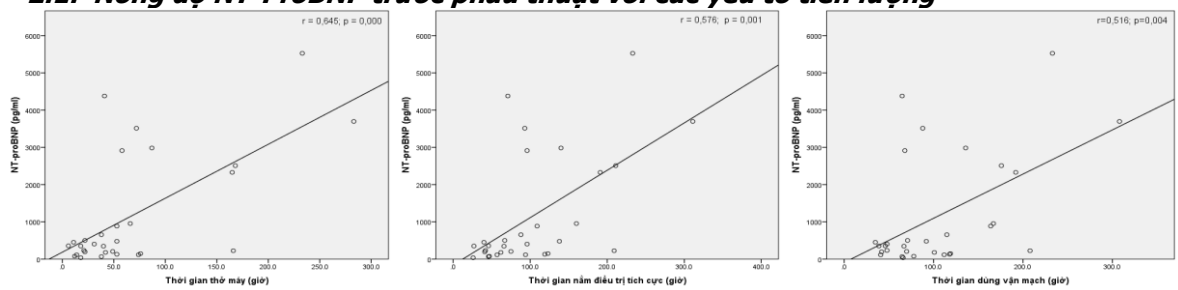
Biểu đồ 1. Các triệu chứng lâm sàng

Nhận xét: Khó thở và vã mồ hôi là các triệu chứng lâm sàng thường gặp chiếm 38,75% và

26,55%, trong khi đó dấu hiệu nhịp tim nhanh là 23,75% và gan to và phù chỉ gặp ở 18,75% và 7,5%% các trường hợp.

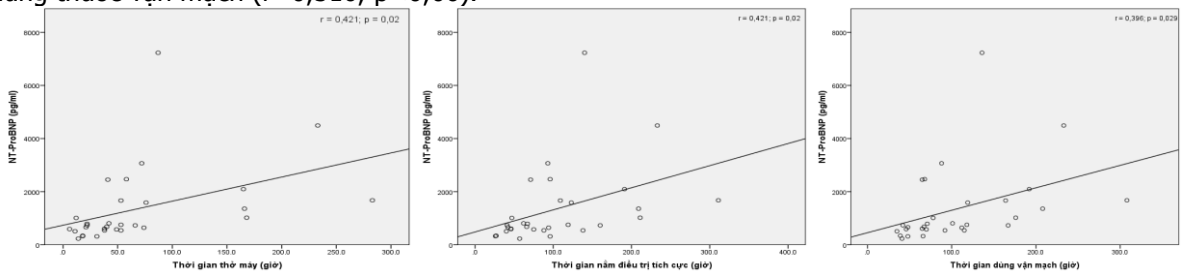
2. Giá trị của NT-ProBNP trong tiên lượng phẫu thuật tim bẩm sinh

2.1. Nồng độ NT-ProBNP trước phẫu thuật với các yếu tố tiên lượng



Biểu đồ 3. *Tương quan giữa nồng độ NT-ProBNP trước phẫu thuật* với các yếu tố tiên lượng

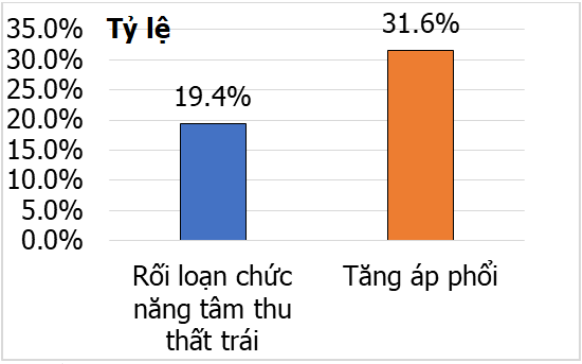
Nhận xét: Nồng độ NT-ProBNP trước phẫu thuật đều tương quan tuyến tính thuận chiều với thời gian thở máy (r= 0,645, p <0,001), thời gian nằm hồi sức tích cực (r= 0,576, p<0,001) và thời gian dùng thuốc vận mạch (r=0,516, p<0,06).



Biểu đồ 4. Tương quan giữa nồng độ NT-ProBNP thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật với các yếu tố tiên lượng

Nhận xét: Kết quả cho thấy nồng độ NT-ProBNP ở thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật tương quan tuyến tính thuận với thời gian thở máy (r= 0,421, p=0,02), thời gian nằm hồi sức tích cực (r= 0,394, p=0,031) và thời gian dùng thuốc vận mạch (r= 0,396, p=0,029).

1.4. Chức năng tâm thu thất trái và áp lực động mạch phổi



Biểu đồ 2. Chức năng tâm thu thất trái và áp lực động mạch phổi

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 19,4% trẻ có rối loạn chức năng tâm thu thất trái và 31,6% trẻ có tăng áp phổi khi đánh giá trên siêu âm tim.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

1.1.Tuổi, giới. Trong nghiên cứu, tuổi vào viện của nhóm suy tim có trung vị là 10 tháng, nhỏ nhất là 1 ngày, lớn nhất là 9 tuổi và chủ yếu gặp từ 1 tháng đến 5 tuổi, chiếm 69,7%. Về giới tính, tỷ lệ suy tim ở trẻ nam là 52,5%, nữ là47,5% và không có sự khác biệt giữa 2 giới (p >0,05) (Bảng 1).

1.2. Phân bố các nguyên nhân tim bẩm sinh. Nhóm tim bẩm sinh shunt trái - phải chiếm đa số (52,5%), nhóm tim bẩm sinh tím chiếm 43,7% trong đó dị tật tim gặp nhiều nhất là thông liên thất chiếm 26,2% (Bảng 2).Các bệnh lý tim bẩm sinh khác nhau sẽ có những chỉ định cũng như các phương pháp phẫu thuật khác nhau. Với những bệnh lý có shunt trái - phải nhiều sẽ có nguy cơ biến chứng tăng áp phổi.

1.3. Các đặc điểm lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, khó thở và vã mồ hôi là các triệu chứng lâm sàng thường gặp, xuất hiện với tỷ lệ 38,75% và 26,55% trẻ tim bẩm sinh, trong khi đó dấu hiệu nhịp tim nhanh là 23,75%, gan to và phù chỉ gặp ở 18,75% và 7,5% các trường hợp (Biểu đồ 1).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu vã mồ hôichủ yếu gặp ở trẻ dưới 1 tuổi. Đây là dấu hiệu do tình trạng suy tim và thay đổi lưu lượng chủ - phổido luồng shunt gây ra. Các nghiên cứu nước ngoài cũng cho thấy dấu hiệuăn/bú kém hoặc vã mồ hôi nhiều là dấu hiệu thường thường gặp ở trẻ bú mẹ bịtim bẩm sinh đặc biệt là những trẻ có suy tim hoặc tăng áp phổi [2],[3].

1.4. Chức năng tâm thu thất trái và áp lực động mạch phổi. Trong nghiên cứu chúng tôi, có 19,4% trường hợp có rối loạn chức năng tâm thu thất trái và 31,6% có tăng áp phổiđược đánh giá trên siêu âm tim (Biểu đồ 2). Đây cũng là các yếu tố liên quan đến tiên lượng của cuộc phẫu thuật. Những bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm thu thất trái và tăng áp phổi có thể có những nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật.

2. Giá trị của NT-ProBNP trong tiên lượng phẫu thuật tim bẩm sinh

2.1. Kết quả điều trị suy tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp phẫu thuật tim hở sửa chữa toàn bộ được thực hiện cho tất cả trẻ bị tim bẩm sinh.Kết quả điều trị ghi nhận trong 80 trẻ được phẫu thuật có 1 trẻ tử vong (chiếm 1,25%). Trường hợp tử vong do tim bẩm sinh là trẻ 1 ngày tuổi, được chẩn đoán trên siêu âm tim là sinh lý 1 thất, có tình trạng sốc khi vào viện và được chỉ định phẫu thuật cấp cứu. Tuy nhiên, trẻ đã tử vong sau khi phẫu thuật 3 ngày.

2.2. Tương quan giữa nồng độ NT-ProBNP trước phẫu thuật với các yếu tố tiên lượng phẫu thuật. Chúng tôi phân tích mối tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết thanh ở 2 thời điểm: trước và sau phẫu thuật 24 giờ với những nguy cơ biến chứng và diễn biến phức tạp ở giai đoạn sau khi phẫu thuật. Các yếu tố để đưa ra tiên lượng trong nghiên cứu này là: thời gian nằm điều trị tại đơn vị hồi sức, thời gian thở máy và thời gian dùng thuốc vận mạch. Đây là các thông số phản ánh mức độ phức tạp của phẫu thuật nên có giá trị trong tiên lượng kết quả điều trị.

Từ biểu đồ 3, chúng tôi nhận thấy nồng độ NT-ProBNP trước phẫu thuật đều có tương quan với các yếu tố tiên lượng trên. Cụ thể, nồng độ NT-ProBNP có tương quan tuyến tính thuận và tương đối chặt chẽ với thời gian nằm hồi sức tích cực (r=0,576, p<0,001). Tương tự, kết quả cũng cho thấy chỉ số này có tương quan với thời gian thở máy (r=0,645, p<0,001) và thời gian dùng thuốc vận mạch (r=0,516, p=0,01). Điều này chứng tỏ sự gia tăng của nồng độ NT-ProBNP trước phẫu thuật có vai trò tiên lượng mức độ phức tạp của cuộc phẫu thuật. Cùng với nhận định như chúng tôi, các nghiên cứu nước ngoài cũng chỉ ra rằng nồng độ NT-ProBNP trước phẫu thuật có giá trị tiên lượng điều trị phẫu thuật tim bẩm sinh ở trẻ em [3], [4], [5], [6].

Nghiên cứu của tác giả Ronal Walsh ở các trẻ bị tim bẩm sinh gồm thông liên thất và thông sàn nhĩ thất cho thấy nồng độ NT-ProBNP trước phẫu thuật có tương quan với mức độ phức tạp của phẫu thuật được đánh giá bằng thời gian chạy máy tim phổi (r = 0,529, p< 0,001) và liên quan với mức độ nặng của dị tật bẩm sinh hoặc mức độ quá tải thể tích của buồng tim. Ngoài ra, chỉ số này cũng tương quan với một số thông số tiên lượng sau phẫu thuật khác bao gồm thời gian thở máy (r = 0,445, p = 0,005), nhu cầu oxy được đo bằng FiO2 sau mổ 12 giờ (r = 0,445, p = 0,005), thời gian nằm viện (r = 0,487, p = 0,002) và thời gian nằm hồi sức tích cực (r = 0,435, p= 0,006). Khi phân tích hồi quy đa biến, tác giả nhận thấy nồng độ NT-ProBNP trước phẫu thuật là chỉ số có giá trị dự báo thời gian nằm điều trị tích cực (p = 0,02) và thời gian thở máy (p = 0,008) [3].

Nghiên cứu của tác giả Peter Gessler về giá trị tiên lượng của NT-ProBNP cũng đã chứng minh rằng chỉ số này trước phẫu thuật có tương quan với thời gian dùng thuốc vận mạch (r=0,56, p=0,003) và thời gian thở máy sau phẫu thuật (r=0,45, p=0047). Tác giả cho rằng, để đánh giá tiên lượng điều trị cần phải đánh giá chức năng tim sau phẫu thuật và đo cung lượng tim là phương pháp có giá trị nhất để đánh giá. Nhưng trên thực tế, đây lại là phương pháp không được thực hiện thường quy trong phẫu thuật tim nhi khoa. Vì thế theo tác giả, thời gian dùng và liều lượng thuốc vận mạch được sử dụng sau phẫu thuật cũng được xem là những thông số thay thế cho đánh giá chức năng tim nên có giá trị trong tiên lượng phẫu thuật [7]. Cuối cùng tác giả kết luận, nồng độ NT-proBNP trước phẫu thuật có liên quan đến kết cục phức tạp sau phẫu thuật nên đây là một chỉ số rất hữu ích trong phân tầng nguy cơ ở trẻ có phẫu thuật tim bẩm sinh.

2.3. Tương quan giữa nồng độ NT-ProBNP 24 giờ sau phẫu thuật với các yếu tố tiên lượng phẫu thuật. Theo biểu đồ4, kết quả đã cho thấy nồng độ NT-proBNP sau phẫu thuật 24 giờ có tương quan tuyến tính thuận với thời gian dùng thuốc vận mạch (r= 0,396, p<0,05), thời gian nằm hồi sức tích cực (r= 0,394, p=0,031) và thời gian thở máy (r= 0,421, p<0,05). Vì thế, nồng độ NT-ProBNP tăng cao ở thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật có giá trị dự

đoán cuộc phẫu thuật phức tạp và ngược lại.

Trong báo cáo của Rowan Walsh và cộng sự trên các trẻ bị tim bẩm sinh được phẫu thuật cũng đưa ra nhận định tương tự. Khi phân tích, tác giả nhận thấy nồng độ NT-ProBNP không tăng ngay lập tức sau chạy máy tim-phổi nhưng tăng cao và đạt đỉnh ở thời điểm 12 giờ đến 24 giờ sau phẫu thuật và vẫn giữ mức cao đáng kể sau 24 giờ đến 48 giờ (p< 0,0001) và sau 72 giờ (p< 0,005). Các kết quả cũng chỉ ra nồng độ NT-ProBNP ở thời điểm 12 giờ đến 24 giờ sau phẫu thuật có tương quan với thời gian chạy máy tim phổi (r =0,4, p = 0,01). Vì thế, tác giả cho rằng nồng độ NT-ProBNP ở thời điểm này có liên quan đến thời gian và mức độ phức tạp của cuộc phẫu thuật vì thời gian phẫu thuật được phản ánh qua thời gian chạy máy tim phổi. Ngoài ra, khi phân tích hồi quy đa biến tác giả cũng nhận thấy nồng độ đỉnh của NT-ProBNP sau phẫu thuật có giá trị dự đoán mức độ phức tạp của liệu pháp điều trị nội khoa sau phẫu thuật, được đánh giá bởi các thang điểm điều trị (p<0,05) [3].

Các nghiên cứu nước ngoài khác cũng đưa ra nhận định tương tự khi cho rằng định lượng nồng độ NT-ProBNP huyết thanh trước và ngay sau khi phẫu thuật là một phương pháp có giá trị trong phân tầng nguy cơ phẫu thuật cho trẻ bị tim bẩm sinh [3], [6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu giá trị nồng độ NT-ProBNP huyết thanh ở 80 trẻ em được phẫu thuật tim bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, kết quả cho thấy nồng độNT-ProBNP trước và sau phẫu thuật 24 giờ có giá trị trong tiên lượng phẫu thuật tim bẩm sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoffman JL, Kaplan S.** The incidence of congenital heart disease. J Am Coll Cardiol. 2002;39(12):1890-1900.
2. **Kantor P.F, Lougheed J, Dancea A, et al. (2013).** Presentation, diagnosis, and medical management of heart failure in children: Canadian Cardiovascular Society guidelines. Can J Cardiol, **29**(**12**), 1535–1552.
3. **Rowan Walsh,** Clark Boyer and Jared LaCorte (2008). N-terminal B-type natriuretic peptide levels in pediatric patients with congestive heart failure undergoing cardiac surgery. J Thorac Cardiovasc Surg, **135(1)**, 98–103.
4. **Hsu J.-H, Keller R.L, Chikovani O, et al (2007).** B-type natriuretic peptide levels predict outcome after neonatal cardiac surgery. J Thorac Cardiovasc Surg, **134**(**4**), 939–945.
5. **Pérez-Piaya M, Abarca E, Soler V, et al (2011).** Levels of N-terminal-pro-brain natriuretic peptide in congenital heart disease surgery and its value as a predictive biomarker. Interact Cardiovasc Thorac Surg, **12**(**3**), 461–466.
6. **Qu J, Liang H, Zhou N, et al (2017).** Perioperative NT-proBNP level: Potential prognostic markers in children undergoing congenital heart disease surgery. J Thorac Cardiovasc Surg, **154**(**2**), 631–640.
7. **Gessler P, Knirsch W, Schmitt B, et al (2006).** Prognostic value of plasma N-terminal pro-brain natriuretic peptide in children with congenital heart defects and open-heart surgery. J Pediatr, **148**(**3**), 372–376.
8. **Koch A, Kitzsteiner T, Zink S, et al (2007).** Impact of cardiac surgery on plasma levels of B-type natriuretic peptide in children with congenital heart disease.Int J Cardiol, **114**(**3**), 339–344.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI NẶNG NHIỄM ADENOVIRUS TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Mai Thùy[1], Tạ Anh Tuấn[2], Đậu Việt Hùng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu. Adenovirus là một trong những nguyên nhân gây viêm phổi nặng ở trẻ em với tỷ lệ tử vong cao. Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi nặng có nhiễm Adenovirus tại khoa ĐTTC bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả, các bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi nặng do nhiễm Adenovius tại khoa ĐTTC bệnh viện Nhi Trung ương sẽ được lấy vào nghiên cứu. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Từ tháng 11/2016 đến 06/2018 có 90 bệnh nhân (75 nam) đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó trẻ < 12 tháng tuổi chiếm 84,4%. Đa số trẻ đều cao trên 39^{0}C và kéo dài trên 7 ngày. Triệu chứng viêm long đường hô hấp trên 82,2%, triệu chứng đường tiêu hóa 40%, viêm kết mạc và phát ban trên da lần lượt là 16,7% và 8,9%. Suy hô hấp phải thở máy, gan to: 78,9%; 52,2%. SIRS, Sốc NK, suy đa tạng: 78,9%, 52,2%,

[1]*Trường Đại học Y Hà nội*
[2]*Bệnh viện Nhi Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Tạ Anh Tuấn
Email: drtuanpicu@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 7.12.2020

34,4%. Tăng số lượng bạch cầu: 32,2%, huyết sắc tố giảm: 72,2%. Rối loạn đông máu: 68,6%, CRP > 10mg/l: 80%; Procalcitonin> 0,05ng/l: 96,7%; protein < 55g/l: 50%; Albumin ≤ 35g/l: 74,4%, tăng GOT ≥ 100U/L: 53%. Giảm miễn dịch dịch thể: 29,4%; giảm miễn dịch tế bào: 84%. Xquang chủ yếu là thâm nhiễm từng đám tập trung và mờ lan tỏa hai phổi: 42,2% và 46,7%. Đồng nhiễm vi sinh vật cao: 43,3%; đồng nhiễm với CMV: 74,5%, với EBV: 22,2%. **Kết luận:** Tuổi mắc bệnh chủ yếu < 12 tháng, triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu với sốt cao và kéo dài.Tổn thương trên Xquang chủ yếu là mờ lan tỏa hai phổi và thâm nhiễm từng đám tập trung**,** hầu hết bệnh nhân có tăng procalcitonin và suy giảm miễn dịch tế bào. Tỷ lệ đồng bội nhiễm cao

Từ khóa: Adenovirus, trẻ em, viêm phổi

SUMMARY

CLINICALANDSUBCLINICAL CHARACTERISTICSOF SEVERE ADENOVIRUS PNEUMONIAIN ICU OF THE NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Aims: The purpose of this study was to describe the epidemiological clinical, subclinical characteristics of severe adenovirus pneumonia. **Methods**: We conducted a cross-sectional descriptive study of clinical paraclinical featureamongsevere adenovirus pneumoniaat the PICU of the National Children's Hospital. **Results:** from 11/2016 to 06/2018, we enrolled 90 (75 male) children with severe adenovirus pneumonia, 84,4% of patients under12 months. The most common symptoms were high fever of over 39^0C for more than 7 days, mean fever lasting time was 8,3 days, respiratory tract infection (82,2%), mechanical ventilatory requiment (78,9%), hepatomegaly (52,2%), SIRS (78,9%), sepsis shock (52,2%), multiple organ failure(34,4%). Some investigation showedleucocytosis (32,2%), low hemoglobin (72.2%), coagulation disorders (68,6%), CRP> 10mg/l (80%) Procalcitonin> 0.05 ng/l (96,7%), increasedGOT ≥ 100U/L(53%), low IgG, low CD4, low CD, low CD: 84%. X-rays are mainly concentred and diffuse infiltration: 42,2% and 46,7%. Co-infection rate was 43,3% including CMV (74,5%), EBV22,2%). **Conclusion:** Age of major morbidity is under 12 months, non specific clinical symptoms with longer lasting high fever, increased procalcitonin Chest X ray shows bilateral diffuse infiltration and concentred infiltration. Almost of patients have high procalcitoinin, low CD and co- infection

Keywords: Adenovirus, children, pneumonia, clinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh rất hay gặp ở trẻ em do nhiều nguyên nhân, tuy nhiên vi rút có thể chiếm tới 80 – 85% số căn nguyên ở trẻ em [1], trong đóAdenovirus là một trong những tác nhân chính [2] với tỷ lệ tử vong cao [3]. Trong những năm gần đây vấn đề lây nhiễm và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi do Adenovirus rất được quan tâm, đặc biệt tại các Đơn vị điều trị tích nơi điều trị cho nhiều bệnh nhân viêm phổi nặng có nhiễmAdenovirus với diễn biến lâm sàng rầm rộ, tiến triển nặng nhanh, tỷ lệ tử vong cao [4]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứunày với mục tiêumô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi nặng có nhiễm Adenovirus tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 90 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi nặng và rất nặngcó PCR Adenovirus(+) trong dịch đường hô hấpđang điều trị tại khoa ĐTTC bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 11/2016 đến 06/2018.

2.2.Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu có so sánh đối chiếu.

2.3. Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Giới và tuổi: Trẻ dưới 12 tháng tuổichiếm 84,4%; tuổi trung bình9,8 ± 8,5 tháng. Tỷ lệ nam/nữ = 5/1

- Nhiễm Adenoviruschủ yếu từ cơ sở y tế chiếm 56,7%.

- Bệnh nhân viêm phổi rất nặng chiếm chủ yếu chiếm 80%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

- Bệnh nhân chủ yếu sốt cao trên 39^0C (56,7%) và sốt kéo dài trung bình 8,3 ± 4,4 ngày và sốt trên 7 ngày chiếm tỷ lệ chủ yếu (60%).

- Bệnh nhân vào với triệu chứng viêm long đường hô hấp trên 82,2%. Triệu chứng đường tiêu hóa chiếm 40%. Ngoài ra có viêm kết mạc và phát ban trên da lần lượt là 16,7% và 8,9%. Một số đặc điểm khác được mô tả trong bảng 3.1

Bảng 3.1. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể		Số bệnh nhân (n=90)	Tỷ lệ %
Suy hô hấp	Không thở máy	19	21,1
	Thở máy	71	78,9
Gan to		47	52,2
SIRS		71	78,9
Sốc nhiễm khuẩn		47	**52,2**
Suy đa tạng (≥ 2 tạng)		31	34,4

3.2.2. Xét nghiệm công thức máu ngoại vi

-Hầu hết bệnh nhân có số lượng bạch cầubình thường (53,3%), chỉ có 32,2% bệnh nhân có tăng bạch cầu.

- BC trung tính và lympho trong giới hạn bình

thường: 71,1% và 67,8%.

- Bệnh nhân có huyết sắc tố < 10g% chiếm tỷ lệ khá cao 72,2%.

3.2.3. Xét nghiệm đông máu cơ bản. Có 68,6% bệnh nhân bị rối loạn đông máu. Trong đó APTT kéo dài > 37s chiếm tỷ lệ cao nhất (97,9%)

3.2.4. Đặc điểm sinh hóa máu

Bảng 3.2. Một số đặc điểm rối loạn sinh hóa máu khác

Chỉ số xét nghiệm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tăng CRP > 10 mg/l	72/90	80,0%
Tăng Procalcitonin > 0,05 ng/ml	87/90	96,7%
Protein ≤ 55g/l	45/90	50,0
Albumin ≤ 35 g/l	67/90	74,4
LDH > 450 U/l	25/27	92,6
Lactat > 2,5 mmol/l	24/79	30,4
GOT ≥ 100U/L	44/83	53,0
GPT ≥ 100 U/L	7/83	8,4
Ure ≥ 7,5mmol/l	3/81	3,7
Creatinin tăng cao so với tuổi	4/83	4,8

3.2.5. Tình trạng Oxy hóa máu (PaO_2/FiO_2) 24 giờ đầu nhập khoa. Có 81,3% bệnh nhân có tỷ lệ ôxy hóa máu thấp ở mức độ vừa và nặng (vừa 32,5% và nặng 48,8%).

3.2.6. Đặc điểm miễn dịch

-70,6% trường hợp có miễn dịch dịch thể bình thường. Giảm miễn dịch dịch thể chiếm 29,4%; trong đó giảm tỷ lệ IgG chiếm tỷ lệ cao nhất 75,0%.

-Có 84,0% trường hợp giảm miễn dịch tế bào. Trong đó giảm tế bào CD4 chiếm nhiều nhất 95,2%, tiếp đến là giảm CD3 73,8% và giảm CD8 61,9%.

3.2.7. X-Quang: Hình ảnh tổn thương trên Xquang chủ yếu là thâm nhiễm từng đám tập trung và mờ lan tỏa hai phổi chiếm tỷ lệ lần lượt là: 42,2% và 46,7%.

3.2.8. Tình trạng đồng nhiễm

-Tỷ lệ đồng nhiễm với vi sinh vật cao (43,3%). Đồng nhiễm với 1 loại vi sinh vật chiếm tỷ lệ cao nhất (40%), sau đó là đồng nhiễm với 2 loại (16,7%).

-Tỷ lệ đồng nhiễm với CMV cao nhất (74,5%), tiếp đến là đồng nhiễm với vi rút EBV và RSV chiếm tỷ lệ lần lượt là 22,2% và 16,0%.

-18,9% bệnh nhân cấy có vi khuẩn gây bệnh, trong đó hầu hết là nhiễm vi khuẩn thường gặp gây nhiễm khuẩn bệnh viện: nhiễm E. Coli nhiều nhất 12,2%; sau đó là Acinebacter 8,9%; trực khuẩn mủ xanh 5,5%; Klebsiella 5,5%.

IV. BÀN LUẬN

Từ 11/2016 đến 06/2018 có 90 bệnh nhân viêm phổi nặng có nhiễm Adenovirus với tuổi mắc bệnh trung bình là 9,8 ± 8,5 tháng tuổi, trong đó 84,4% dưới 12 tháng tuổi trẻ < 12 tháng, nghiên cứu Đào Minh Tuấn [5] cũng chỉ ra một kết quả tương đồng với trẻ dưới 12 tháng cũng chiếm ưu thế 76,8%. Do đặc điểm nghiên cứu là các bệnh nhân nhập khoa ĐTTC nên chỉ số oxy hóa máu thấp p/f, tổn thương phổi trên Xquang chủ yếu là hình ảnh mờ lan tỏa hai phổi chiếm 46,7%; tổn thương thâm nhiễm từng đám tập trung là 42,2%,nên có tới 78,9% bệnh nhân cần thông khí nhân tạo.Các đặc điểm lâm sang trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt so với nghiên cứu trên thế giới; hầu hết bệnh nhân đều sốt cao trên 39^0C và sốt kéo dài trên 7 ngày với triệu chứng viêm long đường hô hấp trên (82,2%), triệu chứng đường tiêu hóa (40%), ít gặp hơn là các triệu chứng về da và mắt [5],[6],[7]. Đặc điểm nổi bật trong nhóm nghiên cứu ngoài tình trạng viêm phổi nặng suy hô hấp cònkèm theo tình trạng có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) 78,9%, sốc nhiễm trùng (52,2%), gan to (52,2%), và suy đa tạng (34,4%). Điều này có thể doAdenovirus có ái lực với nhiều cơ quan, gây tổn thương tế bào gan và một số cơ quan khác, gây nên biểu hiện toàn thân nặng của Adenovirus. Mặc dù 53,3% bệnh nhân có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường với tính chất bạch cầu trung tính và lympho trong giới hạn bình thường (71,1%; 67,8%), nhưngcó tới 80% và 96,7%các bệnh nhân nhập khoa ĐTT có tăng các chỉ số nhiễm trùng như CRP và procalcitonin, kết quả này tương tự như nghiên cứu của Shih-Perng Cheng tại Đài Loan) [7].Mặt khác chúng tôi nhận thấy có tới 29,4% bệnh nhân có giảm miễn dịch dịch thể, trong đó giảm IgG chiếm 75,0%, 42 bệnh nhân chiếm 84% bị giảm miễn dịch tế bào, giảm tế bào CD4 chiếm tỷ lệ nhiều nhất 95,2%, tiếp đến là giảm tế bào CD3 73,8% và giảm CD8 là 61,9%, trong khi nghiên cứu của của M Zampoli (2017, Nam Phi) tỷ lệ suy giảm miễn dịch chỉ có 9,2%. Điều này lý giải tình trạng nhiễm trùng nặng ở bệnh nhân viêm phổi nặng có nhiễm Adenoviruslà và tỷ lệ đồng nhiễm với vi sinh vật khác khá cao (43,3%) ở nhóm bệnh nhân này trong đó đồng nhiễm với 1 loại vi sinh vật chiếm tỷ lệ cao nhất (40%), sau đó là đồng nhiễm với 2 loại vi sinh vật (16,7%). Đồng nhiễm với CMV là cao nhất 74,5% tiếp đó là với vi rút EBV và RSV lần lượt là 22,2% và 16%. Tình trạng đồng bội nhiễm các tác nhân vi sinh vật khác ở bệnh nhân

nhiễm Adenovirus cũng được chỉ ra trong các nghiên cứu; Susana Esposito (Italia, 2014)với một loại vi rút khác là 41%, với hai hoặc nhiều vi rút là 8,2%, Đào Minh Tuấn [5]. Tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi nặng nhiễm Adenovirus đồng nhiễm vi khuẩn gây bệnh khá cao (18,9%) trong đó hầu hết là vi khuẩn trong bệnh viện: đồng nhiễm với E.coli là nhiều nhất chiếm 12,2%, sau đó là bội nhiễm Acinetobacter là 8,9%; klebsiella và trực khuẩn mủ xanh đều là 5,5%. Những vi khuẩn trên là những loại đa kháng kháng sinh, khó điều trị và có thể là yếu tố tăng nặng của bệnh, có nguy cơ tử vong cao.

V. KẾT LUẬN

Tuổi mắc bệnh chủ yếu < 12 tháng, triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu với sốt cao và kéo dài. Tổn thương trên Xquang chủ yếu là mờ lan tỏa hai phổi và thâm nhiễm từng đám tập trung, hầu hết bệnh nhân có tăng procalcitonin và suy giảm miễn dịch tế bào

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jain S, Williams DJ, Arnold SR, et al.(2015).** Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. children.. N Engl J Med, 372:835.
2. **Cherry, R.D. Feigin, G.J. Demmler, et al. (2009).** Textbook of pediatric infectious diseases. 6th ed. WB Saunders, Philadelphia, 1843–1862.
3. **Chuang Yu, Chiu CH, Wong KS et al. (2003).** Severe adenovirus infection in children. Journal of Microbiology, Immunology, 36(1):37-40.
4. **Le Thanh Hai, Hoang Ngoc Thach, Ta Anh Tuan, et al. (2014).** Adenovirus Type 7 Pneumonia in Children Who Died from Measles-Associated Pneumonia, Hanoi, Vietnam.22(4):687-90.
5. **Đào Minh Tuấn, Nguyễn Thị Ngọc Trân. (2017).** Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của viêm phế quản phổi do Adenovirus tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2016 đến năm 2017.Y học thực hành tập 739- số 10.
6. **M Zampoli I, With Mukudd-Sablay, et al. (2017).** Adenovirus-associated pneumonia in South African children: Presentation, clinical course and outcome. University of Cape Town, South Africa Medical Journal. 107(2): 123-126
7. **Shih-Perng Chend, Yhu-Chering Huang d, Cheng-Hsun Chiu, et al. (2013).** Clinical features of radiologically confirmed pneumonia due to adenovirus in children. Clinical. Volume 56, Issue 1, Pages 7–12.
8. **Đào Minh Tuấn, Nguyễn Thị Ngọc Trân và cs. (2010).** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ở một số bệnh nhi viêm phế quản phổi do adenovirus tại bệnh viện nhi Trung Ương từ tháng 1/2010 – 6/2010. Y học thực hành, 739(10), 72- 75.

ĐÁNH GIÁ QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐÔNG CỨNG BẰNG VẬT LÝ TRỊ LIỆU KẾT HỢP BÀI TẬPCÓ KHÁNG TRỞ

Nguyễn Trung Trí[1], Vũ Thị Bích Hạnh[1,2]

TÓM TẮT

Viêm quanh khớp vai (VQKV) thể đông cứng[1] là bệnh thường gặp trong thực hành lâm sàng nội khoa nói chung và phục hồi chức năng nói riêng với tỷ lệ 2-5% dân số[2]. Bệnh ảnh hưởng rất lớn đến khả năng lao động, hoạt động và chất lượng cuộc sống của người bệnh mà hiện chưa có quy trình vận động trị liệu thống nhất. Do vậy, nghiên cứu này nhằm mục tiêu: 1)Đánh giá quy trình can thiệp vật lý trí liệu có kết hợp vận động kháng trở ở bệnh nhân (BN) VQKV thể đông cứng. Đây là nghiên cứu can thiệp có đối chứng, gồm 94 BN được điều trịbằng vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu (hồng ngoại, siêu âm trị liệu) với mục đích giảm đau và giải phóng tầm vận động khớp vai trong 2 tuần tại bệnh viện. Sau đó các bệnh nhân được chia làm 2 nhóm tập tại nhà trong 1 tháng: Nhóm chứng gồm 47 bệnh nhân chỉ tập theo tầm vận động khớp, còn nhóm nghiên cứu (cũng có 47 bệnh nhân) vừa tập theo tầm vận động khớp kết hợp các bài tập kháng trở nhẹ với tạ cho vai tay bên bệnh. Đánh giá kết quả theo thang điểm đau VAS, chức năng khớp vai theo Constant, và chất lượng cuộc sống - thang điểm SF36 ở 3 thời điểm: trước điều trị, sau điều trị 2 tuần và sau xuất viện 30 ngày. Kết quả cho thấy sau xuất viện, kết quả hai nhóm như nhau, nhưng sau 1 tháng tập tại nhà, ở nhóm nghiên cứu đạt kết quả tốt hơn về các tiêu chí đánh giá. Mức độ đau ở nhóm nghiên cứu cải thiện 4,08 ± 0,75 so với nhóm chứng là 3,5 ± 0,78 (p<0,05). Tương tự, cơ lực vai, điểm chức năng khớp vai Constant & Murley và chất lượng cuộc sống SF-36 sau xuất viện 30 ngày của nhóm nghiên cứu đều tốt hơn nhóm chứng (p<0,05).

Từ khóa: đông cứng khớp vai, vật lý trị liệu, vận động có kháng trở.

[1]*Trường Đại Học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Hà nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Trí
Email: trungtri.1.11@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 2.12.2020

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT'S PROTOCOL FOR FROZEN SHOULDER WITH PHYSIOTHERAPY COMBINED WITH MILD RESISTANCE EXERCISES

Abstract. Frozen shoulder [1] is a common disease in clinical practice of general medicine and rehabilitation, with the rate of 2-5% of the population [2]. It has a difficult impact on the working ability, activities and quality of life of the patient, while there hasn't been an effective unified treatment protocol. The objective of the study is to evaluate the effectiveness of treatment protocol in patients with frozen shoulder by physiotherapy combined with mild resistance exercises. It is a case-Control intervention study, with 94 patients had treated daily with infrared and ultrasound applications combined with physiotherapy exercises to release a pain and shoulder stiffness to gain a full range of motion (ROM) in 2 weeks in the HMURehabilitation Department. The patients had been divided into 2 groups: 1) The Control group consisting of 47 patients continued the ROM exercises, meanwhile 2) The Research group consisting of 47 patients had been carried out the ROM exercises and mild resistance exercises with weights about 2kg during 30days at home. Assessment by Visual Analogical Scale (VAS); the shoulder function scale Constant & Murley and Qualify of life scale SF-36 had carried out at 3 moments: before and after 2week treatment in hospital and 30days home training. The results showed a better results in Research group: pain had reduced to 4.08 ± 0.75 points in Research group in comparing with Control only to 3.5 ± 0.78 points (p <0.05). Similarly, the shoulder strength, Constant joint function score;Quality of life on the SF36 scale of the Study group had improved better than in Control group (p <0.05)with a self- exercise mild resistance at home at 1-month (on 45th day).

Keywords: exercise therapy, physiotherapy, frozen shoulder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

"Đông cứng" khớp vai, còn gọi viêm quanh khớp vai thể đông cứng thường xảy ra ở phụ nữ 40-60 tuổi, và khoảng 20-30% trường hợp bị đau cả hai vai. Các yếu tố nguy cơ của viêm quanh khớp vai thể đông cứng là bất động sau chấn thương, bệnh tim mạch hoặc Parkinson[3].

Hiện có rất nhiều phương pháp điều trị nội khoa viêm quanh khớp vai thể đông cứng như dùng thuốc chống viêm, tiêm khớp vai tại chỗ, xoa bóp bấm huyệt... Trong đó, vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu khớp vai được nhấn mạnh do hiệu quả giảm đau rõ rệt của nó và cải thiện chức năng khớp vai. Tuy nhiên, theo y văn trong và ngoài nước, hiện chưa có sự thống nhất trong chương trình vận động trị liệu khớp vai, chủ yếu là các kỹ thuật kéo giãn, di động, trượt khớp vàvận động thụ động. Các cơ chóp xoay vai thường bịyếu và co cứng, co ngắn, loạn dưỡng, gây đau kéo dài và đau nhiều về đêm, gây rối loạn giấc ngủ. Do vậy,chúng tôi đưa thêm bài tập có kháng trở nhẹ nhằm phục hồi cơ lực và cải thiện dinh dưỡng các cơ. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị VQKV thể đông cứng bằng vật lý trị liệu kết hợp vận động trị liệu, sau đó là các bài tập có kháng trở tại nhà cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 94 bệnh nhân được chẩn đoán VQKV thể đông cứng theo tiêu chuẩn của Neviaser được Điều trị tại khoa Phục Hồi Chức Năng Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 12-2019 đến tháng 8- 2020.

- Tiêu chuẩn chọn BN nghiên cứu: Bn trên 18 tuổi. Được chuẩn đoán VQKV thể đông cứng theo tiêu chuẩn của Neviaser. Tuân thủ quy trình điều trị và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN bị VQKV thứ phát (u phổi, sau chấn thương, đứt rách gân chóp xoay, viêm khớp do bệnh hệ thống hoặc calci hóa điểm bám gân, gãy xương... hay thể lực bệnh nhân không đáp ứng được chương trình tập.Bệnh nhân được chụp XQ thường quy, siêu âm khớp vai và cần thiết thì có cộng hưởng từ để chẩn đoán phân biệt.

- Quy trình điều trị

Giai đoạn 1 (15 ngày), thực hiện ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Hồng ngoại trị liệu: ngày chiếu một lần, mỗi lần 20 phút. Chiếu vùng vai bên bệnh của bệnh nhân.Siêu âm trị liệu: Siêu âm trị liệu với sóng siêu âm 1MHz, tỉ lệ xung 80 – 100%, cường độ 1 – 1,5 W/cm^2. Mỗi ngày siêu âm trị liệu 1 lần, mỗi lần 10 phút. Điều trị vùng quanh khớp vai bên bệnh.Vận động trị liệu: Bệnh nhân được KTV tập 45 phút /1 ngày bao gồm các bài tập vận động theo tầm vận động khớp, các bài tập vận động thụ động, di động khớp, kéo giãn và trượt khớp, tập chủ động, tập với dụng cụ theo hướng dẫn.

Giai đoạn 2: tập tại nhà 1 tháng. Mỗi ngày tập 2 lần, mỗi lần 30 phút

Nhóm chứng: tập các bài tập theo tầm vận động khớp chủ động và với dụng cụ như gậy, ròng rọc.Nhóm nghiên cứu: tập như nhóm chứng và kết hợp thêm các bài tập tầm vận động khớp vai với kháng trở là tạ từ 1,5-2kg, được huấn luyện khi điều trị ở bệnh viện.

- Đánh giá kết quả điều trị: Bệnh nhân được đánh giá vào ngày thứ 1, 15 và 45 của quá trình điều trị theo điểm đau VAS, thang điểm Constant và Murley AHG, và thang điểm chất lượng cuộc sống SF36.

Thang điểm Constant và A.H.G Murler được đánh giá tối đa 100 điểm với 7 mục chức năng được cho điểm từ xấu đến tốt với điểm tối đa như sau:

Điểm đau 15 điểm; hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày 20 điểm; dang vai 10 điểm; gấp vai 10 điểm; xoay ngoày vai 10 điểm; xoay trong vai 10 điểm; lực vai 25 điểm (1 điểm = 1 pound)

Mức độ chức năng khớp vai được đánh giá theo điểm Constant và A.H.G Murler như sau:

Kém <60 điểm/ trung bình 61-74 điểm/ khá 75-84 điểm/ tốt 85-94 điểm/ rất tốt 95-100 điểm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Cải thiện mức độ đau khớp vai: Thang đauVAS được chia từ 0-10 điểm. Mức độ 0 - không đau, 10 điểm là đau không chịu nổi.

Bảng 1: Mức độ cải thiện đau theo điểm đau VAS

Nhóm NC Thời điểm	Nhóm NC X ± SD	Nhóm chứng X ± SD	p
Ngày 1	4,74 ± 0,97	5,38 ± 0,82	> 0,05
Ngày 15	2,91 ± 0.88	3,48 ± 0,68	p_{15-1}> 0,05
Ngày 45	0,66 ± 0,63	1,68 ± 0,51	p_{45-15}= 0,022

Nhận xét: Bệnh nhân đều có mức độ cải thiện đau rõ rệt ở cả hai nhóm và không có sự khác biệt tại ngày thứ 15 điều trị tại viện. Sau1 tháng tiếp tục tập tại nhà (ngày thứ 45),ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện đau tốt hơn (p= 0,022)

3.2. Thay đổi về tầm vận động khớp vai

Bảng 2. Sự thay đổi về tầm vận động khớp vai.

	Nhóm chứng (n=47)			Nhóm Nghiên cứu (n=47)			p giữa 2 nhóm (ngày 45)
TVĐ	Ngày 1	Ngày 15	Ngày 45	Ngày 1	Ngày 15	Ngày 45	
Gấp (X±SD)	111,5 ±13,3	150,7 ±14,2	168,9 ±5,2	109,8 ±13,0	154,6 ±13,2	174,9 ±5,4	<0,05
Dang (X±SD)	101,5 ±13,2	142,5 ±14,2	167,7 ±5,8	98 ±15,5	143,1 ±15,0	167,7 ±5,8	<0,05
Xoay trong (X±SD)	71,8 ±7,7	82,6 ±4,7	87,8 ±2,1	67,8 ±9,9	82,0 ±5,4	88,1 ±2,7	>0,05
Xoay ngoài (X±SD)	58,5 ±7,8	77.1 ±5,9	83,3 ±4,1	60,0 ±9,6	76,3 ±6,8	84,4 ±4,1	>0,05
	p (ngày 45/1) <0,01			p (ngày 45/1) <0,01			

Nhận xét: - Tầm vận động khớp vai đều được cải thiện rõ rệt ở cả hai nhóm sau điều trị 15 ngày và 45 ngày so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

- So sánh sau 1 tháng BN tiếp tục tập tại nhà, thấy TVĐ khớp ở nhóm NC tốt hơn nhóm Chứng ở động tác dạng và gấp một cách có ý nghĩa, với (p<0,05)

3.3. Chức năng khớp vai theo điểm Constant

Bảng 3. Thay đổi chức năng khớp vai theo thang điểm Constant

Các thời điểm	Nhóm NC	Nhóm chứng	p
Ngày 1	48,9 ± 5,3	49,0 ± 4,6	p > 0,05
Ngày 15	68,9 ± 5,2	67,6 ± 7,3	p > 0,05
Ngày 45	84,2 ± 4,1	78,7 ± 1,9	p<0,05
p	<0,01	<0,01	

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị, cả hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt về chức năng khớp vai (p<0,01). Sau 1 tháng tự tập tại nhà (thời điểm 45 ngày), nhóm nghiên cứu có sự cải thiện về chức năng khớp vai tốt hơn so với nhóm chứng (p<0,05).

3.4. Thay đổi mức độ chức năng khớp vai theo Constant và A.H.G Murler

Bảng 4: Thay đổi mức độ chức năng khớp vai sau điều trị theo phân loại Constant và A.H.G Murler

Chức năng khớp vai	Nhóm NC (n=47)		Nhóm chứng (n=47)	
	n	%	n	%
Tốt	22	46,8	0	0
Khá	25	53,2	47	100
Tổng	**47**	**100**	**47**	**100**

Nhận xét: Trước giai đoạn điều trị cả 94 BN đều có điểm chức năng khớp vai được xếp vào nhóm kém. Sau điều trị nhóm NC có 22 BN (46,8%) cải thiện lên mức độ tốt, 25 BN (53,2%) cải thiện lên mức khá. Nhóm chứng cả 47 BN đều cải thiện lên mức khá. Nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện về mức độ chức năng khớ vai tốt hơn hẳn nhóm chứng.

3.5. Cơ lực khớp vai sau điều trị

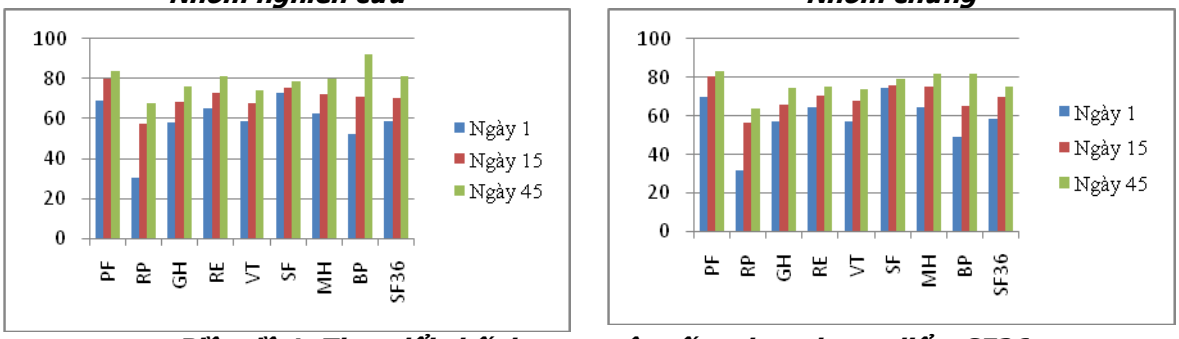
Bảng 5.Thay đổi về cơ lực khớp vaitrước và sau điều trị

Nhóm BN Các thời điểm	Nhóm NC X ± SD	Nhóm chứng X ± SD	p
Ngày 1	4,46 ± 1,10	4,48 ± 1,08	P > 0,05
Ngày 15	8,49 ± 1,40	8,4 ± 1,17	P > 0,05
Ngày 45	14,14 ± 1,78	11,29 ± 1,10	P < 0,01
p	P < 0,01	P < 0,01	

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị, cả hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt về cơ lực khớp vai (p<0,01). Sau 1 tháng tự tập tại nhà (thời điểm 45 ngày), nhóm nghiên cứu có sự cải thiện về cơ lực khớp vai tốt hơn so với nhóm chứng (p<0,05).

3.6. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

Nhóm nghiên cứu ***Nhóm chứng***



Biểu đồ 1: Thay đổi chất lương cuộc sống theo thang điểm SF36

(PF: sức khỏe thể chất, RP: hạn chế sức khỏe thể chất, GH: sức khỏe chung, RE: hạn chế sức khỏe tinh thần, VT: năng lượng sống, SF: chức năng xã hội, MH: chức năng tâm lý, BP: đau, SF36: tổng điểm chất lượng cuộc sống SF36)

Nhận xét biểu đồ: Cả hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt về chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị (p<0,05). Nhóm NC có sự cải thiện tốt hơn ở 3 mục:"sự hạn chế sức khỏe thể chất, "tổng điểm điểm SF36", "sự cải thiện đau" (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

+ Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Tuổi: Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 55,02±11,36 hay gặp ở nhóm tuổi 50-60. Đây là tuổi có sự thoái hóa của các tổ chức, đặc biệt là cơ và gân của các cơ chóp xoay của khớp vai, bó dài cơ nhị đầu và bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai. Mặt khác, ở độ tuổi này còn chịu nhiều hoạt động tác động mạnh vào khớp vai -là tác nhân vi chấn thương, một yếu tố gây VQKV.

Giới: 29,8% BN là nam giới 70,2% BN là nữ giới. Điều này phù hợp với việc nữ giới là một yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc VQKV thể đông cứng [4]. Thời gian mắc bệnh: Trung bình là 2,4±2 tháng. Hầu hết các bệnh nhân đều có thời gian mắc bệnh trên 1 tháng. Điều đó cho thấy VQKV thể đông cứng là một bệnh rất dai dẳng và ảnh hưởng đến bệnh nhân lâu dài.

Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: Hầu hết các bệnh nhân đều có mức độ đau cao khi vận động khớp vai (VAS trung bình 5,06 ± 0,95). Hầu hết bệnh nhân hạn chế vận động khớp vai và chức năng khớp vai ở tất cả các động tác với điểm chức năng khớp vai theo Constant trung bình là 48,96 ± 4,96 (ở mức kém)

+ Kết quả điều trị:

- Thay đổi mức độ đau: Sự cải thiện mức độ đau được chúng tôi lượng hóa theo thang điểm VAS, điểm đau của bảng điểm chức năng khớp vai Constant và A.H.G Murler, điểm đau trong bộ câu hỏi SF36. Trong 94 bệnh nhân được điều trị, điểm đau đều cải thiện rõ rệt sau 15 ngày điều trị vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu (p<0,01).Sau giai đoạn 2 nhóm nghiên cứu có tập luyện thêm các bài tập tầm vận động khớp vai với tạ nhẹ có mức độ cải thiện đau tốt hơn nhóm chứng (4,08 ± 0,75 so với 3,5 ± 0,78 p< 0.05). Việc tập tạ giúp gia tăng tầm vận động vai ở cuối tầm và phục hồi sức cơ của vai. Tương tự NC của chúng tôi, Nguyễn Hữu Huyền và Võ Xuân Nội [5] thấy vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu giúp cải thiện đau và tầm vận động khớp vai tốt hơn đáng kể so với vật lý trị liệu đơn thuần. Còn Derya Celik 2010 [6] kết hợp các bài tập sức mạnh cơ khớp vai cũng cho kết quả giúp

cải thiện đau và tầm vận động khớp đáng kể so với chương trình tập vận động trị liệu và vật lý trị liệu đơn thuần.

- Thay đổi chức năng khớp vai và chất lượng cuộc sống: Trước điều trị cả hai nhóm bệnh nhân đều có điểm trung bình chức năng khớp vai ở mức kém (<50 điểm). Sau điều trị cả hai nhóm đều có sự cải thiện tốt về chức năng khớp vai với nhóm nghiên cứu có điểm trung bình 84,2 ± 4,1 và nhóm chứng là 78,7 ± 1,9, sự khác biệt giữa 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Chúng tôi vẫn duy trì các bài tập kéo giãn trong ngưỡng đau của BN và thấy đạt kết quả tốt, tương tự như tác giả Diercks et al[7]. Khi so sánh chương trình tập tích cực gồm tập chủ động và thụ động kết hợp kéo giãn trên giới hạn đau so với tập trong ngưỡng đau, thấy bài tập trong giới hạn đau thì đạt được chức năng và tốc độ hồi phục tốt hơn so với tập tích cực và kéo giãn thụ động. Ngược lại, theo tác giả Vermeulen[8], kỹ thuật vận động ngưỡng cao (vượt quá giới hạn chịu đau của BN) thì đạt hiệu quả tốt hơn về cải thiện tầm vận động và chức năng so với vận động ngưỡng thấp (trong giới hạn đau). Johnson và CS.[9] so sánh vận động trượt khớp phía trước và phía sau. Tác giả kết luận rằng kỹ thuật vận động khớp trực tiếp phía sau thì hiệu quả hơn so với vận động trực tiếp phía trước về cải thiện xoay ngoài sau ba liệu trình điều trị. Chất lượng cuộc sống của cả hai nhóm đều có sự cải thiện rõ ràng sau 2 giai đoạn điều trị (p<0,01). Và nhóm nghiên cứu có sự cải thiện tốt hơn. Với điểm trung bình 80,7 ± 4,4 ở nhóm nghiên cứu, 76,6 ± 3,3 ở nhóm chứng (p<0,05).

Một NC hồi cứu của Jewell DV và CS năm 2009 gồm 2000 BN bị đông cứng khớp vai thấy cả kỹ thuật tập khớp vai bằng tay và tự tập tại nhà bằng bài tập kiểu kéo giãn đều hiệu quả trong ĐCKV. Leung et al, tiến hành một NC ngẫu nhiên có đối chứng thấy nhiệt sâu kết hợp tập kéo giãn có hiệu quả giảm đau và cải thiện được chức năng sinh hoạt hàng ngày về TVĐ khớp tốt hơn so với nhiệt nông.

- Cải thiện lực vai: Sau 2 giai đoạn điều trị cả hai nhóm có sự cải thiện rõ rệt về lực vai (p<0,01), nhóm nghiên cứu có sự cải thiện trung bình 9,68 ± 1,7 về lực vai tốt hơn so với nhóm chứng trung bình 6,8 ± 1,07 (p<0,05). Lực vai là một yếu tố rất quan trọng trên bệnh nhân VQKV vì nó ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng hoạt động của khớp vai, sự ổn định khớp.

Từ kết quả NC, chúng tôi cho rằng cần bổ sung bài tập này vào phác đồ điều trị ĐCKV. Chúng tôi thấy ít tác giả đề cập đến bài tập có kháng trở cho các cơ khớp vai sau khi kéo giãn, ngoại trừ tác giả Neviaser.Neviaser AS và CS năm 2010 trong NC tổng kết đã đề xuất quy trình điều trị ĐCKV theo giai đoạn. Ở giai đoạn 1, cần điều trị giảm đau bằng tiêm khớp corticoids, lạnh trị liệu, kháng viêm, điện xung kích thích qua da. Ở giai đoạn 2, cần giảm thiểu dính khớp bằng các bài tập theo TVĐ nhẹ nhàng và tự tập tại nhà. Giai đoạn 3 và 4, cần thực hiện kéo giãn cường độ cao. Khi đã hồi phục được TVĐ sẽ tiến hành tập mạnh các cơ của chóp xoay. Như vậy, tập mạnh cơ của chóp xoay sau khi giải phòng TVĐ khớp vai sẽ góp phần phục hồi hoàn toàn chức năng khớp vai, giúp giảm đau và tăng được TVĐ khớp trong chương trình tập tại nhà.

V. KẾT LUẬN

- Phối hợp siêu âm, hồng ngoại và tập kéo giãn trong ngưỡng chịu đau, giúp cải thiện đau, tăng được sức mạnh cơ và cải thiện được TVĐ khớp, và chức năng khớp vai ở cả hai nhóm (p<0,01)

- Sau khi "giải phóng" được khớp vaikhỏi tình trạng dính và đông cứng, cho BN tập bài tập có kháng trở với tạ nhẹ (1,5-2kg) tại nhà, sẽ cải thiện đau, lực vai và chức năng khớp vai, chất lượng cuộc sống tốt hơn tập tầm vận động khớp thông thường (p<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **T. N. Ân,** "" Viêm quanh khớp vai", Bệnh khớp," Nhà Xuất Bản Y Học, pp. 334-344, 1999.
2. **T. A. Prestgaard, K. Fields, and J. Grayzel,** "Frozen shoulder (adhesive capsulitis)," Retrieved January, vol. 10, no. 2012, pp. 1-27, 2012.
3. **G. Cameron,** "The cause of shoulder pain-frozen shoulder and shoulder pain," Newsletter, 2005.
4. **T. K. Jain and N. K. Sharma,** "The effectiveness of physiotherapeutic interventions in treatment of frozen shoulder/adhesive capsulitis: a systematic review," Journal of back and musculoskeletal rehabilitation, vol. 27, no. 3, pp. 247-273, 2014.
5. **N. H. H. v. V. X. Nội,** "đánh giá hiệu quả điều triviêm quanh khớp vai thể đông cứng nghẽn tắc bằng vật lý trị liệu kết hợp tập vận động.," 2009.
6. **D. Celik,** "Comparison of the outcomes of two different exercise programs on frozen shoulder," Acta orthopaedica et traumatologica turcica, vol. 44, no. 4, pp. 285-292, 2010.
7. **G. M. D'Orsi, A. G. Via, A. Frizziero, and F. Oliva,** "Treatment of adhesive capsulitis: a review," Muscles, ligaments and tendons journal, vol. 2, no. 2, p. 70, 2012.
8. **H. M. Vermeulen, P. M. Rozing, W. R. Obermann, S. Le Cessie, and T. P. Vliet Vlieland,** "Comparison of high-grade and low-grade mobilization techniques in the management of adhesive capsulitis of the shoulder: randomized controlled trial," Physical therapy, vol. 86, no. 3, pp. 355-368, 2006.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KẾT HỢP SÓNG XUNG KÍCH TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM LỒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY

Trịnh Minh Tú*, Phạm Văn Minh**

TÓM TẮT

Viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay là một hội chứng phổ biến do sử dụng quá mức gân cơ duỗi cẳng tay. Bệnh thường diễn tiến mạn tính, thoái hóa, xơ hóa gân duỗi ảnh hưởng nhiều đến lao động và sinh hoạt. Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của liệu pháp sóng xung kích khi kết hợp với siêu âm điều trị và bài tập vận động trong điều trị viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp tiến cứu có nhóm chứng, so sánh trước và sau quá trình điều trị giữa 2 nhóm. Nhóm chứng (38 bệnh nhân) điều trị bằng sóng siêu âm và bài tập vận động. Nhóm nghiên cứu (38 bệnh nhân) điều trị bằng sóng siêu âm và bài tập vận động, kết hợp với sóng xung lích. Kết quả và kết luận: Cải thiện mức độ đau giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu bằng thang VAS và tự lượng giá trong sinh hoạt hàng ngày bằng thang PRTEE sau điều trị 30 ngày lần lượt 4,93±1,17, 6,29±1,03 và 47,96±3,26, 60,69±2,99. Có sự cải thiện về điểm đau VAS và điểm PRTEE trung bình ở nhóm nghiên cứu cao hơn ở nhóm chứng sau 30 ngày điều trị với p<0,001.

Từ khóa: Kết quả điều trị, sóng xung kích, viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULT OF COMBINING SHOCKWAVES IN TREATMENT OF LATERAL EPICONDYLITIS

Lateral epicondylitis is a common syndrome caused by excessive use of the tendon muscles stretching the forearm. The disease is often chronic, degenerative, tendon fibrosis, which affects labor and daily life. Objectives: To evaluate the effectiveness of shockwave therapy when combined with therapeutic ultrasound and motor exercises in the treatment of lateral epicondylitis. Subjects and research methods: Using controlled intervention research method, comparing before and after treatment between 2 groups. Control group (38 patients) treated with ultrasound and motor exercises. Study group (38 patients) treated with ultrasound and motor exercises, in combination with shockwave. Results and conclusions: Improve the pain level between the control group and the study group by the VAS scale and the self-evaluation scale for daily activities by the PRTEE after 30 days treatment respectively 4.93 ± 1.17; 6,29 ± 1.03 and 47.96 ± 3.26; 60.69 ± 2.99. There was an improvement in VAS pain score and average PRTEE score in the study group was higher than the control group after 30 days of treatment with p <0.001.

Key word: Results of treatment, shockwave, lateral epicondylitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay là một bệnh lý gặp nhiều ở chi trên với tỷ lệ trung bình 1-3%/năm, là viêm gân cơ duỗi cẳng tay. Triệu chứng chính là đau tại lồi cầu ngoài xương cánh tay, nơi bám đầu xa gân duỗi chung [1,2].

Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau như tiêm corticosteroid tại chỗ, điều trị bằng tia laser, siêu âm, sóng ngắn, bài tập vận động, thuốc NSAID, phẫu thuật… tuy nhiên không có phương pháp nào cải thiện bệnh hoàn toàn.

Siêu âm có tác dụng nhiệt đến các mô nhỏ và sâu dễ dàng hơn so với các tác dụng nhiệt nông thường dùng. Tác dụng này được áp dụng chủ yếu để điều trị các mô viêm và đau gân, túi thanh dịch, cơ, giúp kháng viêm, giảm đau [3]. Bài tập vận động kéo dãn và tập mạnh cơ giúp các cơ được co giãn chủ động làm tăng tuần hoàn, dinh dưỡng, giảm trạng thái căng cứng, mỏi mệt của cơ và làm mạnh cơ, giúp các khớp tăng tiết dịch, giúp bôi trơn khớp và giảm quá trình thoái hóa [4]. Sóng xung kích kích thích sự lành mô mềm, ức chế thụ cảm thể đau, giúp tân sinh mạch máu tại chỗ nối gân - xương qua sự phóng thích các yếu tố tăng trưởng và các chất khác.

Có nhiều nghiên cứu về kết quả điều trị của sóng xung kích với kết quả trái ngược nhau. Do đó dùng sóng xung kích trong điều trị viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay còn gây tranh cãi. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *"Đánh giá hiệu quả của liệu pháp sóng xung kích khi phối hợp với siêu âm điều trị và bài tập vận động trong điều trị viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 76 bệnh nhân được tiến hành điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Chỉnh hình và phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 08/2019 đến tháng 06/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm

**Bệnh viện Chỉnh hình và Phục hồi chức năng TP HCM*
***Trường Đại học Y Hà Nội.*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh
Email: pvminhrehab@yahoo.com
Ngày nhận bài: 28.9.2020
Ngày phản biện khoa học: 2.11.2020
Ngày duyệt bài: 23.11.2020

lồi cầu ngoài xương cánh tay

- Tuổi từ đủ 18 trở lên.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ nguyên tắc điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân dùng thuốc giảm đau kết hợp, tiêm corticoid trước đó.
- Tổn thương da tại vùng điều trị, rối loạn đông máu, viêm khớp khuỷu, viêm đa khớp, có thai, nhiễm trùng, u, gãy xương tại vùng điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp tiến cứu có nhóm chứng, so sánh trước và sau quá trình điều trị giữa 2 nhóm.

76 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nhóm chứng và nhóm nghiên cứu (38 bệnh nhân/nhóm). Một đợt điều trị kéo dài 30 ngày.

2.2.2. Quy trình điều trị

- Nhóm chứng điều trị bằng siêu âm sau đó tập bài tập vận động 1 lần/ngày.
- Nhóm nghiên cứu điều trị bằng siêu âm sau đó tập bài tập vận động 1lần/ngày và kết hợp với sóng xung kích 1lần/tuần.

Siêu âm bằng máy ITO EU-940, cường độ 1,2W/cm, xung ngắt quãng, tần số 3MHz 10 phút/ lần/ngày, 5 lần/ tuần, 22 lần/đợt điều trị .

Máy xung kích BTL-5000 SWT (BTL Anh quốc), số shock 2000, năng lượng 0,4mJ/mm^2, áp lực 2,5bar, tần số 15Hz, thời gian 3 phút/ lần/ tuần, 5 lần/đợt điều trị.

Bài tập vận động bệnh nhân tự thực hiện sau khi được hướng dẫn với 5 động tác, 20 bước [5], thời gian mỗi lần tập 10-15 phút, mỗi ngày 1 lần, 5 lần/tuần, 22 lần/đợt điều trị.

2.2.3. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả nghiên cứu. Lượng giá mức độ đau bằng thang điểm nhìn Visual Analogue Scale (VAS) [4], chức năng SHHN được lượng giá theo các câu hỏi tự đánh giá Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE) [3].

2.2.4. Thời điểm đánh giá. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả trước điều trị, sau 7 ngày và sau 1 tháng điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Giới tính đối tượng nghiên cứu

Giới tính	Nhóm chứng		Nhóm nghiên cứu		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Nam	20	52,6	17	44,7	0,879
Nữ	18	47,4	21	55,3	
Tổng	**38**	**100**	**38**	**100**	

Nhận xét: Nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: nhóm chứng 38 bệnh nhân, gồm 20 nam (52,6%), 18 nữ (47,4%), nhóm nghiên cứu 38 bệnh nhân gồm 17 nam (44,7%), 21 nữ (55,3%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về giới giữa 2 nhóm.

Bảng 3.2. Đặc điểm đau, chức năng SHHN trước điều trị

Thang điểm	Nhóm chứng (X ± SD)	Nhóm nghiên cứu (X± SD)	P
Điểm VAS trung bình	8,00 ± 0,65	8,15 ± 0,63	0,136
Điểm PRTEE trung bình	71,69 ± 4,86	71,91 ± 4,79	0,778

Nhận xét: Sự khác biệt về điểm đau VAS trung bình, điểm PRTEE trung bình giữa 2 nhóm trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3.3. Điểm đau trung bình VAS sau 7 ngày điều trị

Nhóm / Điểm	Nhóm chứng			Nhóm nghiên cứu			P
	($\overline{X}$ ±SD)	($\overline{X}$ ±SD)	p1	($\overline{X}$ ± SD)	($\overline{X}$ ± SD)	p2	
Điểm đau trung bình	8±0,65	6,5±0,82	0,000	8,15±0,63	5,39±1,22	0,000	0,000
Số điểm giảm	1,5±0,73			2,76±0,92			

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, điểm đau VAS trung bình ở cả hai nhóm đều giảm rõ (p < 0,001), nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn so với nhóm chứng.

Bảng 3.4. Điểm đau trung bình VAS sau 30 ngày điều trị

Nhóm / Điểm	Nhóm chứng			Nhóm nghiên cứu			P
	($\overline{X}$ ±SD)	($\overline{X}$ ± SD)	p1	($\overline{X}$ ± SD)	($\overline{X}$ ± SD)	p2	
Điểm đau trung bình	8±0,65	3,07±1,69	0,000	8,15±0,63	1,86±1,4	0,000	0,000
Số điểm giảm	4,93±1,17			6,29±1,03			

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị, điểm đau VAS trung bình ở cả hai nhóm đều giảm rõ so với trước điều trị (p< 0,001), trong đó ở nhóm nghiên cứu, điểm đau trung bình giảm nhiều hơn so với nhóm chứng với p< 0,001.

Bảng 3.5. Điểm chức năng SHHN (PRTEE) trung bình sau 7 ngày điều trị

Điểm \ Nhóm	Nhóm chứng			Nhóm nghiên cứu			P
	($\bar{X}$ ± SD)	($\bar{X}$ ± SD)	p1	($\bar{X}$ ±SD)	($\bar{X}$ ± SD)	p2	
Điểm PRTEE trung bình	71,69 ±4,9	58,75 ±8,2	0,000	71,9 ±4,8	46,1 ±1,2	0,000	0,000
Số điểm giảm	12,94 ± 6,51			25,77 ± 2,98			

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, điểm PRTEE trung bình ở cả hai nhóm đều giảm so với trước điều trị (p < 0,001). Kết quả điểm PRTEE ở nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn so với nhóm chứng.

Bảng 3.6. Điểm chức năng SHHN (PRTEE) trung bình sau 30 ngày điều trị

Điểm \ Nhóm	Nhóm chứng			Nhóm nghiên cứu			P
	($\bar{X}$ ± SD)	($\bar{X}$ ± SD)	p1	($\bar{X}$ ± SD)	($\bar{X}$ ± SD)	p2	
Điểm PRTEE trung bình	71,7±4,9	23,7±1,67	0,000	71,9 ±4,8	11,2 ±1,2	0,000	0,000
Số điểm giảm	47,96±3,26			60,69±2,99			

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị, điểm PRTEE trung bình ở cả hai nhóm đều giảm đáng kể (p < 0,001). Trong đó nhóm chứng giảm ít hơn so với nhóm nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Giới tính của đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ nam nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 37 nam, 39 nữ, nữ > nam không đáng kể, khá tương đồng với tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu của Melikyan EYvà CS với kết quả có 31 nam, 43 nữ [8].

- Theo sự phân bố nghề nghiệp, phần lớn bệnh nhân làm nội trợ. Nghiên cứu của Mehran R và CS là 70% nữ trong hầu hết các nghiên cứu, viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay thường gặp ở tay thuận (thường là tay phải), do thường xuyên chịu các vi chấn thương do các hoạt động lặp đi lặp lại quá mức [9].

- Đau là triệu chứng nổi bật trong các bệnh lý cơ xương khớp, là nguyên nhân chính ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân, khiến họ phải đi khám và điều trị. Đau trong viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay do tình trạng viêm điểm bám gân cơ duỗi cổ tay (đặc biệt cơ duỗi cổ tay quay ngắn) vào lồi cầu ngoài xương cánh tay, tổn thương do việc sử dụng quá mức, các cử động lặp đi lặp lại.

4.2. Kết quả giảm đau của kết hợp liệu pháp sóng xung kích

- Trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm vào viện, điểm đau trung bình của nhóm chứng là 8±0,65, không có sự khác biệt so với nhóm nghiên cứu là 8,15±0,63 (p>0,05). Sau 7 ngày điều trị điểm đau trung bình của nhóm nghiên cứu giảm 2,76±0,92, nhiều hơn so với nhóm chứng (trung bình 1,5±0,73). Sau 30 ngày điều trị, điểm đau trung bình của nhóm nghiên cứu giảm 6,29±1,03, cao hơn so với nhóm chứng giảm 4,93±1,17. Cả 2 nhóm đều có sự giảm đau đáng kể, nhưng ở nhóm nghiên cứu có sự giảm đau nhiều hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Trong nghiên cứu của Mehran R và CS (40 bệnh nhân, 70% nữ, điều trị sóng xung kích, lượng giá bằng thang điểm VAS, trước điều trị, 30 và 60 ngày: VAS trước điều trị 7,25±1,54, giảm còn 2,76±2,08 ở thời điểm 60 ngày (p < 0,001), VAS sau 30 ngày điều trị 4,02±1,64 [9].

- Sóng xung kích có tác dụng giảm đau do kích thích sự lành mô mềm và ức chế các thụ thể đau qua ngăn chặn cơ chế kiểm soát cổng, tân sinh mạch máu do kích thích phóng thích yếu tố tăng trưởng và hoạt chất.

4.3. Kết quả cải thiện chức năng SHHN của kết hợp liệu pháp sóng xung kích

- Sau 7 ngày điều trị, điểm PRTEE trung bình ở nhóm chứng giảm từ 71,69 xuống còn 58,75, nhóm nghiên cứu từ 71,91 xuống còn 46,14, sự giảm có ý nghĩa thống kê với p <0,05. Sau 30 ngày điều trị, điểm PRTEE trung bình ở nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn so với nhóm chứng, sự giảm có ý nghĩa thống kê.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Muhammad WA và CS, đánh giá chức năng qua thang điểm PRTEE giữa nhóm chứng điều trị bằng sóng siêu âm và nhóm nghiên cứu kết hợp siêu âm điều trị và bài tập Mulligan, đánh giá kết quả sau 4 tuần điều trị, điểm PRTEE ở nhóm nghiên cứu giảm rõ rệt so với nhóm chứng, có ý nghĩa thống kê [10].

- So với nghiên cứu sử dụng thang điểm quick DASH để đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày như Mehran R và CS, nghiên cứu hiệu quả sóng xung kích trong điều trị viêm lồi cầu

ngoài xương cánh tay ở bệnh nhân, đánh giá kết quả sau 30 ngày và 60 ngày điều trị thì quick DASH giảm rõ rệt có ý nghĩa thống kê [9].

- Các tác dụng phụ của sóng xung kích ít và không đáng kể so với việc giảm đau và cải thiện chức năng mà nó mang lại. Công việc sử dụng tay nhiều, động tác lặp đi lặp lại của cánh tay, cổ tay, xoay cẳng tay, cũng góp phần gây viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay, cũng như tay thuận dễ bị tổn thương hơn.

V. KẾT LUẬN

- Sự kết hợp sóng xung kích với siêu âm điều trị, bài tập vận động trong điều trị viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay có tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày tốt hơn so với siêu âm điều trị kết hợp với bài tập vận động.

- Các kết quả phân tích lâm sàng này hỗ trợ trong việc điều trị viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay bằng phương pháp vật lý trị liệu. Để có thể đánh giá đúng hiệu quả giảm đau, cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày và ngăn ngừa tái phát của sóng xung kích phối hợp với siêu âm điều trị và bài tập vận động trong điều trị viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian điều trị và theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Xuyên và CS** (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. Nhà xuất bản y học.
2. **De Smedt T, de Jong A, Van Leemput W, Lieven D, Van Glabbeek F**. Lateral epicondylitis in tennis: Update on aetiology, biomechanics and treatment. Br J Sports Med. 2007; 41: 11 816-819. Ref.: https://tinyurl.com/y3lrvw6p
3. **Nguyễn Xuân Nghiên và CS** (2003). Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Cullinane FL, Boocock MG, Trevelyan FC** (2014). Is eccentric exercise an effective treatment for lateral epicondylitis? A systematic review. Clin Rehabil; 28: 3-19.
5. **Peggy P MS, RD, LD, CDE** (2019), Medically reviewed, Written by Natasha Freutel - Updated on May 11.
6. **Reips UD** (2006) Web-based methods. In M. Eid & E. Diener (Eds.), Handbook of multimethod measurement in psychology (pp. 73-85).
7. **Joy C MacDermid** (2010), The Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE) User Manual, June.
8. **Mehran R et al**, The Short Term Effects of Shock-Wave Therapy for Tennis Elbow: a Clinical Trial Study, Acta Inform Med. 2018 MAR; 26(1): 54-56.
9. **Muhammad WA et al** (2016), Effectiveness of Therapeutic Ultrasound with and without Mulligan Mobilzation in Lateral Epicondylitis, Annals of King Edward Medical University Lahore Pakistan, February 22(1):47

ỨNG DỤNG TRẮC NGHIỆM THẤT NGÔN "APHASIA RAPID TEST" BẢN TIẾNG VIỆT TRONG SÀNG LỌC THẤT NGÔN TRÊN NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO

Hoàng Bích Thủy*, Vũ Thị Bích Hạnh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trắc nghiệm sàng lọc thất ngôn "Aphasia Rapid Test" (ART) là một trắc nghiệm kiểm tra nhanh được sử dụng để phát hiện những người bệnh thất ngôn sau đột quỵ nhồi máu não. Trắc nghiệm này được dịch hóa sang tiếng Việt từ bản gốc tiếng Anh. Một trắc nghiệm đánh giá sàng lọc nhanh thất ngôn với thời gian dưới 30 phút và đơn giản dễ hiểu, dễ thực hiện là cần thiết tại các phòng khám cấp cứu và các đơn vị có điều trị người bệnh đột quỵ. **Mục tiêu**: Nghiên cứu này nhằm đánh giá liệu trắc nghiệm ART bản tiếng Việt có phù hợp để phát hiện những người bệnh thất ngôn tại bệnh phòng phục hồi chức năng không chuyên về ngôn ngữ hay không. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Chúng tôi tiến hành đánh giá trên những người bệnh nhồi máu não lần đầu nghi ngờ có thất ngôn và các rối loạn lời nói bằng trắc nghiệm ART bởi hai bác sỹ, trong đó có một bác sỹ chuyên sâu về âm ngữ. Đánh giá mức độ phù hợp bằng chỉ số Kappa. **Kết quả**: Các kết quả cho thấy trắc nghiệm ART phiên bản tiếng Việt có thể được coi là một công cụ sàng lọc thất ngôn với độ phù hợp cao giữa các chuyên gia. **Kết luận**: Trắc nghiệm ART thích hợp sử dụng để phát hiện nhanh thất ngôn ở những người bệnh có rối loạn ngôn ngữ sau nhồi máu não dành cho các bác sỹ lâm sàng không phải chuyên gia ngôn ngữ.

Từ khóa: Thất ngôn, Trắc nghiệm ART, Đột quỵ

**Trường đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bích Thủy
Email: hoangbichthuy2602@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2020
Ngày duyệt bài: 30.11.2020

SUMMARY

VALIDITY OF APHASIA RAPID TEST VIETNAMESE VERSION IN SCREENING APHASIA IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS

Background: The Aphasia Rapid Test (ART) is a quick test used to detect people with aphasia after a stroke. This scale is translated into Vietnamese from the English original. Such a screening scale is very necessary for the physician in aphasia screening for

stroke patients. **Objective:** This study aims to evaluate whether the Vietnamese version of the ART is appropriate to detect people with aphasia in a rehabilitation clinic un-specializing in speech therapy. **Subjects and methods**: To examine the patients with cerebral infarction on first time who had a suspected aphasia and speech disorders by ART by two doctors, one specialized in speech therapy. The Kappa coefficient was used to assess the validity of the ART. **Result:** The results showed that the Vietnamese version of the ART can be considered a suitable aphasia screening tool with high reliability. **Conclusion:** The ART is suitable for the rapid detection of aphasia in patients with speech disorders after cerebral infraction by clinicians who are not speech pathologists.

Key words: Aphasia, Aphasia Rapid Test, Stroke.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân gây tử vong thứ hai và là nguyên nhân gây tàn tật đứng thứ ba trên toàn cầu[1]. Thất ngôn là một trong những hậu quả sau đột quỵ não, chiếm tỷ lệ từ 18%-38% các trường hợp sống sót sau đột quỵ[2].Thất ngôn là tình trạng rối loạn ngôn ngữ do tổn thương bán cầu não. Bao gồm: rối loạn khả năng hiểu lời nói, hiểu chữ viết, biểu đạt bằng lời nói và chữ viết ở các phạm vi của ngôn ngữ[3]. Thất ngôn gây ra cho người bệnh tình trạng khó khăn trong giao tiếp, ảnh hưởng đến tâm lý và quá trình hướng nghiệp cho người bệnh sau đột quỵ. Việc phát hiện thất ngôn ở những người bệnh đột quỵ là cần thiết và có ý nghĩa để sớm có biện pháp phục hồi chức năng ngôn ngữ giúp cho họ được giáo dục, hỗ trợ, can thiệp và tối ưu hóa điều trị. Tại Việt Nam hiện nay, còn rất ít các công cụ phát hiện và lượng giá thất ngôn. Tại một số khoa Âm ngữ trị liệu, các bộ công cụ chẩn đoán thất ngôn chủ yếu chỉ dành cho chuyên viên âm ngữ trị liệu là những người đã được đào tạo. Với mong muốn áp dụng một trắc nghiệm đánh giá nhanh thất ngôn đơn giản dành cho các bác sỹ lâm sàng có thể sàng lọc và phát hiện được thất ngôn, dễ sử dụng chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu*: "Đánh giá khả năng ứng dụng của trắc nghiệm ART trong sàng lọc thất ngôn ở người bệnh rối loạn ngôn ngữ sau nhồi máu não".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Phục hồi chứng năng- Bệnh viện Bạch Mai

2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2019 đến tháng 10/2020

3. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Những bệnh nhân được chẩn đoán là nhồi máu não lần đầu bị thất ngôn, hoặc có khó khăn trong giao tiếp bằng lời nói, tại Trung Tâm Phục Hồi Chức Năng, Bệnh viện Bạch Mai.
- Bệnh nhân tỉnh táo có thể tiếp xúc được.
- Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN có tiền sử sa sút trí tuệ, các rối loạn tâm lý hành vi trước khi bị bệnh.
- BN có tiền sử bị rối loạn phát âm, giảm thính giác, bệnh lý về giọng nói, lời nói và ngôn ngữ trước đó.
- BN có rối loạn tri giác
- Bệnh nhân không đáp ứng các tiêu chuẩn trên hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

4. Trắc nghiệm ART phiên bản tiếng Việt. Tuân thủ chặt chẽ các nguyên tắc thiết kế của trắc nghiệm ART gốc[4] trên cả phương diện cấu trúc và nội dung, chúng tôi tiến hành dịch và chọn lựa các từ và phát ngôn, tôn trọng các quy định ngữ nghĩa và ngữ âm nguyên gốc và đáp ứng những nét đặc thù của ngôn ngữ- ngữ âm tiếng Việt, theo nguyên tắc:

- Phần hiểu các mệnh lệnh: mục số 1 và 2: kiểm tra khả năng hiểu lời nói, mục đích: hiểu ngữ nghĩa của câu đơn và câu phức, nên phải dịch theo nghĩa của câu.
- Tương tự, đánh giá biểu đạt ngôn ngữ bằng lời nói: mục số 4 (gọi tên sự vật) và số 6 (kể tên tối đa các con vật trong 1 phút), cần bám sát ngữ nghĩa của từ, câu.
- Nhắc lại từ: mục số 2 và nhắc lại phát ngôn (mục số 3), nhằm kiểm tra khả năng lập trình và thao tác cử động nói: khi dịch sang tiếng Việt chúng tôi đã tuân thủ độ dài của từ, cụm từ (chọn từ có đa âm tiết) và câu có độ dài tương tự câu nguyên gốc.

Mặt khác các từ và phát ngôn ở bản gốc được thiết kế theo nguyên tắc chọn từ có nhiều phụ âm ở vị trí cấu âm khác nhau. Ví dụ: từ "macaron" có 3 âm tiết, mỗi âm tiết có phụ âm ở vị trí trước của khoang miệng (âm "m"), phía sau (âm "c") và ở giữa khoang miệng (âm "r"), các phụ âm này cũng dại diện cho các phương thức cấu âm khác nhau (âm mũi "m") âm vô thanh ("c") và âm rung ("r").

Tôn trọng các nguyên tắc ngữ âm như vậy, chúng tôi đã chọn:

Button = Bồn tắm
Macaron = Ma cà rồng
Luggage = Lưng ghế

«The boy is singing in the woods» = "Em bé đang hát trong vườn"

Để khắc phục việc thiếu phần đánh giá đọc

và viết của trắc nghiệm, chúng tôi thử nghiệm bổ sung thêm 2 mục số 7 (đánh giá khả năng đọc) và số 8 (đánh giá khả năng viết) để không bỏ sót BN thất ngôn. Nội dung các mục và cách cho điểm như sau:

Đọc thành tiếng: Ghế tựa; Bé đẩy xe cút kít
0 = thực hiện đúng cả hai test
1 = Thực hiện đúng 1 test
2 = Không thực hiện được test nào
Viết: Cái chợ; Tàu hỏa sắp vào ga
0 = thực hiện đúng cả hai test
1 = Thực hiện đúng 1 test
2 = Không thực hiện được test nào

Như vậy, trắc nghiệm ART bản tiếng Việt sẽ gồm 8 mục nhỏ, tổng điểm là 30 điểm.

- Với việc bổ sung 2 mục này, chúng tôi muốn thử áp dụng trắc nghiệm ART phiên bản tiếng Việt vào lâm sàng, giúp các thầy thuốc có thêm công cụ đánh giá đơn giản, dễ làm và không bỏ sót thất ngôn.

Mức độ nặng của thất ngôn theo trắc nghiệm ART bản tiếng Việt thay đổi so với bản gốc:

Mức độ nặng	ART Bản gốc[4]	ART Phiên bản Tiếng Việt
Thất ngôn nhẹ	0-11 điểm	0-12
Thất ngôn vừa	12-21 điểm	13-22
Thất ngôn nặng	22-26 điểm	23-30
Tổng điểm	**26**	**30**

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

Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều được đánh giá một cách độc lập bởi 2 bác sỹ khác nhau, một người là bác sỹ không chuyên về âm ngữ, và một chuyên viên âm ngữ trị liệu đang làm việc tại phòng Âm ngữ trị liệu của trung tâm Phục hồi chức năng- Bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân được đánh giá tại hai thời điểm: lúc vào viện và lúc ra viện. Kết quả thu được từ 2 người đánh giá được so sánh bằng chỉ số phù hợp Kappa[5].

6. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

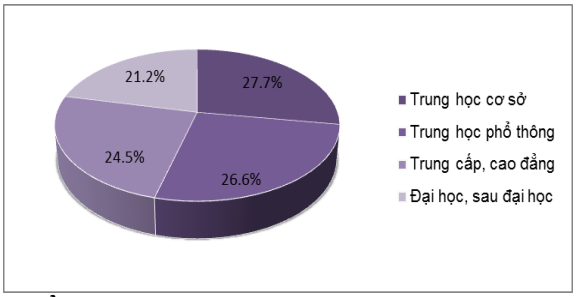
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Có 94 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, gồm 70 bệnh nhân nam và 24 bệnh nhân nữ.

Bảng 1.1: Phân bố bệnh nhân theo giới tính và tuổi

Giới / Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	Tỉ lệ	n	Tỉ lệ	n	Tỉ lệ
<50	11	11.7%	3	3.2%	14	14.9%
50-59	14	14.9%	6	6.4%	20	21.3%
60-69	26	27.7%	9	9.6%	35	37.7%
≥ 70	19	20.2%	6	6.4%	25	26.6%
Tổng	70	74.5%	24	25.5%	94	100%
Độ tuổi trung bình $\bar{x}$ ± SD (năm)	62.01 ± 11.12		61.75 ± 11.30		61.95 ± 10.86	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh giữa hai giới nam và nữ có sự khác biệt có ý nghĩa với p<0.05. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 61.95 ± 10.86 (năm), trong đó ít tuổi nhất là 33 tuổi, cao nhất 85 tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai giới nam và nữ với p=0.919.



Biểu đồ 1.2: Phân bố bệnh nhân theo trình độ học vấn:

Nhận xét: - Bệnh nhân có trình độ học vấn trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất với 27.7%.

- Bệnh nhân có trình độ Đại học, sau đại học chiếm tỷ lệ ít nhất với 21.2%.

2. Độ phù hợp của thang điểm ART dựa trên chỉ số Kappa.

Bảng 2.1: Sự phù hợp giữa hai người đánh giá:

Mục đánh giá	Kappa
1a	0.865
1b	0.866
2	0.970
3	0.966
4	0.929
5	0.850
6	0.972
7	0.929
8	0.980
Tổng	0.733

Nhận xét: Độ phù hợp giữa hai người đánh giá được tính bằng chỉ số kappa cho thấy độ tương hợp của bác sỹ (tác giả) và KTV âm ngữ trị liệu ở mức tốt (κ = 0,61 – 0,80) đến rất tốt (κ = 0,81 – 1,00).

Bảng 2.2: Phân loại mức độ nặng của thất ngôn theo thang điểm ART lúc vào viện.

Điểm ART Lúc vào	KTV Âm ngữ		Tác giả		Chỉ số phù hợp Kappa
	n	Tỉ lệ	n	Tỉ lệ	
Mức độ nhẹ	49	52.1%	51	54.3%	0.947
Mức độ vừa	30	31.9%	27	28.7%	
Mức độ nặng	15	16.0%	16	17.0%	

Nhận xét: Độ tương hợp về phân loại mức độ nặng của thất ngôn của test ART là rất cao (κ= 0,81 – 1,00) với chỉ số κ= 0.947.

Bảng 2.3: Sự thay đổi điểm ART lúc ra viện so với lúc vào

Thời điểm / Điểm ART	Lúc vào		Lúc ra		p
	n	Tỉ lệ	n	Tỉ lệ	
Thất ngôn nhẹ	51	54.3%	51	54.3%	0.035
Thất ngôn vừa	27	28.7%	29	30.9%	
Thất ngôn nặng	16	17.0%	14	14.9%	
Tổng số	**94**	**100%**	**94**	**100%**	

Nhận xét: Có sự cải thiện mức độ nặng của thất ngôn ở nhóm bệnh nhân nặng lúc ra viện so với lúc vào, sự thay đổi có ý nghĩa với p=0.035 (p<0.05)

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi bệnh nhân: tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 61.95 ± 10.86 (năm), tuổi ít nhất (thấp nhất) là 33 tuổi, và tuổi cao nhất là 85 tuổi. Trong đó tuổi trung bình của nam giới là 62.01 ± 11.12 (năm) và tuổi trung bình của nữ giới là 61.75 ± 11.30 (năm). Không có sự khác biệt về độ tuổi của hai giới với p=0.919. Nghiên cứu tại phiên bản gốc C. Azuar và cộng sự[4] đưa ra nhận xét tuổi trung bình ở hai giới là 61.20 ± 15.60 (năm). Nghiên cứu của Hoàng Diệp[6] nhận xét tỷ lệ nam giới là 65.7%, nữ giới 34.4% với độ tuổi trung bình ở hai giới là 54.91 ± 12.03 (năm).

- Giới: Có 70 bệnh nhân giới tính nam (chiếm 74.5%) và 24 bệnh nhân giới tính nữ (chiếm 25.5%). Sự phân bố hai giới nam và nữ ở đối tượng nghiên cứu là khác nhau có ý nghĩa với p<0.001

- Trong tất cả các bệnh nhân nghiên cứu, không có bệnh nhân nào có trình độ văn hóa dưới trung học cơ sở (tiểu học), trong đó nhóm bệnh nhân có học vấn trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất với 27.7%, nhóm có trình độ đại học, sau đại học chiếm tỷ lệ ít nhất với 21.1%.

4.2. Độ tin cậy của trắc nghiệm ART bản tiếng Việt

- Điểm ART trung bình của bác sỹ không chuyên về âm ngữ (tác giả) là 13.50 ± 7.96, điểm của chuyên viên âm ngữ tại phòng ngôn ngữ là 13.54 ± 8.01, sự khác biệt không có ý nghĩa với p = 0.417

- Độ tin cậy của trắc nghiệm ART giữa những người đánh giá khác nhau cho dù không phải KTV âm ngữ trị liệu được cho thấy là tốt với chỉ số tương hợp kappa cho tổng điểm là 0.733 (độ mạnh tốt với κ=0.850-0.980). So sánh với nghiên cứu của C.Azuar và cộng sự[4] chúng tôi thấy rằng chỉ số kappa cho mỗi mục của trắc nghiệm ART trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt.

- Có sự chênh lệch về độ phù hợp giữa hai người đánh giá giữa các mục khác nhau và tổng điểm của trắc nghiệm ART bản tiếng Việt. Trong đó độ phù hợp thấp nhất là mục số 5: cho điểm loạn vận ngôn. Chúng tôi cho rằng sự khác biệt này là do có sự khác biệt về trình độ, kinh nghiệm, cảm quan cũng như chủ quan của cá nhân đánh giá. Độ phù hợp cao nhất là mục số 8: Viết.

- Độ phù hợp về phân loại mức độ nặng của thất ngôn của thang điểm ART là rất cao (κ= 0,81 – 1,00) với chỉ số κ= 0.947.

- Có sự khác biệt về điểm số của trắc nghiệm ART tại thời điểm vào viện và ra viện. Sự thay đổi của 2 bệnh nhân trong số 16 bệnh nhân mức độ thất ngôn nặng lúc vào viện có điểm số giảm khi ra viện. Không có sự thay đổi ở nhóm bệnh nhân có mức độ nhẹ. So sánh với nghiên cứu của Olga Buivolova và cộng sự[7] nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự thay đổi về mức độ cải thiện ngôn ngữ dựa trên trắc nghiệm ART. Chúng tôi cho rằng sự khác nhau này liên quan đến thời gian nằm viện của đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Từ các kết quả của nghiên cứu trên 94 bệnh nhân cho thấy trắc nghiệm ART bản tiếng Việt là

một trắc nghiệm đánh giá nhanh thất ngôn một cách đơn giản, nhanh chóng, có thể sử dụng thường quy tại các đơn vị đột quỵ không chuyên về âm ngữ. Trắc nghiệm này cũng có thể được dùng để đánh giá mức độ cải thiện của các bệnh nhân thất ngôn. Vì trắc nghiệm ART có thể bỏ sót một số thể thất ngôn kín đáo nên trắc nghiệm này chỉ mang tính chất sàng lọc thất ngôn. Ưu điểm của trắc nghiệm ART là có thể đánh giá nhanh bệnh nhân thất ngôn nhằm đưa ra phương hướng điều trị sớm cũng như tránh gây tình trạng mệt mỏi cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alharbi AS,** Alhayan MS, Alnami SK, et al. Epidemiology and Risk Factors of Stroke. Archives of Pharmacy Practice. 10 (4): 7. doi: 10.1212/ CON0000000000000416
2. **Ellis C.** Rate of aphasia among stroke patients discharged from hospitals in the United States: 13. doi: 10.1080/02687038.2017.1385052
3. **Vũ Thị Bích Hạnh (2002).** Bệnh lý ngôn ngữ và ngôn ngữ trị liệu. Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 144–145.
4. **Azuar C, Leger A, Arbizu C, Henry-Amar F, Chomel-Guillaume S, Samson Y.** The Aphasia Rapid Test: an NIHSS-like aphasia test. J Neurol. 2013; 260 (8):2110-2117. doi:10.1007/s00415-013-6943-x
5. **McHugh ML. Interrater reliability:** the kappa statistic. Biochem Med (Zagreb). 2012;22(3):276-282. Accessed July 20, 2019. doi: 10.1007/s10072-019-03931-2
6. **Hoàng Diệp.** Bước đầu đánh giá tình trạng thất ngôn do tai biến nhồi máu não vùng bán cầu não bằng trắc nghiệm BDAE. Published online 2005.
7. **Buivolova O.** The aphasia rapid test: adaptation and standardisation for Russian: 16.doi: 10.1080/ 02687038.2020.1727836

THỰC TRẠNG TRẢI NGHIỆM BẮT NẠT QUA MẠNG Ở HỌC SINH MỘT SỐ TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI HÀ NỘI

Lê Dương Minh Anh[1], Phạm Thị Lan Chi[2], Nguyễn Hạnh Ngân[3], Nguyễn Thùy Linh[4]

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm tìm hiểu về trải nghiệm và thực tiễn cách đối phó với nạn bắt nạt trên mạng của học sinh trung học ở Hà Nội và tìm hiểu mối liên hệ giữa thời gian sử dụng Internet trung bình mỗi ngày của học sinh trung học ở Hà Nội (Việt Nam) với nguy cơ bị bắt nạt trên mạng. **Phương pháp:** Tổng số 215 học sinh từ 13-18 tuổi đã hoàn thành một cuộc khảo sát trực tuyến bằng phương pháp chọn mẫu theo hướng đối tượng được khảo sát. Trải nghiệm bị bắt nạt trên mạng đã được kiểm tra bằng cách sử dụng thang điểm của Patchin và Hinduja đã được sửa đổi. **Kết quả:** Kết quả cho thấy tỷ lệ học sinh phải trải qua ít nhất một hình thức bắt nạt trên mạng là 45,1%. Hình thức bắt nạt trên mạng phổ biến nhất là bị gọi tên/chế giễu. Thời gian trung bình hàng ngày dành cho Internet cho thấy mối liên hệ với nguy cơ bị bắt nạt trên mạng. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ nạn nhân bị bắt nạt qua mạng ở Hà Nội là cao, và các cách thức đối phó của học sinh với hình thức bắt nạt mới này là không hiệu quả. Chúng ta cần phải can thiệp ngay lập tức và hướng dẫn học sinh trung học cách cư xử lành mạnh và tích cực trên mạng.

Từ khóa: Bắt nạt qua mạng, sử dụng Internet, bạo lực học đường, vị thành niên

SUMMARY

EXPERIENCE OF BEING CYBERBULLIED AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN HANOI

This study aims to explore the association between the average time of Internet used per day among high school students in Hanoi, Vietnam and the risk of being cyber-bullied. **Methods:** Sample size included 215 students aged 13-18 years completed an online survey using respondent driven sampling method. The experience of being cyber-bullied was examined using the modified Patchin and Hinduja's scale. **Results** showed that the prevalence of experiencing at least one type of cyberbullying was 45.1%. About 47% of students ever seen others around them suffering from cyberbullying. The most common type of cyberbullying was being called by names/made fun of. The average daily time spent on Internet showed dose response association with the risk of being cyber-bullied. **Conclusions**: This study shows that Cyber-bullying can be pernicious for adolescent since they have not had the emotional resilience of adults. We need immediate interventions and teach high school students how to behave in a healthy and positive way online.

Key words: cyberbullying, internet, school violence, adolescent

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bắt nạt thường được định nghĩa là một hành động hoặc hành vi hung hăng, có chủ ý được

[1]*Trường Đại học Y Hà nội*
[2]*Trường Đại học Tổng hợp British Columbia, Canada*
[3]*Trường Hà nội Amsterdam*
[4]*Trường Đại học Y tế công cộng*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Dương Minh Anh
Email: minhanh70pdp@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 4.12.2020

thực hiện bởi một nhóm hoặc một cá nhân lặp đi lặp lại nhiều lần chống lại một nạn nhân không có khả năng tự bảo vệ mình một cách dễ dàng (1). Bắt nạt qua mạng được định nghĩa là "Một hành động gây hấn, có chủ đích được thực hiện bởi một nhóm hoặc một cá nhân, bằng các hình thức liên lạc điện tử, lặp đi lặp lại nhiều lần chống lại một nạn nhân không thể tự bảo vệ mình một cách dễ dàng" (2). Bắt nạt qua mạng có thể bao gồm việc gửi hoặc đăng hình ảnh văn bản độc hại hoặc tàn nhẫn bằng Internet hoặc các thiết bị kỹ thuật số khác như điện thoại di động. Nó có thể bao gồm cả việc theo dõi, đe dọa, quấy rối, mạo danh, xúc phạm danh dự, dung nhiều thủ đoạn và cô lập.

Do sự khác biệt của nó với hình thức bắt nạt thông thường (3,4), đó là đối tượng người xem không hạn chế, sự ẩn danh của kẻ gây hấn và sự hạn chế ở mức tối thiểu về thời gian và không gian để việc bắt nạt có thể xảy ra, nên bắt nạt trên mạng là một vấn đề quan tâm về sức khỏe cũng như tinh thần đang nổi lên ở thanh thiếu niên (5). Các nghiên cứu trước đây cho thấy mức độ phổ biến đáng báo động của kiểu bắt nạt mới này. Ví dụ, một nghiên cứu trên cho thấy 3.767 học sinh trung học cho thấy 11% học sinh bị bắt nạt qua Internet và 7% đang bắt nạt bạn bè của họ cũng như là nạn nhân của bắt nạt trên mạng ít nhất một lần trong vòng vài tháng trước thời điểm nghiên cứu (6). Các nghiên cứu khác thậm chí còn cho thấy tỷ lệ phổ biến cao hơn nữa, 21% số người tham gia đã từng phải chịu một hình thức bắt nạt trực tuyến nào đó trong vòng 30 ngày trước đó (7).

Hậu quả của bắt nạt trên mạng có thể nghiêm trọng như dẫn đến mức trầm cảm và tự tử (7,8). Tuy nhiên, do việc nghiên cứu về bắt nạt qua mạng ở các nước đang phát triển như Việt Nam mới chỉ đang ở giai đoạn đầu, nên thông tin cập nhật về mức độ phổ biến của bắt nạt trên mạng cũng như cách đối phó của nạn nhân với loại bắt nạt này là chưa sẵn có. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm tìm hiểu về các trải nghiệm và thực tiễn cách đối phó với bắt nạt trên mạng của học sinh trung học tại Hà Nội cũng như tìm hiểu mối liên hệ giữa thời gian sử dụng Internet trung bình mỗi ngày của học sinh trung học ở Hà Nội, Việt Nam với nguy cơ bị bắt nạt trên mạng. Kết quả của nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng giúp cho việc xây dựng các chiến lược đối phó phù hợp nhằm giảm tác động tiêu cực của bắt nạt qua mạng, đặc biệt là đối với lứa tuổi học sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng là học sinh 13-18 tuổi ở một số trường trung học cơ sở và trung học phổ thông tại Hà Nội năm 2018. Dữ liệu được thu thập thông qua công cụ Monkey Survey trong Google Forms. Nội dung và giao diện của bảng câu hỏi điện tử được thiết kế và thử nghiệm để khán giả có thể trả lời trên các phương tiện như điện thoại thông minh, máy tính bảng và máy tính. Tổng số 215 học sinh đã tham gia trả lời bảng câu hỏi điện tử.

Thang đo

Bắt nạt trên mạng: đo bằng công cụ từ nghiên cứu của Patchin và Hinduja (7). Công cụ này áp dụng thước đo Likert (với 4 mức độ: không bao giờ, rất hiếm khi, thỉnh thoảng, thường xuyên) và 6 loại hình bắt nạt (1) Bị gọi tên lóng, bị đem ra làm trò cười, chế nhạo trên internet hay tin nhắn (2) Nhận được nhiều tin nhắn hay các hình ảnh thô lỗ hoặc gây cảm xúc tiêu cực (3) Bị cô lập khỏi nhóm online (4) Bị phao tin đồn nhảm tên internet hoặc điện thoại (5) Bị đăng những tin nhắn, hình ảnh, video xấu về mình trên mạng hoặc trên điện thoại (6) Bị đe dọa, kỳ thị do hành động trên mạng hoặc điện thoại. Một người được coi là đã bị bắt nạt trên mạng trong vòng 12 tháng vừa qua nếu họ đã trải qua 1 trong 6 hình thức trên một cách thường xuyên.

Đối phó lại việc vị bắt nạt: Các nghiên cứu dựa trên nghiên cứu của Hana Machackova và cộng sự (9) về các phương pháp ứng phó của nạn nhân bắt nạt qua mạng đã xem xét 4 phương pháp chính là (1) Chia sẻ thông tin (Chia sẻ với bố mẹ và xin lời khuyên của bố mẹ/ Chia sẻ và hỏi lời khuyên của giáo viên/ Hỏi lời khuyên của bạn bè / Tìm tư vấn trên mạng / Báo cho admin của trang / không điều nào ở trên); (2) Sử dụng biện pháp tâm lý (Nghĩ rằng việc này không có gì nghiêm trọng/ Nghĩ những việc này chỉ xảy ra trên mạng / Nghĩ những việc này không gây hại đến mình / Quyết định không quan tâm và bỏ qua / Nghĩ rằng chuyện chỉ xảy ra trên mạng và không có thật / không điều nào ở trên); (3) Trả đũa (Làm điều tương tự với người đó qua máy tính hoặc điện thoại / Làm điều tương tự với người ngoài đời thật / Lưu bằng chứng để trả thù về sau / không điều nào ở trên); or (4) Phòng ngừa (Xóa kẻ bắt nạt khỏi danh sách liên lạc / Xóa tài khoản của mình trên trang nơi bạn bị bắt nạt / Khóa tài khoản để kẻ bắt nạt không tiếp cận được với bạn/ không điều nào ở trên).

Phân tích dữ liệu: Dữ liệu được nhập và phân tích bởi phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu. Bảng 1 trình bày đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Trong số 215 người tham gia, học sinh nữ chiếm đa số với 66%. Đa số học sinh (74,9%) sử dụng điện thoại di động để truy cập Internet và 44,7% sử dụng Internet nhiều hơn 3 giờ một ngày. Về tần suất sử dụng mạng xã hội, gần 80% sử dụng facebook hàng ngày;

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

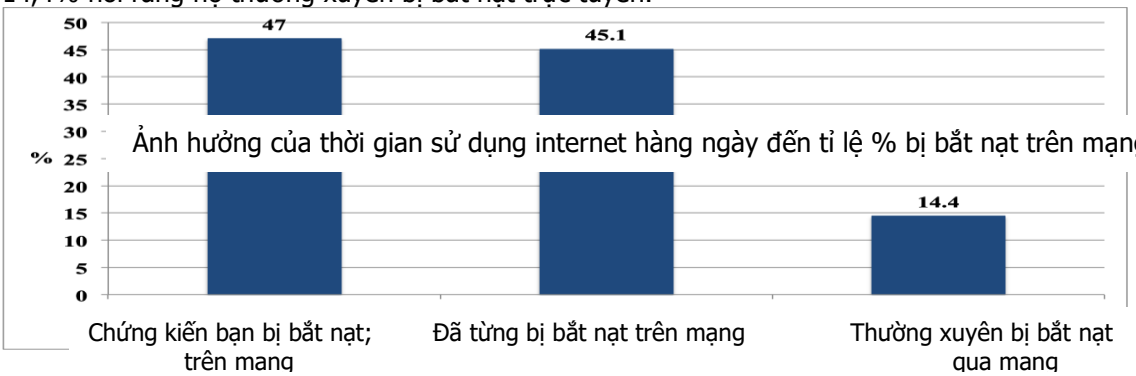
Đặc điểm		N=215	%
Giới tính	Nam	65	30,2
	Nữ	142	66,0
	Khác	8	3,7
Thiết bị truy cập mạng	Điện thoại di động	161	74,9
	Máy tính cá nhân	48	22,3
	Máy tính công	1	0,5
	cộng		
	Khác	5	2,3
Facebook	Hàng ngày	168	78,1
	Thỉnh thoảng	46	21,4
	Không bao giờ	1	0,5
Instagram	Hàng ngày	123	57,2
	Thỉnh thoảng	63	29,3
	Không bao giờ	29	13,5
Thời gian vào Internet hàng ngày	Hơn 3 tiếng	96	44,7
	1-3 tiếng	99	46,0
	Dưới 1 tiếng	20	9,3

Trải nghiệm bị bắt nạt trên mạng. Bảng 2 cung cấp thông tin về một số hình thức bắt nạt trên mạng. Hình thức bắt nạt chính là học sinh bị gọi bằng tiếng lóng, bị chê cười, chế giễu trên internet/qua tin nhắn. Cụ thể, 67/215 học sinh (31,2%) bị bắt nạt bằng hình thức này. Tiếp theo, 22,3% học sinh cho biết đã bị bắt nạt do bị phát tán những lời nói sai sự thật, tin đồn trên mạng hoặc qua điện thoại.

Bảng 2: Các hình thức bắt nạt trên mạng

Các hình thức bắt nạt trên mạng	Có n (%)	Không n (%)
Bị gọi tên lóng, chế giễu, chế nhạo trên internet hay tin nhắn	67 (31,2)	148 (68,8)
Nhận tin nhắn hay hình ảnh thô lỗ hoặc gây cảm xúc tiêu cực	24 (11,2)	191 (88,8)
Bị cô lập khỏi nhóm online	22 (10,2)	193 (89,8)
Bị phao tin đồn nhảm tên internet hoặc điện thoại	48 (22,3)	167 (77,7)
Bị đăng những tin nhắn, hình ảnh, video xấu về mình trên mạng hoặc trên điện thoại	17 (7,9)	198 (92,1)
Bị đe dọa, kỳ thị do hành động trên mạng hoặc điện thoại	19 (8,8)	196 (91,2)

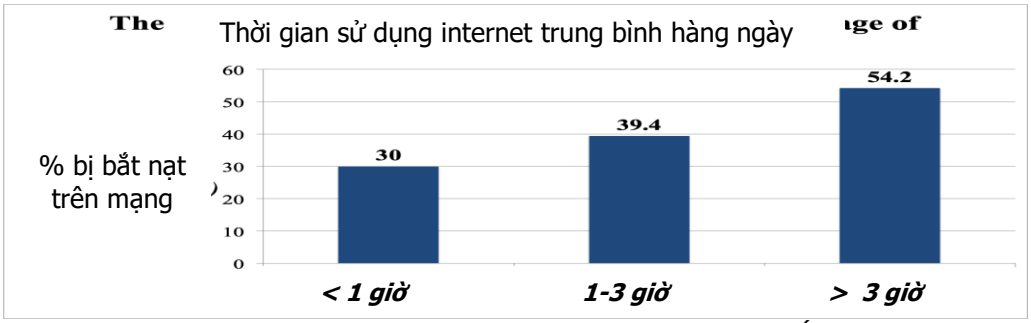
Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ nạn nhân bị bắt nạt. Trong số 215 học sinh tham gia điều tra, 47 % cho biết họ đã chứng kiến bạn bè của mình bị bắt nạt. Cùng với đó, 45,1 % thỉnh thoảng hoặc thường xuyên trải qua ít nhất 1 trong 6 hình thức bắt nạt trên mạng được liệt kê trong Bảng 2. Đáng chú ý, 14,4% nói rằng họ thường xuyên bị bắt nạt trực tuyến.



Biểu đồ 1: Số liệu thống kê về bắt nạt trên mạng

Thời gian sử dụng mạng và nguy cơ bị bắt nạt tên mạng

Hình 2 là tỷ lệ phần trăm người bị bắt nạt trên mạng trong năm qua tính theo thời gian sử dụng Internet trung bình hàng ngày. Tỷ lệ này tăng lên đáng kể khi thời gian sử dụng Internet tăng lên (thử nghiệm X2, $p < 0,01$). Tỷ lệ bị bắt nạt là cao nhất (54,2 %) ở nhóm có thời gian sử dụng Internet hàng ngày lâu nhất (trên 3 giờ / ngày).



Hình 2: Thời gian dùng internet hàng ngày và nguy cơ bị bắt nạt trên mạng

Đối phó với bắt nạt trên mạng

Bảng 4: Các cách đối phó của học sinh bị bắt nạt trên mạng

Hình thức		n = 215	%
Chia sẻ thông tin	Chia sẻ và hỏi lời khuyên của bố mẹ	23	23,7
	Chia sẻ và hỏi lời khuyên của giáo viên	8	8,2
	Hỏi lời khuyên của bạn bè	59	60,8
	Tìm tư vấn trên mạng	21	21,6
	Báo với admin của trang mạng	30	30,9
Sử dụng các biện pháp tâm lý để vượt quả	Nghĩ rằng việc này không có gì nghiêm trọng	34	35,1
	Nghĩ những việc này chỉ xảy ra trên mạng	31	32,0
	Nghĩ những việc này không có hại đến mình	33	34,0
	Quyết định không quan tâm và bỏ qua	57	58,8
	Nghĩ chuyện chỉ xảy ra trên mạng và không có thật	9	9,3
Trả đũa	Trả đũa tương tự qua máy tính hoặc điện thoại	11	11,3
	Trả đũa ngoài đời thật	8	8,2
	Lưu bằng chứng để trả thù về sau	23	23,7
Phòng ngừa	Xóa kẻ bắt nạt khỏi danh sách liên lạc	22	22,7
	Xóa tài khoản của mình	13	13,4
	Khóa tài khoản để kẻ bắt nạt không tiếp cận được	53	54,6

Bảng 4 trình bày các phương pháp đối phó với bắt nạt trên mạng của những học sinh đã từng bị bắt nạt kiểu này. Về biện pháp chia sẻ thông tin về việc bắt nạt, trên 60% học sinh tìm kiếm lời khuyên từ bạn bè nhưng rất ít học sinh chia sẻ với giáo viên để được tư vấn. Đối với việc sử dụng các biện pháp tâm lý, 58,8% chọn cách không quan tâm và bỏ qua; 35,1% coi đó là không có gì nghiêm trọng. 9/215 sinh viên xem đó là một sự cố trên mạng, không có thật.

IV. BÀN LUẬN

Nạn bắt nạt trên mạng ở lứa tuổi học đường đang có xu hướng gia tăng và nhận được nhiều sự quan tâm của cộng đồng. Kết quả nghiên cứu cho thấy 45,1% học sinh là nạn nhân của ít nhất một hình thức bắt nạt qua mạng trong 12 tháng qua. Tỷ lệ này cao hơn một số nghiên cứu trước đó với tỷ lệ là 11% (6) hoặc 21% (7). Tuy nhiên, một tổng quan hệ thống nghiên cứu gần đây về tỷ lệ bắt nạt qua mạng đã chỉ ra rằng tỷ lệ nạn nhân của bắt nạt trên mạng có thể khác biệt đáng kể giữa các nghiên cứu khác nhau do hai lý do chính, sự không thống nhất trong thước đo về bắt nạt qua mạng (tức là các nghiên cứu khác nhau sử dụng định nghĩa khác nhau) và sự khác biệt trong khoảng thời gian báo cáo về bắt nạt qua mạng (tức là, một số nghiên cứu là 30 ngày, một số là 6 tháng và một số sử dụng thời gian là năm trước đó (5). Nghiên cứu này sử dụng khung thời gian là 12 tháng và phép đo của Patchin & Hinduja. Tổng quan hệ thống nghiên cứu cũng xác nhận rằng trong khung thời gian 12 tháng, tỷ lệ nạn nhân bị đe dọa trực tuyến có thể dao động từ 4,3% đến 40,6% (5). Vì vậy, tỷ lệ bắt nạt trên mạng cao hơn một chút trong nghiên cứu này có thể là do việc sử dụng các đánh giá khác nhau. Nghiên cứu này đã sử dụng hình thức khảo sát trực tuyến, vì vậy những người tham gia trả lời khảo sát nhiều khả năng sử dụng Internet thường xuyên hơn.

Các nghiên cứu trước đây đã xác định mối liên hệ giữa việc sử dụng Internet và nguy cơ trở thành nạn nhân của bắt nạt trên mạng, những học sinh sử dụng internet nhiều hơn dường như có nhiều nguy cơ bị bắt nạt trên mạng hơn. Ví

dụ, một nghiên cứu đã báo cáo rằng việc sử dụng Internet ít nhất 3 giờ mỗi ngày có liên quan đến cả thủ phạm và nạn nhân của bắt nạt trên mạng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng xác nhận mối liên hệ này bằng cách chứng minh mối liên quan phản ứng giữa lượng thời gian sử dụng internet và nguy cơ trở thành nạn nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phát hiện ra rằng nhiều học sinh không biết các phương pháp hiệu quả để đối phó với nạn bắt nạt trực tuyến. Tỷ lệ thanh thiếu niên biết cách đối phó với bắt nạt trực tuyến là thấp trong khi hậu quả của bắt nạt trực tuyến được chứng minh là nghiêm trọng. Bắt nạt trên mạng có thể ẩn danh và không giới hạn theo thời gian/địa điểm, vì vậy nạn nhân cảm thấy không thể trốn thoát. Bắt nạt trên mạng có thể tiếp cận một số lượng lớn đối tượng một cách nhanh chóng nên nạn nhân có thể càng cảm thấy bị cô lập hơn (3,4). Do đó, nhà trường và xã hội cần có những biện pháp can thiệp để ngăn chặn bắt nạt trên mạng, giúp nâng cao mức độ nhận thức về vấn đề này cũng như trang bị cho học sinh kiến thức/thực hành về cách đối phó với hình thức bắt nạt ngày càng gia tăng này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trải nghiệm bắt nạt qua mạng trong đối tượng học sinh THPT theo nghiên cứu tương đối cao và có mối liên quan với thời gian sử dụng internet trong ngày. Học sinh chưa có kiến thức kỹ năng ứng phó khi bị bắt nạt qua mạng. Nhà trường và gia đình cần có biện pháp để ngăn chặn bắt nạt qua mạng và giúp học sinh ứng phó với hình thức bắt nạt này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Olweus, D. (1993).** Bullying at school: What we know and what we can do. Oxford: Blackwell.
2. **Cyberbullying:** its nature and impact in secondary school pupils - Smith - 2008 - Journal of Child Psychology and Psychiatry - Wiley Online Library. Có tại: https:// onlinelibrary.wiley.com/ doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2007.01846.x
3. **Predicting Online Harassment Victimization Among a Juvenile Population** - Adam M. Bossler, Thomas J. Holt, David C. May, 2012. Có tại: https:// journals.sagepub.com/ doi/abs/ 10.1177/ 0044118x11407525
4. **Burton KA, Florell D, Wygant DB.** The Role of Peer Attachment and Normative Beliefs About Aggression on Traditional Bullying and Cyberbullying. Psychology in the Schools. 2013; 50 (2):103–15.
5. **Selkie EM, Fales JL, Moreno MA.** Cyberbullying Prevalence among United States Middle and High School Aged Adolescents: A Systematic Review and Quality Assessment. J Adolesc Health. 2016 Feb;58(2):125–33.
6. **Kowalski RM, Limber SP**. Electronic bullying among middle school students. J Adolesc Health. 2007 Dec;41(6 Suppl 1): S22-30.
7. **Patchin JW, Hinduja S.** Cyberbullying and self-esteem. J Sch Health. 2010 Dec;80(12):614–21; quiz 622–4.
8. **Ang RP, Goh DH.** Cyberbullying among adolescents: the role of affective and cognitive empathy, and gender. Child Psychiatry Hum Dev. 2010 Aug;41(4):387–97.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG BẰNG LASER CẮT MỐNG MẮT CHU BIÊN TRÊN MẮT GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT TIỀM TÀNG KHÔNG CÓ MỐNG MẮT PHẲNG

Đỗ Tấn[1], Nguyễn Xuân Hiệp[1], Nguyễn Đình Ngân[2], Nguyễn Thu Hương[3], Trần Tiến Đạt[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị dự phòng bằng laser cắt mống mắt chu biên (LPI) trên mắt Glôcôm góc đóng tiềm tàng, không có hội chứng mống mắt phẳng. **Đối tượng và Phương Pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc theo thời gian. Đối tượng nghiên cứu là mắt còn lại của những bệnh nhân có 1 mắt được chẩn đoán là Glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính và được chẩn đoán không có cơ hội chứng mống mắt phẳng (MMP). Nghiên cứu được tiến hành tại 3 cơ sở: bệnh viện Mắt Trung Ương, bệnh viện Mắt Hà Đông, khoa Mắt bệnh viện 103. Các đặc điểm về nhãn áp, soi góc tiền phòng, UBM bán phần trước được thu thập tại các thời điểm trước và sau khi điều trị laser mống mắt chu biên (LPI) 1 tuần, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả dựa trên 93 mắt của 93 bệnh nhân (80 bệnh nhân nữ - 86% và 13 nam -14%; nữ/nam = 6,1/1). Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,31 tuổi. 100% mắt được điều trị dự phòng không bị tăng nhãn áp trong thời gian theo dõi 1 năm. Trước Laser, các

[1]Bệnh Viện Mắt Trung Ương
[2]Bệnh Viện Quân Y 103
[3]Bệnh Viện Mắt Hà Đông
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn
Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2020
Ngày duyệt bài: 7.12.2020

mắt nghiên cứu có tiền phòng rất hẹp với độ sâu tiền phòng trung tâm (ACD) đo được là 1,94±0,24 mm, độ mở góc tiền phòng (TIA) trung bình là 4,99±5,64°. Sau Laser tại thời điểm 6 tháng, độ sâu tiền phòng thay đổi không đáng kể với trung bình 1,97±0,21 mm, độ mở góc tăng lên 12,06±7,43°, sự khác biệt là rất có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Sau Laser 12 tháng, góc tiền phòng có xu hướng hẹp dần trở lại với trung bình chỉ số TIA 5,96±7,22°. Tỷ lệ biến chứng gặp phải trong nhóm nghiên cứu chiếm tỷ lệ 15,14%, trong đó hầu hết các biến chứng nhẹ, không ảnh hưởng đến thị lực và nhãn áp của bệnh nhân, khỏi sau 1 tuần. **Kết luận**: Laser LPI là phương pháp có hiệu quả trong điều trị dự phòng tăng nhãn áp với mắt Glôcôm góc đóng tiềm tàng không có mống mắt phẳng trong thời gian theo dõi 1 năm. Đây là thủ thuật an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp và nhẹ. Tuy nhiên hiệu quả dự phòng về mặt giải phẫu giảm dần theo thời gian.

Từ khóa: Glôcôm tiềm tàng, Laser LPI, Siêu âm UBM, Nghẽn đồng tử, Mống mắt phẳng

SUMMARY

PREVENTIVE EFFECT OF LPI FOR PACS EYES WITHOUT PLATEAU IRIS SYNDROME

Objectives: To evaluate the prophylactic effect of LPI in PACS eyes without plateau iris syndrome **Patients and Methods**: Descriptive study with longitudinal follow-up. Recruited eyes were no plateau iris unaffected eyes of acute angle closure patients. Study was conducted in 3 institutions: Vietnam National Eye Hospital, Ha Dong Eye Hospital and Eye department of 103 Military Hospital. Clinical and imaging features including IOP, angle opening, UBM characteristics were noted before LPI and after at 1 week, 1 month, 3 months, 6 months and 12 months. **Results**: study was based on results from 93 eyes of 93 patients (80 females – 86% and 13 males – 14%; female/male = 6,1/1). Mean age of studied group was 62,31 years. IOP of all studied eyes was within normal range over 1 year of follow-up. Before LPI, suspect eyes had shallow AC (1,94±0,24 mm) and narrow angle with mean TIA of 4,99±5,64°. 6 months after LPI, the change of ACD depth was unsignificant but the change of angle opening was remarkable (12,06±7,43° with p < 0,01). After 12 months, angle got narrower with TIA of TIA 5,96±7,22°. Rate of complications after LPI was 15,14% which was transient and responded well with standard treatment leaving no sequalae on VA and IOP. **Conclusion**: LPI was proven to be effective and safe in prevention of angle closure in unaffected eyes of angle closure acute attack patients without plateau iris syndrome after 1-year follow-up. The complications were uncommon and mild. However, the prophylactic effect seemed to decrease over time.

Key words: PACS, LPI, UBM, Pupil Block, Plateau Iris

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mắt tiềm tàng của bệnh nhân Glôcôm nguyên phát cấp tính có nguy cơ cao tiến triển thành bệnh lý Glôcôm thực sự. Nhờ sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh ứng dụng trong nhãn khoa, đặc biệt là siêu âm UBM cho phép xác định được cơ chế bệnh sinh gây đóng góc, trong đó hình thái không có mống mắt phẳng là hình thái rất hay gặp với cơ chế nghẽn đồng tử đóng vai trò chủ đạo. Laser LPI từ lâu đã được coi là phương pháp đầu tay giải quyết được tình trạng nghẽn đồng tử giúp mở góc tiền phòng. Do đó phương pháp này được chỉ định để điều trị dự phòng cho các trường hợp Glôcôm góc đóng tiềm tàng, hoặc các trường hợp có nguy cơ đóng góc cao. Các nghiên cứu trước đây đánh giá hiệu quả của laser LPI hầu hết được tiến hành trên tất cả các hình thái của Glôcôm tiềm tàng, mà không phân rõ theo cơ chế bệnh sinh, do vậy tính hiệu của của thủ thuật chưa thật sự được làm rõ. Nhằm làm sáng tỏ vai trò điều trị dự phòng bằng Laser LPI với mắt tiềm tàng của bệnh nhân góc đóng cấp và không do mống mắt phẳng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu *"Đánh giá hiệu quả dự phòng bằng laser cắt mống mắt chu biên trên mắt Glôcôm góc đóng nguyên phát tiềm tàng không có mống mắt phẳng".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh Viện Mắt Trung Ương, Bệnh Viện Mắt Hà Đông và Khoa Mắt Bệnh Viện Quân Y 103 từ tháng 05/2018 đến tháng 7/2020.

Đối tượng lựa chọn bệnh nhân: Đối tượng của chúng tôi là những mắt tiềm tàng của bệnh nhân đã có một mắt được chẩn đoán là glôcôm góc đóng nguyên phát cấp đến khám và điều trị tại 3 cơ sở chuyên khoa mắt nói trên.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Mắt được nghiên cứu là mắt Glôcôm góc đóng tiềm tàng không có hội chứng mống mắt phẳng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang có các bệnh ở bán phần trước: viêm kết mạc, viêm loét giác mạc, viêm màng bồ đào, đục TTT căng phồng, bệnh nội mô giác mạc mống mắt, nang thể mi …
- Mắt có tiền sử chấn thương, phẫu thuật nội nhãn, bệnh lý dịch kính võng mạc …
- Bệnh nhân không đủ điều kiện sức khỏe để tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc bỏ nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chúng tôi đưa vào nghiên cứu 93 mắt của 93 bệnh nhân.

Cách thức tiến hành: Tất các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được thăm khám lâm sàng toàn diện ghi nhận các triệu chứng cơ năng và

dấu hiệu thực thể. Nhãn áp được đo bằng nhãn áp kế Goldmann, bệnh nhân được làm thị trường để xác định giai đoạn bệnh Glôcôm. Mắt nghiên cứu được đánh giá góc tiền phòng trên cả soi góc thường và soi góc có ấn. Kết hợp với lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh trên UBM trước khi điều trị để loại trừ hình thái mống mắt phẳng theo tiêu chuẩn của Svend Vedel Kessing - John Thygesen (2007)[1]. Bệnh nhân được tiến hành laser cắt mống mắt chu biên bởi máy Laser YAG. Sau laser, bệnh nhân được khám và theo dõi tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Các đặc điểm về nhãn áp, thị lực, đặc điểm soi góc tiền phòng và siêu âm UBM được thu thập nhằm đánh giá hiệu quả dự phòng điều trị LPI.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số bệnh nhân mắt trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 93 mắt của 93 bệnh nhân, là các mắt tiềm tàng của bệnh nhân đã được chẩn đoán 1 mắt là Glôcôm góc đóng cấp tính. Trong đó có 80 bệnh nhân là nữ, chiếm tỷ lệ 86%, trong khi đó chỉ có 13 bệnh nhân nam, chiếm tỷ lệ 14%. Tỷ lệ nữ giới cao hơn nhiều so với nam giới, nữ/nam = 6,1/1.

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,31 tuổi. Trong đó bệnh nhân ít tuổi nhất là 38 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 88 tuổi. Đại đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi từ 60 tuổi trở lên, chiếm tỷ lệ đến 67,7%. số bệnh nhân trong độ tuổi từ 40 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ 30,1%. Trong khi đó số bệnh nhân dưới 40 tuổi chỉ chiếm có 2,2%.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, đại đa số mắt nghiên cứu có thị lực ở mức trung bình (60,4%), hoặc mức tốt (19,8%). Chỉ có 17,6% mắt có thị lực ở mức kém, và 2,2% mắt có thị lực ở mức rất kém. Trong thời gian theo dõi, thị lực của bệnh nhân được duy trì khá ổn định. Tại thời điểm tháng 12 sau laser, thị lực giảm nhẹ so với thời điểm trước laser, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tất cả các mắt nghiên cứu có mức nhãn áp trước khi laser nằm trong giới hạn bình thường với nhãn áp trung bình là 16,77±3,93 mmHg. Sau khi laser LPI, nhãn áp có xu hướng giảm, mức hạ nhãn áp cao nhất rơi vào ngày thứ nhất sau laser LPI với trung bình mức hạ nhãn áp là 2,13mmHg. Tại các thời điểm theo dõi sau đó, nhãn áp có xu hướng tăng nhẹ, tuy nhiên trung bình nhãn áp vẫn thấp hơn so với thời điểm trước khi laser, nhưng sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê. Trong quá trình theo dõi, không có trường hợp nào nhãn áp tăng quá giới hạn bình thường cần phải điều trị.

Trên soi góc tiền phòng, tại thời điểm trước laser, các mắt nghiên cứu có góc tiền phòng khá hẹp với 33,2% góc rất hẹp (độ 1) hoặc đóng toàn bộ (độ 0), 42,3% số góc ở mức hẹp (độ 2) và chỉ có 24,4% số góc tiền phòng mở (độ 3 và 4). Thời điểm sau 1 tháng laser, số góc tiền phòng đóng hoặc rất hẹp chỉ còn 9%, trong khi đó số góc tiền phòng ở mức hẹp chiếm 38%, và số góc tiền phòng mở chiếm đến 53%. Tương tự tại thời điểm 12 tháng sau laser, số lượng góc tiền phòng ở mức phân loại đóng hoặc rất hẹp chiếm 10,5%, số góc tiền phòng hẹp chiếm 43,6% và còn lại là số góc tiền phòng mở chiếm 45,9%.

Để đánh giá mức độ biến đổi độ mở của góc tiền phòng trước và sau laser chúng tôi có bảng kết quả:

Bảng 1. Biến đổi độ mở trung bình góc tiền phòng trên soi góc

	Trước DT	1 tháng	12 tháng
Trung bình	1,14±0,64	2,05±0,88	1,79±0,58
Mức thay đổi		0,94±0,91	0,62±0,74
P		<0,01	<0,01

Tại thời điểm trước khi điều trị, độ mở trung bình của góc tiền phòng ở mức 1,14 độ theo phân loại độ mở của Shaffer [2]. Tại thời điểm sau laser 1 tháng, độ mở trung bình của góc tiền phòng đạt mức 2,05 độ với mức tăng độ mở góc trung bình là 0,94 độ, và sự khác biệt này là rất có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Tại thời điểm sau laser 12 tháng, trung bình độ mở của góc tiền phòng đo được là 1,79 độ, độ mở góc có xu hướng giảm hơn so với thời điểm sau laser 1 tháng, tuy nhiên so với thời điểm trước khi laser, độ mở góc trung bình tăng 0,62 độ, và sự khác biệt này là rất có ý nghĩa thống kê với p<0,01

Đánh giá sự thay đổi các chỉ số của góc tiền phòng trên siêu âm UBM trong quá trình theo dõi được thể hiện thông qua bảng dưới đây:

Bảng 2. Các thông số trên UBM trước và sau khi điều trị bằng laser LPI

Chỉ số UBM	Trước ĐT	Sau 6 tháng		Sau 12 tháng	
		Trung bình	p	Trung bình	p
ACD	1,94±0,24	1,97±0,21	0,08	1,99±0,20	0,15
TIA	4,99±5,64	12,06±7,43	<0,01	5,96±7,22	0,21
ARA	0,03±0,05	0,08±0,06	0,01	0,03±0,03	0,02

AOD500	0,04±0,07	0,10±0,06	0,01	0,05±0,05	0,16
Độ vồng MM	0,32±0,67	0,09±0,67	<0.05	0,18±0,09	<0,05

Dựa trên đăc điểm các thông số bán phần trước nhãn cầu đo được trên UBM chúng tôi thu được kết quả: mắt nghiên cứu trước laser có tiền phòng tương đối nông với trung bình độ sâu tiền phòng đo được là 1,94±0,24mm; góc tiền phòng đai đa số hẹp và đóng với trung bình độ mở góc tiền phòng (TIA) đo được trên UBM đạt 4,99±5,64°, các thông số diện tích ngách tiền phòng (ARA) và khoảng cách mở góc (AOD500) đều rất thấp. Tuy nhiên độ vồng mống mắt lại rất cao với trung bình là 0,32±0,67mm.

Sau khi laser 6 tháng, độ sâu tiền phòng trung bình thay đổi không đáng kể ở cả 2 thời điểm 6 tháng và 12 tháng. Tuy nhiên độ mở góc tiền phòng tăng khá mạnh tại thời điểm 6 tháng sau laser với trung bình đo được 12,06±7,43°; Tại thời điểm 12 tháng, độ mở góc có xu hướng giảm trở lại như thời điểm trước laser với trung bình chỉ đạt 5,96±7,22°. Các thông số ARA và AOD500 cũng thay đổi tỷ lệ thuận với độ mở góc tiền phòng. Trong đó, độ vồng mống mắt thay đổi rất rõ ràng ở thời điểm 6 tháng sau laser, với trung bình mức giảm là 0,26±0,09mm, mống mắt trở lên phẳng hơn, tương xứng với góc tiền phòng được mở rộng ra. Tuy nhiên tại thời điểm 12 tháng sau laser, độ vồng mống mắt có xu hướng tăng trở lại với trung bình khoảng cách vồng mống mắt đo được là 0,18±0,09mm.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ/nam = 6,1/1 là cao hơn nhiều so với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền (2013) với tỷ lệ nữ/nam =4/1[3]. Tuy nhiên, tất cả các tác giả đều có cùng nhận định, tỷ lệ nữ mắc bệnh Glôcôm cao hơn nam liên quan đến sự khác biệt về đặc điểm giải phẫu, cũng như ảnh hưởng của yếu tố thần kinh và nội tiết giữa nam và nữ.

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,31 tuổi, trong đó 97,8% bệnh nhân là trên 40 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Thái Hà (2002) [5] có 98,3% bệnh nhân bị glôcôm góc đóng nguyên phát trên 40 tuổi, con số này là 96% theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy (2012) [6]. Trong đó độ tuổi trung bình của bệnh nhân theo tác giả Nguyễn Thị Thu Thủy [6] là 56,7 ± 9,22 tuổi, hay theo tác giả Nguyễn Văn Độ (2016)[4] với tuổi trung bình 64,68 ± 9,14tuổi. Đặc điểm phân bố về tuổi như vậy phù hợp với các nghiên cứu về dịch tễ của bệnh glôcôm góc đóng nguyên phát (là bệnh thường gặp ở người trên 40 tuổi.

Các mắt trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có thị lực hầu hết ở mức trung bình hoặc tốt. Kết quả thị lực này là tương đồng so với báo cáo của các nghiên cứu trong nước trước đây trên những mắt Glôcôm tiềm tàng như: nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền có tỷ lệ thị lực trên 20/80 chiếm tới 98,6% [3], hay nghiên cứu của tác giả Trần Tiến Đạt (2014)[7] với 86,6% bệnh nhân có thị lực trên 20/80. Kết quả thị lực này có thể được lý giải do mắt nghiên cứu là những mắt Glôcôm tiềm tàng, chưa biểu hiện bệnh, do đó thị lực còn chưa bị tổn hại.

Toàn bộ bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều có mức nhãn áp nằm trong giới hạn bình thường trước khi được điều trị. Nhãn áp trung bình đo được là 16,77mmHg. Sau khi được điều trị dự phòng bằng laser LPI, trong thời gian theo dõi 1 năm, không có trường hợp nào tiến triển tăng nhãn áp quá giới hạn bình thường. Mức nhãn áp trung bình đo được tại các thời điểm theo dõi hầu hết đều thấp hơn so với thời điểm trước khi laser, tuy nhiên sự khác biệt này là rất nhỏ và không có ý nghĩa thống kê. Điều này chứng tỏ laser LPI là có giá trị trong việc điều trị dự phòng tăng nhãn áp trên những mắt Glôcôm góc đóng tiềm tàng ít nhất trong thời gian theo dõi 1 năm.

Đánh giá hiệu quả của điều trị bằng laser LPI về mặt giải phẫu, chúng tôi dựa vào sự biến đổi của góc tiền phòng trên soi góc và trên siêu âm UBM. Tại thời điểm trước điều trị, hầu hết các mắt nghiên cứu có góc tiền phòng rất hẹp với 75,5% số góc tiền phòng trên soi góc là hẹp hoặc đóng, tương ứng với trên UBM, độ mở góc trung bình đo được chỉ 4,99±5,64°, trong khi đó độ vồng mống mắt rất cao với trung bình 0,32±0,67 mm. Tại thời điểm sau điều trị laser LPI 6 tháng, độ vồng mống mắt giảm mạnh, trung bình còn 0,09±0,67mm, kéo theo góc tiền phòng mở rộng hơn đáng kể. Lý giải nguyên nhân tăng độ mở góc tiền phòng sau laser LPI, là do Laser LPI giúp tạo một lưu thông thủy dịch mới, loại trừ được cơ chế nghẽn đồng tử, thủy dịch không bị tích tụ ở hậu phòng làm cho mống mắt không bị đẩy vồng lên nữa và góc tiền phòng được mở rộng ra.

Tuy nhiên tại thời điểm 12 tháng sau laser, độ vồng mống mắt cao trở lại, độ mở góc tiền phòng giảm mạnh, góc tiền phòng gần như trở về trạng thái ban đầu như trước khi được Laser.

Như vậy có thể thấy rằng, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, cơ chế nghẽn đồng tử khiến cho mống mắt bị đẩy vồng ra phía trước đóng vai trò chủ yếu trong việc gây ra tình trạng hẹp và đóng góc. Sự biến đổi độ vồng của mống mắt liên quan trực tiếp đến độ mở của góc tiền phòng. Tại thời điểm 12 tháng, vai trò của điều trị dự phòng bằng laser LPI giảm rất mạnh, điều này được lý giải bởi quá trình xơ hóa làm bít dần lỗ thông của cắt mống mắt, đồng thời sự tiến triển của đục thủy tinh thể cũng làm cho góc tiền phòng bị hẹp lại. Điều này lý giải tại sao mặc dù việc điều trị dự phòng bằng laser LPI cho kết quả rất tốt ngay sau khi điều trị, tuy nhiên kết quả này giảm dần theo thời gian, và có một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân vẫn tiếp tục tiến triển bệnh. Việc tìm ra các yếu tố làm giảm kết quả của việc điều trị dự phòng, đặt ra vấn đề có cần thực hiện lại việc laser LPI tại thời điểm 1 năm nhằm mở rộng lại lỗ laser cũ hoặc tạo thêm lỗ laser mới nếu lỗ laser cũ bị bít tắc. Một xu hướng khác hiện nay đó là phẫu thuật thủy tinh thể tương đối sớm khi chức năng điều tiết đã không còn nhằm giúp giải quyết tình trạng nghẽn đồng tử một cách triệt để hơn, ngăn chặn hiệu quả hơn nguy cơ chuyển đổi từ góc đóng tiềm tàng sang góc đóng thực thể và Glôcôm góc đóng [8].

V. KẾT LUẬN

Laser LPI là một phương pháp điều trị dự phòng có giá trị cao đối với mắt Glôcôm tiềm tàng không có hình thái mống mắt phẳng. Tuy nhiên hiệu quả của phương pháp này giảm dần theo thời gian, đặc biệt tại thời điểm 1 năm sau khi laser, mắt được điều trị gần như trở về trạng thái như trước khi được điều trị. Vì vậy việc phải điều trị bổ sung hoặc kết hợp thêm phương pháp điều trị khác nhằm hạn chế nguy cơ tiến triển thành Glôcôm thật sự trên những mắt Glôcôm tiềm tàng là việc làm cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kessing SV, Thygesen J (2007).** Main groups and subeclassification of primary angle closure. Primary angle closure and angle closure glaucoma. **Pp 49 – 53**.
2. **Bộ Y Tế - Bệnh Viện Mắt Trung Ương (2003).** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh glôcôm nguyên phát, ed. N.X.B.Y. học, Hà Nội, Tr 20.
3. **Nguyễn Thị Thu Hiền (2012),** Ứng dụng máy siêu âm sinh hiển vi đánh giá sự thay đổi bán phần trước nhãn cầu sau laser cắt mống mắt chu biên điều trị dự phòng Glôcôm góc đóng nguyên phát,Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Văn Độ và Phạm Thị Thu Thủy (2016),** Kết quả lâu dài phương pháp tạo hình góc tiền phòng bằng laser trong điều trị glôcôm góc đóng nguyên phát, Luận Văn Thạc Sỹ, Trường Đại Học Y Hà Nội
5. **Đỗ Thị Thái Hà (2002),** Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhân Glôcôm điều trị tại khoa tổng hợp – Viện Mắt từ tháng 10/2000 đến tháng 9/2002, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Thu Thủy (2012),** Nghiên cứu ứng dụng phương pháp tạo hình góc tiền phòng bằng laser trong điều trị bệnh glôcôm góc đóng nguyên phát, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y HN.
7. **Trần Tiến Đạt và Đào Thị Lâm Hường (2014**), Chẩn đoán hình thái glôcôm góc đóng nguyên phát giai đoạn tiềm tàng trước và sau laser cắt mống mắt chu biên bằng siêu âm UBM, Luận Văn Bác Sỹ Nội Trú, Trường Đại Học Y Hà Nội.
8. **Ephrem Melese, Jeffrey R. Peterson, Robert M. Feldman, Laura A. Baker, Nicholas P. Bell, Alice Z. Chuang, Lauren S. Blieden (2016).** Comparing Laser Peripheral Iridotomy to Cataract Extraction in Narrow Angle Eyes Using Anterior Segment Optical Coherence Tomography. PLoS One. 2016; 11(9): e0162283. Published online 2016 Sep 8. doi: 10.1371/ journal. pone. 0162283.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG NANG NHẦY MÔI VÀ NANG NHÁI SÀN MIỆNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP MỞ THÔNG VI THỂ

Phạm Thị Cẩm Thơ[1], Đặng Triệu Hùng[2], Lê Thị Thu Hải[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng được điều trị bằng phương pháp mở thông vi thể. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán là nang nhầy môi hoặc nang nhái sàn miệng tại Khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được điều trị bằng phương pháp mở thông vi thể từ 8/2019 đến 3/2020. **Kết quả:** Bệnh nhân trong khoảng từ 6 – 41 tuổi, tuổi trung bình là 22,43±10,52, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 10 – 20 tuổi; nữ gặp nhiều hơn nam (63% so với 37%); Yếu tố nguy cơ:

[1]Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh
[2]Viện đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện Trung ương quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Thơ
Email: camtho2h@gmail.com
Ngày nhận bài: 15.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 20.11.2020
Ngày duyệt bài: 30.11.2020

60% bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ, 23.33% bệnh nhân có thói quen cắn môi, 16.67% bệnh nhân có tiền sử sang chấn. Thời gian từ khi phát hiện bệnh đến khi điều trị từ 1 – 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 56.67%, dưới 1 tháng chiếm 40% và trên 12 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất 3.33%. Trong số 30 ca, 21 (70%) nang nhầy ở môi dưới, 9 (30%) nang nhầy ở sàn miệng, nang nhái gặp ở bên trái nhiều hơn bên phải (78% so với 22%).Kích thước trung bình của nang nhầy môi và nang nhái lần lượt là 10.47 ± 2.01mm và 23 ± 5.07mm. **Kết luận:** Nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng là bệnh lý thường gặp của tuyến nước bọt, chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng.

Từ khóa: nang nhầy nước bọt, nang nhái sàn miệng, tuyến dưới lưỡi, tuyến nước bọt phụ, chất nhầy, mở thông vi thể.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF MUCOCELE OF LIP AND RANULA TREATED USING THE MICRO-MARSUPIALIZATION TECHNIQUE

Objectives: To describe clinical features of lip mucocele and ranula treated using the micro – marsupialization technique. **Subjects and Methods:** A descriptive study of a case series of thirty patients presented with lip mucoceleor ranula at the Odonto – Stomatology department of Ha Noi Medical University Hospital, who were treated utilizing the micro-marsupialization technique from 8/2019 to 3/2020. **Results**: The patients'age was ranged between 6 and 41 years old, the mean age was 22,43 ± 10,52, the most common age group is 10-20 years old; number of female and male patients made up 63% and 37%, respectively. Risk factors: 60% of patients had no risk factors, 23,33% of patients had lip biting habit, and 16,67% of patients had trauma history.Time interval between first appearance of the mucoceles and time treatment: 1- 12 months accounts for the highest rate, 56,67% under 1 mont made up 40% and over 12 months accounts for the lowest rate of 3,33%. The period from the appearance of the mucoceles to the treatment: from 1-12 months accounts for the highest rate56,67%, under 1 month accounts for 40% and over 12 months accounts for the lowest rate of 3,33%.In 21 out of the 30 cases, lesions were located in the lower lip, which made up 70%, 9 cases (30%) the lesions were found in the floor of the mout;ranulas are likely to be on the left more than the right (78% and 22%). The average size of the mucoceles in the lower lip and the ranulas were 10,47 ± 2,01 mm and 23 ± 5,07mm, respectively. **Conclusion:** The mucocele and ranula are a common conditionof salivary glands,diagnosis is mainly based on clinical manifestion.

Keywords: mucocele, ranula, the minor salivary gland, sublingual gland, micro-marsupialization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang nhầy nước bọt là bệnh lý hay gặp trong Răng Hàm Mặt, do tổn thương tuyến nước bọt, dẫn đến sự thoát chất nhầy hoặc tích tụ chất nhầy tại chỗ do tăng tiết nước bọt trong mô mềm. Vị trí hay gặp là môi dưới và sàn miệng.[1] Các tổn thương được phân loại mô bệnh học là nang thoát chất nhầy và nang tích tụ chất nhầy, tùy thuộc vào sự hiện diện của lớp biểu mô dưới phân tích kính hiển vi. Nang do thoát mạch hầu hết được xem có nguồn gốc từ chấn thương, chẳng hạn cắn môi, trong khi nang do tích tụ chất nhầy là kết quả từ sự tắc nghẽn ống tuyến nước bọt phụ.[2] Nang nhầy thoát mạch chiếm hơn 80% tất cả nang nhầy và hay gặp ở bệnh nhân dưới 30 tuổi. Ngược lại, nang nhầy tích tụ tần suất gặp ít hơn và thường thấy ở bệnh nhân lớn tuổi.[3,4]

Nang nhầy tuyến nước bọt phụ thường gặp ở trẻ em hơn là người lớn, không phân biệt về giới tính, và có tiền sử lâm sàng của một sự sưng nhưng không đau, có thể xuất hiện trong vài tháng hoặc thậm chí vài năm trước khi bệnh nhân đến điều trị.[5,6] Nó hiếm khi lớn hơn 1.5 cm và luôn luôn ở nông. Trong khi nang nhái sàn miệng có nguồn gốc từ tuyến dưới lưỡi thì có kích thước lớn hơn, gây ra các vấn đề như khó chịu, ảnh hưởng đến phát âm, nhai và nuốt.[2]

Có nhiều phương pháp điều trị nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng. Ở Việt Nam các tài liệu nghiên cứu về vấn đề nang nhầy nước bọt mà chúng tôi thu thập được rất ít, đặc biệt chưa thấy có thử nghiệm điều trị nào bằng phương pháp mở thông vi thể, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng được điều trị bằng phương pháp mở thông vi thể tại khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh viện ĐH Y Hà Nội từ 8/2019 đến 3/2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân đến khám tại khoa Răng – Hàm – Mặt bệnh viện trường Đại học Y Hà Nội được chẩn đoán là nang nhái sàn miệng và/hoặc nang nhầy môi từ 8/2019 đến 3/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Nang nhái sàn miệng loại nông kích thước ≤ 35 mm hoặc nang nhầy môi kích thước ≥ 5 mm.
- Điều trị lần đầu.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và hợp tác tốt, có thể tái khám theo hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin.
- Bệnh nhân đã điều trị trước đây bằng bất kỳ phương pháp nào.
- Nang mới bị vỡ trong vòng 02 tuần

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh: Tiến cứu

những bệnh nhân điều trị nang nhái sàn miệng và nang nhầy môi bằng phương pháp mở thông vi thể từ 8/2019 đến 3/2020.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích, n = 30.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào máy tính và xử lý theo phần mềm SPSS 16.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân được giải thích về nghiên cứu.Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.Quy trình khám và điều trị đảm bảo không gây ra bất kỳ ảnh hưởng xấu nào cho đối tượng nghiên cứu.Mọi thông tin của đề tài chỉ phục vụ nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

- Giới tính: nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh nhiều hơn nam giới, tỷ lệ nữ/nam = 1,7 (trong đó nữ chiếm 63%, nam chiếm 37%)

- Tuổi: Nhóm tuổi từ 10- 20 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 33,33%. Nhóm dưới 10 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 13,33%. Tuổi thấp nhất là 06 tuổi, tuổi cao nhất là 41 tuổi, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 22,43 ± 10,52 tuổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng:

Bảng 1: Yếu tố nguy cơ gây bệnh

Yếu tố nguy cơ	N	Tỷ lệ
Sang chấn	5	16,67
Nhiễm trùng	0	0
Cắn môi	7	23,33
Nguyên nhân khác	18	60,0

Nhận xét: Trong nhóm yếu tố nguy cơ gây bệnh, nhóm bệnh nhân không có yếu tơ nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất với 60%, nhóm cắn môi và có sang chấn lần lượt chiếm tỷ lệ 23,33 và 16,67%.

Bảng 2: Thời gian từ khi xuất hiện nang đến khi điều trị

Thời gian	N	Tỷ lệ
>12 tháng	1	3,33
Từ 1 – 12 tháng	17	56,67
<1 tháng	12	40

Nhận xét: Nhóm đến khám bệnh từ 1- 12 tháng sau khi có triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,57%; nhóm đến khám bệnh trên 12 tháng sau khi có triệu chứng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,33%

Bảng 3: Vị trí phân bố và kích thước trung bình nang nhầy môi (N=21)

Vị trí lâm sàng	N	Tỷ lệ
Môi trên	21	100
Môi dưới	0	0
Kích thước nang TB ± ĐLC: 0,47 ± 2,01		

Nhận xét: Trong tổng số 21 bệnh nhân nang nhầy môi, 100% bệnh nhân có nang nằm ở môi dưới; kích thước nang trung bình của nang nhầy môi là 10,47 ± 2,01mm.

Bảng 4: Vị trí phân bố và kích thước trung bình của nang nhái sàn miệng

Vị trí lâm sàng	N	Tỷ lệ
Sàn miệng bên phải	2	22
Sàn miệng bên trái	7	78
Kích thước nang TB ± ĐLC: 23 ± 5,07		

Nhận xét: Trong số 9 ca nang nhái sàn miệng, có 7 ca ở bên trái (chiếm 78%) và 2 ca ở bên phải (22%). Kích thước trung bình của nang nhái 23 ± 5,07 mm.

Bảng 5. Triệu chứng cơ năng của nang nhái sàn miệng

Triệu chứng LS	N	Tỷ lệ
Đau	0	0
Không đau	9	100
Sưng dưới hàm	0	0
Sưng sàn miệng	9	100
Vướng khi nói, nhai hoặc nuốt	8	88,89
Không vướng khi nói, nhai hoặc nuốt	1	11,11

Nhận xét: 100% bệnh nhân nang nhái sàn miệng có sưng sàn miệng, không có triệu chứng đau; 88,89 % bệnh nhân có vướng khi nói, nhai hoặc nuốt.

Bảng 6. Triệu chứng cơ năng của nang nhầy môi

Triệu chứng cơ năng	Không vướng		Có vướng		Tổng	
Sưng môi	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)
	3	14,29	18	85,71	21	100
Đau	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Trong tổng số 21 ca nang nhầy môi, chỉ có 3 trường hợp sưng môi nhưng không vướng (14,29%), còn 18 trường hợp vừa có sưng vừa vướng môi (85,71%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 22,43 ± 10,52 tuổi, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 10 – 20 tuổi (33,33%), phù hợp với báo cáo của nhiều tác giả khác.Theo

nghiên cứu của Girish B. Giraddi và Aamir Malick Saifi, khoảng 85% tổn thương xuất hiện ở bệnh nhân dưới 30 tuổi và khoảng tuổi từ 6 – 42 tuổi,[7] điều này ở nghiên cứu của chúng tôi là 70% và độ tuổi dao động từ 6 – 41 tuổi.

4.1.2. Đặc điểm về giới: Các tài liệu báo cáo rằng nang nhầy nước bọt nói chung ảnh hưởng đến cả hai giới như nhau.Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới, có kết quả tương tự với nghiên cứu của Emad F. Essa và cộng sự cho thấy 66,7% là nữ và 33,3% là nam.[8] Báo cáo kết quả của Delbem và cộng sự, nữ giới chiếm ưu thế: khoảng 70% trong số 41 trường hợp.[5] Theo Baurmash không có xu hướng giới tính nào đối với nang nhầy nước bọt.[6]

4.2. Đặc điểm lâm sàng của nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng:

4.2.1. Yếu tố nguy cơ: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Có 60% bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ, 23,33% bệnh nhân có thói quen cắn môi, 16,67% bệnh nhân có tiền sử sang chấn, và không có ca nào có yếu tố nhiễm trùng tại chỗ.Theo nhiều nghiên cứu đã báo cáo, yếu tố căn nguyên chính của nang nhầy nước bọt là chấn thương và tắc nghẽn ống tuyến nước bọt liên quan. Thói quen cắn môi và lưỡi cũng là một trong những yếu tố làm trầm trọng thêm. Nghiên cứu của Shallu Bansal và cộng sự tiến hành trên 30 bệnh nhân có nang nhầy môi dưới chia thành hai nhóm, cắn môi được tìm thấy là yếu tố nguy cơ chính ở cả hai nhóm (40% mỗi nhóm), theo sau là chấn thương do thể thao (26,7% ở nhóm A và 20% ở nhóm B) và tấn công (13,3% ở mỗi nhóm). Sự tắc nghẽn ống dẫn của các tuyến nước bọt phụ do vôi hóa hoặc bất kỳ chấn thương nào cũng có thể là nguyên nhân của nang nhầy. Tuy nhiên, đối với nang nhầy bề mặt, chấn thương không phải lúc nào cũng xuất hiện và đóng vai trò trong sinh bệnh học.Trong nhiều trường hợp, viêm niêm mạc liên quan đến ống tuyến nước bọt kết quả là tắc nghẽn, giãn ống và vỡ ống làm tràn dịch dưới biểu mô.Những thay đổi trong chức năng của các tuyến nước bọt và thay đổi thành phần của nước bọt có thể đóng góp cho sự phát triển của nang nhầy.Điều này góp phần giải thích cho kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có 60% không tìm thấy yếu tố nguy cơ nào. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu trên 13 trường hợp nang nhầy của N. B. Nagaveni và cộng sự, 23,08% bệnh nhân có thói quen cắn môi má, 7,69% bệnh nhân bị sang chấn mãn tính do răng trước hàm trên mọc lệch và 69,23% còn lại không có nguyên nhân xác định nào được biết đến cho sự xuất hiện của các nang nhầy nước bọt.

4.2.2.Thời gian từ khi phát hiện bệnh đến khi vào viện: Theo nghiên cứu của chúng tôi: Các bệnh nhân đến khám trong khoảng thời gian từ 1 – 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 56.67%, dưới 1 tháng chiếm 40% và trên 12 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất chỉ 3.33%. Đa số bệnh nhân ở cả hai giới đều đến khám trong khoảng thời gian từ 1- 12 tháng, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p = 0.821 (>0.05). Nhiều tác giả đồng ý rằng nang nhầy nước bọt có thể hiện diện trong vài tháng hoặc thậm chí vài năm trước khi bệnh nhân điều trị vì bản chất không gây đau của chúng dẫn đến bệnh nhân thường hay chủ quan và đi khám muộn.

4.2.3. Triệu chứng cơ năng: Triệu chứng cơ năng của nang nhầy nước bọt nghèo nàn, nó xuất hiện dưới dạng một khối sưng tròn, thường không có triệu chứng, mặc dù ở một số bệnh nhân, chúng có thể gây khó chịu và cản trở việc nói, nhai và nuốt.[6] Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân thấy có khối sưng và không đau, 85,71% bệnh nhân nang nhầy môi có cả sưng môi và vướng, 88,89% bệnh nhân nang nhái có triệu chứng vướng khó chịu khi thực hiện chức năng nói, nhai, nuốt. Kết quả của chúng tôi khá là tương đồng với báo cáo của Nguyễn Xuân Thực.

4.2.4. Vị trí nang: Trong chùm ca bệnh của chúng tôi, có 21 bệnh nhân nang nhầy ở môi dưới (chiếm 70%) và 9 bệnh nhân nang nhầy ở sàn miệng (chiếm 30%). Về tỷ lệ ở môi dưới thì phù hợp với nghiên cứu của Girish B. Giraddi và cộng sự trên 20 bệnh nhân: 70% ở môi dưới, 15% ở niêm mạc má, 10% ở sàn miệng và 5% ở môi trên.**[7]** Tuy nhiên, do trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn nhóm bệnh nhân có nang nhầy ở môi và sàn miệng, nên tỷ lệ chỉ so sánh mức độ tương đối. Kết quả của chúng tôi không phù hợp với báo cáo của Delbem và cộng sự (nghiên cứu 14 trường hợp nang nhầy): 35.72% ở môi dưới, 7.14% ở bụng lưỡi và ở sàn miệng chiếm tỷ lệ nhiều nhất 57.14%.**[5]** Môi dưới là vị trí phổ biến nhất của nang nhầy vì nó là vị trí dễ bị chấn thương nhất, khoảng 40% đến 80% các tổn thương nang nhầy được tìm thấy ở môi dưới, kết quả của chúng tôi cũng nằm trong khoảng này. Theo Yagüe – Garcia thì môi dưới là vị trí phổ biến nhất của nang nhầy, sau đó là niêm mạc má và sàn miệng; **[3]**tuy nhiên nó có thể phát triển ở bất kỳ vị trí nào mà có sự hiện diện của tuyến nước bọt phụ. Riêng nang nhái sàn miệng, trong nghiên cứu của chúng tôi, nang bên trái

chiếm tỷ lệ cao hơn 78%, bên phải chỉ 22%, không có ca nào ở hai bên sàn miệng. Kết quả này khá là tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thực: bên trái chiếm 67.7%, bên phải chiếm 32.3% và cũng không có trường hợp nang ở hai bên.

4.2.5. Kích thước nang: Theo phân tích của chúng tôi, kích thước trung bình của nang nhầy môi là 10,47 ± 2,01mm và kích thước trung bình của nang nhái là 23 ± 5.07mm. Kích thước này được tính theo đường kính lớn nhất của tổn thương. Theo Yagüe – García và cộng sự, đường kính nang nhầy từ 1 mm đến vài cm, trung bình là 9mm.[3] Các tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi cũng nằm trong khoảng này. Đối với nang nhái sàn miệng, thì đặc trưng của nó là những khoang nang lớn (>2cm). Tuy nhiên theo Baurmash, những tổn thương ở bề mặt có kích thước từ 0.5 đến 1.5cm, còn nang nhái phát sinh từ tuyến thì >1.5cm đến 3cm. Trong 9 ca nang nhái sàn miệng của nghiên cứu này thì ghi nhận kích thước trong khoảng 18 – 35mm, phù hợp với nhiều nghiên cứu đã báo cáo trước đây.

V. KẾT LUẬN

Nang nhầy nước bọt gặp chủ yếu ở người trẻ, tuổi trung bình là 22,43 ± 10,52 tuổi, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 10 – 20 (chiếm 33.33%). Nữ giới gặp nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam là 1.7 (trong đó nữ 63%, nam 37%).

Thói quen cắn môi, hoặc sang chấn là những yếu tố nguy cơ của bệnh.

Triệu chứng cơ năng của nang nhầy môi và nang nhái sàn miệng khá nghèo nàn, chủ yếu là một khối sưng ở môi hoặc sàn miệng, không đau, kích thước lớn thường gây vướng khi ăn nhai, nói và nuốt.

Nang nhầy môi dưới chiếm đa số (70%), nang nhái sàn miệng chiếm 30%, nang nhái gặp bên trái nhiều hơn bên phải (78% so với 22%). Kích thước trung bình của nang nhầy môi là 10,47±2,01mm, của nang nhái là 23±5,07 mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Common Oral Lesions:** Part I. Superficial Mucosal Lesions - American Family Physician. Accessed October 16, 2020. https://www. aafp.org/afp/ 2007/0215/p501.html
2. **Huang I-Y, Chen C-M, Kao Y-H, Worthington P.** Treatment of Mucocele of the Lower Lip With Carbon Dioxide Laser. J Oral Maxillofac Surg. 2007;65(5):855-858. doi:10.1016/j.joms.2006.11.013
3. **Yagüe García J, España Tost AJ (Antonio J, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Treatment of oral mucocele - scalpel versus CO2 laser**. Published online September 1, 2009. Accessed October 18, 2020. http:// diposit.ub.edu/ dspace/ handle/ 2445/50730
4. **Seifert G, Donath K, von Gumberz C**. [Mucoceles of the minor salivary glands. Extravasation mucoceles (mucus granulomas) and retention mucoceles (mucus retention cysts) (author's transl)]. HNO. 1981;29(6):179-191.
5. **Delbem AC, Cunha RF, Vieira AE, Ribeiro LL.** Treatment of mucus retention phenomena in children by the micro-marsupialization technique: case reports. Pediatr Dent. 2000;22(2):155-158.
6. **Baurmash HD.** Mucoceles and ranulas. J Oral Maxillofac Surg. 2003;61(3):369-378. doi:10.1053/joms.2003.50074
7. **Giraddi GB, Saifi AM.** Micro-marsupialization versus surgical excision for the treatment of mucoceles. Ann Maxillofac Surg. 2016;6(2):204-209. doi:10.4103/2231-0746.200324
8. **Essa.** Micro-marsupialization as a conservative therapeutic approach for management of pediatric oral mucoceles. Accessed October 18, 2020. http://www.tmj.eg.net/article.asp?issn=1687-8574; year=2019; volume=16; issue=3; spage=142; epage=148; aulast=Essa

VIÊM RUỘT NON DO BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP

Nguyễn Xuân Quýnh*, Dương Mình Thắng*

TÓM TẮT

Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống là một bệnh tự miễn biểu hiện dư thừa các kháng thể kháng nhân và các phức hợp bổ thể tự miễn. Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống có thể gây ảnh hưởng ở mọi hệ thống cơ quan. Bệnh lupus ban đỏ hệ thống có thể gây tổn thương trên đường ống tiêu hóa từ miệng đến ống hậu môn. Tổn thương ruột non do lupus là tổn thươnghay gặp nhất trên ống tiêu hóa và điều trị có đáp ứng tốt nhưng có thể tiến triển hoại tử nếu không có chẩn đoán xác định và điều trị đúng. Tổn thương đường tiêu hóa do bệnh lupus ban đỏ hệ thống bệnh ít gặp hơn so với bệnh thận do Lupus. Đây là bài báo cáo ca bệnh hiếm gặp vào viện với tình trạng viêm ruột non sau đó được chẩn đoán bệnh Lupus ban đỏ hệ thống tổn thương ruột non ở Bệnh viện TW Quân đội 108.

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Quýnh
Email: Dr.quynh12345@gmail.com - 0968447369

Ngày nhận bài: 8.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 18.11.2020
Ngày duyệt bài: 30.12.2020

Từ khóa: Bệnh lupus ban đỏ hệ thống, viêm ruột do lupus ban đỏ hệ thống, viêm ruột non.

SUMMARY

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS RELATED SMALL BOWEL DISEASES: A CASE REPORT

Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune inflammatory disease characterized by the presence of a plethora of autoantibodies and immune complex formation. Virtually every system and organ can be affected by SLE. Lupus enteritis involving the entire gastrointestinal tract from the esophagus and stomach to the rectum. Most descriptions of enteritis involve the small bowel and SLE- related small bowel diseases is very responsive to treatment but can have devastating consequences if not detected. Gastrointestinal symptoms are not as common as lupus nephritis. This is the report of SLE–related small bowel diseases which is rate presently in 108 Military Central Hospital.

Keywords: Systemic lupus erythematous, lupus enteritis, small bowel diseases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biểu hiện trên tiêu hóa trong bệnh cảnh lupus ban đỏ hệ thống lần đầu tiên được mô tả bởi Sir William Osler in 1895 [1]. Lupus ban đỏ hệ thống có thể ảnh hưởng mọi phần đường ống tiêu hóa từ miệng đến trực tràng và nhiều cơ quan tiêu hóa khác [2]. Trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống là một nguyên nhân gây ra cơn đau bụng cấp, chẩn đoán có thể dễ nhầm với bệnh khác gây ra cơn đau bụng cần phải loại trừ. Trên ống tiêu hóa từ miệng tới hậu môn, tổn thương ở ruột non là hay gặp nhất [3,4]. Trong đó tổn thương ở hệ tiêu hóa do bệnh lupus ban đỏ hệ thống có các thể bệnh viêm mạch mạc treo, tổn thương thoát protein tại ruột, viêm thanh mạch ruột gây giả tắc ruột, hiếm gặp hơn là bệnh cediac ruột và viêm ruột [3].

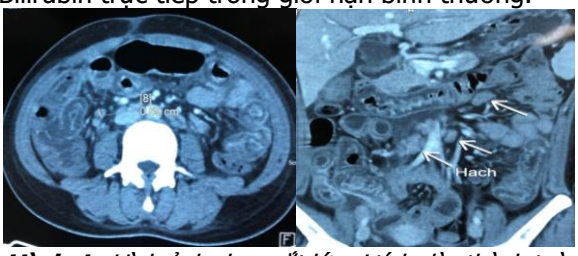
Viêm ruột do Lupus ban đỏ hệ thống hiếm gặp và khó chẩn đoán. Chúng tôi gặp ca bệnh vào Khoa Điều trị các bệnh Ống tiêu hóa- Viện điều trị các bệnh tiêu hóa- Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 với tình trạng đau bụng và nôn. Bệnh nhân đã được làm xét nghiệm chẩn đoán xác định là viêm ruột non do bệnh Lupus ban đỏ hệ thống. Đây là ca bệnh chưa từng được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống nhưng có biểu hiện trên đường tiêu hóa. Thường bệnh Lupus ban đỏ hệ thống thường hay biểu hiện ở cơ quan da, khớp, thận và ít khi biểu hiện rầm rộ ở cơ quan tiêu hóa và nhất là với những bệnh nhân phát hiện chẩn đoán lần đầu.

II. CA LÂM SÀNG:

Bệnh nhân nữ 38 tuổi vào khoa cấp cứu với tình trạng đau bụng.

Bệnh nhân có tiền sử viêm đau khớp cổ chân 2 bên 3 năm, có 1 đợt đau bụng cấp tính tương tự vậy đã được phẫu thuật nội soi thăm dò ổ bụng cách đây 08 tháng nhưng không chẩn đoán được bệnh, sau đó bệnh thoái lui.

Trước lúc vào viện 2 ngày bệnh nhân đau bụng vào bệnh viện tỉnh sau đó chuyển Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 điều trị, trong tình trạng xuất hiện đau cấp tính cả vùng bụng và đau nhiều từng cơn dữ dội quanh rốn kèm theo buồn nôn và nôn ra thức ăn cũ sau đó ra dịch dạ dày và không nôn ra máu, đại tiện phân nát không ra máu 1-2 lần/ ngày và cảm thấy yếu, mệt lả. Bệnh nhân vào khoa cấp cứu sau đó chuyển lên khoa Điều trị các bệnh Ống tiêu hóa- Viện điều trị các bệnh Tiêu hóa được khám trong tình trạng: tỉnh, bụng mềm, bụng chướng nhiều, không có phản ứng cơ thành bụng, ấn bụng hầu hết đều đau, không rõ điểm đau khu trú, sờ thấy các quai ruột. Không sốt, da niêm mạc hồng, không có ban đỏ trên mặt và trên người, không có loét miệng. Xét nghiệm thấy bạch cầu trong máu tăng, bạch cầu chuyển trái, Siêu âm ổ bụng và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng: hình ảnh các quai ruột non thành dầy, hình ảnh bia bắn, ít dịch trong ổ bụng, không thấy tổn thương các mạch mạc treo (hình 1,2). Xét nghiệmmen Ure, Creatininine, AST, ALT, GGT, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp trong giới hạn bình thường.



Hình 1: *Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính dày thành toàn bộ các quai ruột non ở cả hỗng tràng và hồi tràng, hạch phản ứng trong ổ bụng và dịch trong ổ bụng.*

Sau khi khám bệnh chúng tôi chẩn đoán: Viêm ruột non chưa rõ căn nguyên, dựa vào 1 số thông số xét nghiệmvà khai thác thêm tiền sử bệnh chúng tôi cho làm bổ xung thêm xét nghiệm sinh hóa máu, nước tiểu và miễn dịch cho thấy một số kết quả bất thường: Bạch cầu tăng và chuyển trái: BC: 15.4 T/L, N: 70,5%, Protein máu giảm: 50,9 g/l (bình thường 66-80 g/l) và albumin giảm: 22,7 g/l máu (bình thường 35-50 g/l), nước tiểu có protein niệu và hồng cầu niệu.Xét nghiệm miễn dịch ANA dương tính và ds DNA dương tính, bổ thể giảm.

Dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLICC 2012) thấy có 6 tiêu

chuẩn ở BN: [6]

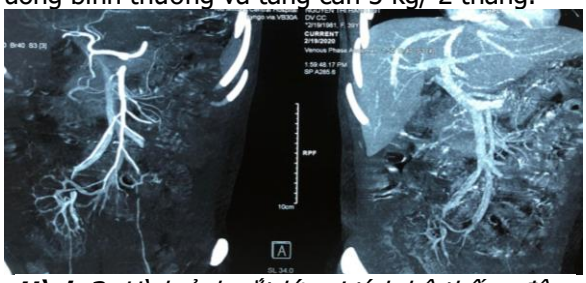
Tiêu chuẩn lâm sàng:

1. Tổn thương thanh mạc (Thanh mạc ruột non)
2. Tổn thương thận (Protein niệu, hồng cầu niệu)
3. Viêm khớp (Đau nhẹ cổ chân 2 bên)

Tiêu chuẩn miễn dịch:

1. ANA dương tính
2. Anti- DNA dương tính
3. Bổ thể giảm

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột non do lupus ban đỏ hệ thống ngày 02 sau khi vào viện. Dùng thuốc corticoid: Methypresnisolon 80 mg/ ngày sau đó bệnh nhân đỡ mệt nhiều, đau bụng giảm dần và hết đau bụng, bụng mềm, không chướng bụng và ăn được cháo. Sau đó bệnh nhân tiếp tục điều trị ra viện duy trì dùng liều Methypresnisolon 48 mg/ ngày. Hiện tại bệnh nhân ổn định, không sốt, không đau bụng, ăn uống bình thường và tăng cân 3 kg/ 2 tháng.



Hình 2: *Hình ảnh cắt lớp vi tính hệ thống động tĩnh mạch mạc treo không thấy tổn thương hay huyết khối.*

III. BÀN LUẬN

Biểu hiện lâm sàng của viêm ruột non do lupus ban đỏ hệ thống thì không đặc hiệu thường liên quan đến đau bụng và nôn nên chẩn đoán xác định bệnh gặp nhiều khó khăn. Chẩn đoán xác định muộn có thể dẫn đến hoại tử ruột gây ra thủng ruột, nguy cơ tử vong cao [6].Thường thì đợt bùng phát bệnh một nửa trong số là này có nguyên nhân là từ sự dụng thuốc hay các đợt bội nhiễm virus,vi khuẩn. Theo một nghiên cứu khi mổ tử thi nghiên cứu tổn thương ruột non do bệnh lupus ban đỏ hệ thống thấy có 60%-70%, tuy nhiên chỉ có 10% được công nhận trên lâm sàng[8]. Đây là ca bệnh hiếm gặp tiền sử chưa được chẩn đoán ra bệnh lupus ban đỏ hệ thống, bệnh nhân đã từng chẩn đoán viêm phúc mạc và phẫu thuật nội soi thăm dò ổ bụng trước đây nhưng không phát hiện tổn thương gì, sau đó bệnh thoái lui. Bệnh nhân vào viện đợt này là đợt tiến triển của bệnh với biểu hiện bệnh viêm ruột non với triệu chứng không điển hình chủ yếu là đau bụng và nôn.

Ngày đầu đã điều trị viêm ruột nôn theo chiều chiều hướng nhiễm khuẩn không đỡ, mặt khác bệnh nhân đã từng có cơn đau bụng cấp tương tự trước đây, đặc biệt bệnh nhân có tổn thương thận, khớp. Bằng cách chẩn đoán loại trừ chúng tôi đã nghĩ tới bệnh tự miễn hệ thống.Sau khi bổ sung xét nghiệm và dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLICC 2012) với 6/11 tiêu chuẩn. Bệnh nhân vào viện được chẩn đoán xác định sớm, điều trị phù hợp và đáp ứng điều trị tốt với corticoid, triệu chứng cải thiện nhanh và hồi phục hoàn toàn.

Janssens và các cộng sự [4] báo cáo 143 bệnh nhân trong đó tổn thương trong đó tổn thương ở hỗng tràng chiếm 83%, hồi tràng 84%, đại tràng là 19%, tổn thương tá tràng là 17% và trực tràng là 4%. Lee et al.[8] báo cáo trong 17 bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống gây tổn thương ở ruột thì có 85 % tổn thương ở hỗng tràng, 80% tổn thương ở hồi tràng, tổn thương trực tràng có 14%. Trong tất cả các báo cáo đó, bệnh nhân đều đáp ứng tốt với điều trị corticoid [4,9]. Do đó, chẩn đoán chính xác là việc có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Với ưu điểm của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán, kết hợp với các xét nghiệm khác bệnh nhân đã được chẩn đoán sớm, tỉ lệ tử vong đã giảm và bệnh điều trị giảm nhanh các triệu chứng, đáp ứng với thuốc corticoid tốt [8].

Trường hợp này bổ sung vào y văn như bằng chứng là bệnh viêm ruột non do bệnh lupus ban đỏ hệ thống mà không có xét nghiệm mô bệnh học. Xét nghiệm mô bệnh học thường không có ý nghĩa trong chẩn đoán xác định viêm ruột non do bệnh lupus ban đỏ hệ thống. Viêm ruột non do Lupus ban đỏ hệ thống bệnh sinh do phức hợp tự miễn và hoạt hóa bổ thể liên quan chủ yếu đến tế bào nội mô. Đây có sự kết hợp giữa bạch cầu trung tính – tế bào đáy nội mô và có thể ảnh hưởng đến bít tắc do nút bạch cầu trong các vi mạch[9]. Hệ thống hoạt hóa bổ thể có thể dẫn đến tổn thương nhiều vi mạch và làm tăng tính thấm có thể ảnh hưởng sự lưu thông hệ mạch mạc treo dẫn đến rò các mao quản mạch ở ruột làm phù nề lớp hạ niêm mạc [3]. Tương tự, Musaev và cộng sự báo cáo trên 12 trẻ bị bệnh Lupus ban đỏ hệ thống và viêm dạ dày tá tràng mạn tính. Sinh thiết dạ dày và tá tràng trong đợt cấp tính của bệnh phát hiện thấy các phức bộ miễn dịch ở trong lòng động mạch, một số trường hợp có thể thấy huyết khối trong vi mạch [4].

IV. KẾT LUẬN

Viêm ruột non do bệnh lupus ban đỏ hệ thống là biểu hiện tổn thương nghiêm trọng ở

ruột non trong bệnh cảnh lupus ban đỏ hệ thống, là bệnh tương đối hiếm gặp. Đây là báo cáo phát hiện tổn thương ruột non sau đó đi đến được chẩn đoán xác định bệnh lupus ban đỏ hệ thống gây viêm ruột non. Bệnh nhân vào viện được chẩn đoán xác định sớm, điều trị khi dùng các thuốc corticoid đáp ứng rất tốt, cải thiện triệu chứng nhanh trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Osler W.** On the visceral complications of erythema exudativum multiforme. Am J Med Sci. 1895;110:629–646. [Google Scholar]
2. **Sultan SM, Ioannou Y, Isenberg DA.** A review of gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus. Rheumatology. 1999;38:917–932. [PubMed] [Google Scholar]
3. **Tian XP, Zhang X.** Gastrointestinal involvement in systemic lupus erythematosus: Insight into pathogenesis, diagnosis and treatment. World J Gastroenterol. 2010;16:2971–2977. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
4. **Janssens P, Arnaud L, Galicier L, Mathian A, Hie M, Sene D, Haroche J,** Veyssier-Belot C, et al. Lupus enteritis: from clinical findings to therapeutic management. Orphanet J Rare Dis. 2013;8:67. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
5. **Isenberg DA, Rahman A, Allen E, Farewell V, Akil M, Bruce IN, D'Cruz D, Griffiths B, Khamashta M, Maddison P, McHugh N, Snaith M, Teh LS, Yee CS, Zoma A, Gordon C. BILAG 2004.** Development and initial validation of an updated version of the British Isles Lupus Assessment Group's disease activity index for patients with systemic lupus erythematosus. Rheumatology (Oxford) 2005;44:902–906. [PubMed] [Google Scholar]
6. **Subramanian Shankar,** Mạ Abhishek Pathak, "Redefining Lupus in 2012", Chapter 99.6.2012 SLICC SLE Criteria. Rheum Tutor.com.
7. **Takeno M, Ishigatsubo Y.** Intestinal manifestations in systemic lupus erythematosus. Intern Med 2006; 45: 41-42.
8. **Lee C-K, Ahn MS, Lee EY, Shin JH, Cho Y-S, Ha HK, Yoo B, Moon H-B**. Acute abdominal pain in systemic lupus erythematosus: focus on lupus enteritis (gastrointestinal vasculitis) Ann Rheum Dis. 2002;61:547–550. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
9. **Smith LW, Petri M. Lupus enteritis:** an uncommon manifestation of systemic lupus erythematosus. J Clin Rheumatol. 2013;19:84–86. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG LỰA CHỌN PHÁC ĐỒ HẠ GLUCOSE MÁU Ở CÁC BỆNH NHÂN ĐTĐ TYPE 2 MỚI PHÁT HIỆN TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thu Trang[1], Lê Quang Toàn[1], Nguyễn Khoa Diệu Vân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng lựa chọn thuốc hạ glucose máu ở các bệnh nhân ĐTĐ type 2 mới phát hiện tại Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 204 bệnh nhân tuổi từ 16-81 mới được chẩn đoán xác định bệnh ĐTĐ type 2 đến khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. **Kết quả:** Metformin được chỉ định ở 85% bệnh nhân dùng đơn trị thuốc uống hạ glucose máu. Các kết hợp thuốc uống thường dùng nhất là metformin phối hợp với ức chế DPP4 và với ức chế SGLT2, chiếm lần lượt 41,9% và 22,6% trong các phác đồ kết hợp thuốc uống. Trong các phác đồ có insulin, insulin đơn trị và kết hợp metformin chiếu hầu hết các trường hợp, lần lượt 62,5% và 21,3%. Ở bệnh nhân có HbA1c < 7%, 88,5% được dùng thuốc uống đơn trị; với mức HbA1c 7 - <8,5%: 64% dùng kết hợp thuốc uống và 32% dùng thuốc uống đơn trị; với mức HbA1c 8,5 - <10%: 67,9% dùng thuốc uống kết hợp, 32,1% có dùng insulin; với mức HbA1c ≥ 10%: 88,4% có dùng insulin, 10,3% dùng thuốc uống kết hợp. **Kết luận:** Ở bệnh nhân ĐTĐ type mới được chẩn đoán tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, metformin là thuốc được sử dụng ở hầu hết bệnh nhân, cả đơn trị và kết hợp. Các thuốc uống hạ glucose máu thế hệ mới cũng được sử dụng ở mốt tỷ lệ đáng kể bệnh nhân, nhiều hơn so với sulfonylurea. Phần lớn chỉ định các phác đồ thuốc hạ glucose máu tuân theo các khuyến cáo chung hiện nay. Tuy nhiên, có tình trạng điều trị kiểm soát glucose máu tích cực hơn ở bệnh nhân có tình trạng gluose máu tăng mức nhẹ đến trung bình và ngược lại có tình trạng điều trị thiếu tích cực ở bệnh nhân có tình trạng glucose máu rất cao.

Từ khóa: Lựa chọn thuốc hạ glucose, ĐTĐ type 2.

SUMMARY

SURVEY ON THE CHOICES OF HYPOLYCEMIC DRUGS FOR PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Objectives: To investigate the choices hypoglycemic drugs for patients with newly diagnosed type 2 diabetes at theNational Hospital of Endocrinology. **Subjects and methods:** The study

[1]Bệnh viện Nội tiết Trung ương
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thu Trang
Email:drtrang.hmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 30.11.2020
Ngày duyệt bài: 9.12.2020

included 204 patients aged 16 to 81 with newly diagnosed with type 2 diabetes and were prescribed with hypoglycemic drugs. **Results:** Metformin was prescribed in 85% of patients as oral monotherapy. The most common oral drug combinations were metformin with DPP4 inhibitors or SGLT2 inhibitors, accounting for 41.9% and 22.6%, respectively. Among the patients using insulin, insulin monotherapy and its combination with metformin were prescribed in most patients, accounting for 62.5% và 21.3%, respectively. In patients with HbA1c < 7%, 88,5% received oral monotherapy; the ones with HbA1c 7 - <8.5%: 64% and 32% received oral drug combination and monotherapy, respectively; the ones with HbA1c 8.5 - <10%: 67,9% received oral drug combination and 32% used insulin; with HbA1c ≥ 10%: 88,4% and 10,3% used insulin and oral drug combinations, respectively. **Conclusions:** In patients with newly diagnosed type 2 diabetes, metformin was used by most patients as monotherapy or in combination with other drugs. New oral hypoglycemic drugs were prescribed for a significant proportion of the patients. Most hypoglycemic drug choices followed present recommendations. However, there was some overuse of hypoglycemic drugs in patients with slightly to moderately elevated HbA1c, and in contrary some underuse in patients with very high HbA1c.

***Keywords**:* Choices of hypoglucemic drugs, type 2 diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường(ĐTĐ), chủ yếu là ĐTĐ type 2, đang trở thành bệnh dịch nguy hiểm trên toàn cầu do sự gia tăng nhanh chóng số người mắc, nhiều biến chứng ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và tuổi thọ, chi phí tốn kém, là gánh nặng cho bản thân người bệnh, gia đình họ và toàn xã hội. Hiện nay theo WHO trên thế giới có khoảng 425 triệu dân số mắc bệnh ĐTĐ tương đương khoảng 8,5% dân số. Ở Việt Nam, tỉ lệ mắc ĐTĐ khoảng 8%, trong đó chủ yếu là ĐTĐ type 2, vậy nên việc điều trị và quản lý bệnh tốt là hết sức cần thiết.

Kiểm soát glucose máu (GM) là một trong các mục tiêu chính trong điều trị ĐTĐ. Bên cạnh chế độ ăn và luyện tập, hầu hết mọi bệnh nhân ĐTĐ type 2 đều cần được điều trị bằng thuốc hạ GM. Ở bệnh nhân mới được chẩn đoán ĐTĐ type 2, việc lựa chọn phác đồ hạ GM phù hợp với tình trạng GM của bệnh nhân là rất quan trọng, vừa giúp kiểm soát GM nhanh, hiệu quả, đồng thời tránh được tác dụng phụ nguy hiểm là hạ GM. Mặt khác hiện nay, bên cạnh các thuốc hạ GM kinh điển ngày càng có nhiều loại thuốc điều trị ĐTĐtype 2 được đưa vào sử dụng. Đồng thời các hướng dẫn điều trịcũng liên tục đưa ra các khuyến cáo mới về sử dụng thuốc hạ GM trong ĐTĐ type 2 dựa trên các căn cứ khác nhau, trong đó có tình trạng GM.

Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương, là trung tâm điều trị và theo dõi cho hơn 20.000 bệnh nhân ĐTĐ mỗi năm, quản lý số lượng bệnh nhân mắcĐTĐ lớn nhất cả nước. Tuy vậy, việc khảo sát sự lựa chọn phác đồ hạ GM cho bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2 mới chẩn đoán chưa được thực hiện. Nghiên cứu về vấn đề này sẽ cung cấp thông tin để giúp khắc phục những sự bất hợp lý trong lựa chọn phác đồ hạ GM cho các đối tượng bệnh nhân này.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát thực trạng và một số yếu tố liên quan tới việc lựa chọn phác đồ hạ Glucose máu ở các bệnh nhân ĐTĐ typ 2 mới phát hiện tại Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Gồm 204 bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn:

Được chẩn đoán xác định bệnh ĐTĐ type 2 lần đầu, đến khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương trong thời gian từ 10/2019 đến 09/2020 và được bác sỹ chỉ định sử dụng phác đồ hạ glucose máu. Chẩn đoán ĐTĐ type 2 theo các tiêu chuẩn của Hội ĐTĐ Mỹ năm 2019[1].

- Loại trừ những bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính khác, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu quan sát cứu mô tả cắt ngang bằng các phương pháp:

- Hỏi bệnh và thu thập qua hồ sơ những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu, sau đó thu thập các thông tin liên quan đến nội dung nghiên cứu bao gồm các đặc điểm lâm sàng (triệu chứng lâm sàng của tăng glucose máu, BMI, huyết áp); cận lâm sàng (glucose huyết tương tĩnh mạch (GHTTM) lúc đói, HbA1c; các chỉ số lipid máu), các biến chứng của bệnh ĐTĐ. Có mắc các bệnh đồng mắc hay gặp như tăng huyết áp[2] và rối loạn chuyển hóa lipid[3] theo khuyến cáo của hội Tim Mạch Việt Nam

- Các thông tin của bệnh nhân được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.3. Xử lý số liệu. Tất cả bệnh án nghiên cứu được kiểm tra, các số liệu sẽ được mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. theo các thuật toán thống kê sử dụng trong y học.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi và tuổi trung bình theo giới tính

Giới / Tuổi	Nam (n=118)	Nữ (n=86)	Tổng (N=204)
< 30	5 (4,2%)	1 (1,2%)	6 (2,9%)
30 –39	15 (12,7%)	13 (15,1%)	28 (13,7%)
40 – 49	37 (31,4%)	17 (19,8%)	54 (26,5%)
50 – 59	32 (27,1%)	29 (33,7%)	61 (29,9%)
≥ 60	29(24,6%)	26 (30,2%)	55 (27,0%)
Tổng	118 (100,0%)	86 (100,0%)	204 (100,0%)
Trung bình±ĐLC	50,9 ±12,3	52,9 ± 10,8	51,7±11,7
Thấp nhất	18	29	16
Cao nhất	81	74	81

Nhận xét: Tổng số có 204 bệnh nhân, bao gồm 118 năm và 86 nữ được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 51,7±11,7 tuổi, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 81 tuổi. Phần lớn bệnh nhân nghiên cứu từ 40 tuổi trở lên (170 bệnh nhân chiếm 83,4%). Tuổi trung bình của nam (50,9 ± 12,3) thấp hơn nữ (52,9 ± 10,8).

Bảng 3.2. Các bệnh lý đồng mắc liên quan đến ĐTĐ

Bệnh đồng mắc	Nam (n=118)		Nữ (n=86)		Tổng (N=204)		p
	SL	TL	SL	TL	SL	TL	
Tăng huyết áp	24	20,3%	30	34,9%	45	26,5%	0,006
Rối loạn lipid máu	54	45,8%	42	48,8%	96	47,1%	0,673

Nhận xét: Tăng huyết áp gặp ở 26,5% và rối loạn lipid máu gặp ở 47,1%, trong đó nữ có tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn nam có ý nghĩa thống kê; không có khác biệt về tỷ lệ rối loạn lipid máu giữa 2 giới.

Bảng 3.3. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Giá trị
Triệu chứng tăng GM	Có [n(%)]	Triệu chứng tăng GM
	Không [n(%)]	
BMI (kg/m^2)	Thấp nhất	12,43
	Cao nhất	34,96
	Trung bình±ĐLC	23,22±2,89
	< 18,5 [n(%)]	8 (3,9%)
	18,5 – 22,9 [n(%)]	91 (44,6%)
	23,0 – 24,9 [n(%)]	59 (28,9%)
	≥ 25,0 [n(%)]	46 (22,5%)

Nhận xét: Gần một nửa bệnh nhân có các triệu chứng của tăng glucose máu. BMI trung bình tại thời điểm phát hiện ĐTĐ là 23,22 ± 2,89kg/m^2, với trên một nửa bệnh nhân có BMI ≥ 23 kg/m^2, chiếm 51,4%.

Bảng 3.4. Glucose huyết tương tĩnh mạch (GHHTM) lúc đóivà HbA1c

GHTTM lúc đói (mmol/L)	Giá trị	HbA1c (%)	Giá trị
Thấp nhất	4,7	Thấp nhất	5,4%
Cao nhất	26,09	Cao nhất	16,7%
Trung bình±ĐLC	11,42± 4,8	Trung bình±ĐLC	9,3±2,5%
< 7,0 [n(%)]	31 (15,2%)	< 7,0 [n(%)]	43 (21,1%)
7,0 – 10,0 [n(%)]	75 (36,8%)	7,0 – <8,5 [n(%)]	54 (26,5%)
>10,0 – <16,7 [n(%)]	66 (32,4%)	8,5 - < 10 [n(%)]	29 (14,2%)
≥ 16,7 [n(%)]	32 (15,7%)	≥ 10,0[n(%)]	78 (38,2%)

Nhận xét: GHTTM lúc đói trung bình lúc phát hiện ĐTĐ là 11,42±4,8 mmol/L, giá trị thấp nhất là 4,7mmol/L, cao nhất là 26,09mmol/L. 36,8% bệnh nhân có GHTTM lúc đói từ 7 – 10mmol/L, 48,1% bệnh nhân có giá trị > 10mmol/L và 15,7% có giá trị > 16,7mmol/L.

HbA1c lúc mới chẩn đoánĐTĐ dao động từ 5,4%-16,7% với giá trị trung bình là 9,3±2,5%, trong đó có bệnh nhân có mức > 10% chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,2%, tiếp theo là mức 7,0 - <8,5% chiếm

26,5%; thấp nhất là mức 8,5 - <10% chiếm 14,2%.

3.2. Lựa chọn thuốc hạ glucose máu cho bệnh nhân

Bảng 3.5. Các phác đồ (PĐ)theo số lượng thuốc hạ glucose máu

	Không dùng thuốc	PĐ 1 thuốc	PĐ 2 thuốc	PĐ 3 thuốc	PĐ4 thuốc
Số BN	22	90	65	24	3
Tỷ lệ trong toàn bộ BN (%)	10,8	44,1	31,9	11,8	1,4
Tỷ lệ trong BN dùng thuốc (%)		49,5	35,7	13,2	1,6

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị thuốc hạ glucose máu là 89,2%. Tỷ lệ giảm dần khi số lượng thuốc tăng lên. Trong số bệnh nhân có dùng thuốc hạ glucose máu, phác đồ 1 thuốc là cao nhất chiếm 49,5%, tiếp lần lượt là phác đồ 2 thuốc (35,7%), phác đồ 3 thuốc (13,2%), phác đồ 4 thuốc (1,6%) và ít nhất là phác đồ 5 thuốc (3,3%).

Bảng 3.6. Tỷ lệ các thuốc hạ glucose máu xuất hiện trong các phác đồ

Thuốc hạ glucose máu	Số bệnh nhân (n=182)	Tỷ lệ %
Metformin	126	69,2
SGLT2-i	27	14,3
DPP4-i	51	28,0
Acarbose	0	0,0
Sulfonylurea (SU)	20	10,9
Insulin	80	43,9

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng metformin trong các phác đồ là cao nhất chiếm 69,2%tiếp theo lần lượt là insulin 43,9%, thuốc ức chế DPP4 28%,ức chế SGLT2 14,3 %và SU 10,9%. Ngoài ra không có bệnh nhân nào được sử dụng Acarbose.

Bảng 3.7. Phác đồ 1 thuốc hạ glucose máu

Các phác đồ đơn trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ trong nhóm phác đồ (%)	Tỷ lệ trong toàn bộ BN có dùng thuốc hạ glucose máu (%)
Metformin	34	85,0	18,7
DPP4-i	3	7,5	1,6
SGLT2-i	2	5,0	1,1
SU	1	2,5	0,5
Tổng	**40**	**100,0**	**49,5**

Nhận xét: Trong phác đồ 1 thuốcuống hạ glucose máu, metformin chiếm hầu hết các trường hợp với tỷ lệ 85,5%, tiếp theo lần lượt là ức chế DPP4 (7,5%), ức chế SGLT2 (5,0%), Sulfonylurea (SU) chiếm tỷ lệ thấp nhất, 2,5%.

Bảng 3.8. Các phác đồ kết hợp thuốc uống hạ glucose máu

Các phác đồ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ trong nhóm phác đồ (%)	Tỷ lệ trong toàn bộ BN có dùng thuốc hạ glucose máu (%)
Metformin + DPP4-i	26	41,9	14,44
Metformin + SGLT2-i	14	22,6	7,78
Metformin+ SU	8	12,9	4,44
Metformin +SU+DPP4-i	5	8,1	2,78
Metformin+SGLT2-i + DPP4-i	5	8,1	2,78
Metformin+SGLT2-i + SU	2	3,2	1,11
Metformin+SGLT2i+DPP4i+SU	2	3,2	1,11
Tổng	**62**	**100,0**	**36,11**

Nhận xét: Có 3 phác đồ kết hợp 2 thuốc uống, 3 phác đồ kết hợp 3 thuốc uống và 1 phác đồ kết hợp 4 thuốc uống. Trongđó phối hợpmetformin với ức chế DPP4 chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,9%, tiếp theo là phối hợp metformin với ức chế SGLT2 (22,6%), metformin phối hợp SU (12,9%). Các kết hợp 3 thuốc uống có tỷ lệ thấp (3,2 – 8,1%) và chỉ có 2 (3,2%) trường hợp phối hợp 4 thuốc uống.

Bảng 3.9. Các phác đồ có insulin

Các phác đồ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ trong nhóm phác đồ (%)	Tỷ lệ trong toàn bộ BN có dùng thuốc hạ glucose máu (%)
Insulin	50	62,5	27,5

Metformin + Insulin	17	21,3	9,44
Metformin+ DPP4-i + Insulin	9	11,3	5,00
Metformin+ SGLT2-i + Insulin	2	2,5	1,11
Metformin+SU+ Insulin	1	1,3	0,56
Metformin+SGLT2i+DPP4i+Insulin	1	1,3	0,56
Tổng	**80**		**13,33**

Nhận xét: Có 5 phác đồ có dùng insulin, trong đó insulin đơn trị chiếm đa số là 62,5%, thứ 2 là insulin phối hợp metformin (21,3%) và phối hợp insulin với 2 thuốc metformin và ức chế DPP4 (11,3%). Các phối hợp insulin với các thuốc uống hạ glucose máu khác chiếm tỷ lệ thấp (1,3 – 2,5%).

Bảng 3.10. Phác đồ thuốc hạ glucose máu theo mức HbA1c

HbA1c (%)	Phác đồ thuốc hạ glucose máu (số lượng, tỷ lệ%)			Chung
	Đơn trị thuốc uống	Kết hợp thuốc uống	Insulin (đơn trị/kết hợp thuốc uống)	
< 7,0	23 (88,5)	3 (11,5)	0 (0,0)	26
7,0 - <8,5	16 (32,0)	32 (64,0)	2 (4,0)	50
8,5 - <10,0	0 (0)	19 (67,9)	9 (32,1)	29
≥ 10,0	1 (1,3)	9 (10,3)	69 (88,4)	78
Tổng	**40 (22,0)**	**62 (34,1)**	**80 (39,9)**	**182**

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân có HbA1c < 7%, hầu hết được chỉ định 1 thuốc hạ glucose máu, một tỷ lệ nhỏ được chỉ định 2 thuốc uống và không có bệnh nhân nào được chỉ định insulin. Ở nhóm bệnh nhân có HbA1c từ 7 – dưới 8,5%, 2/3 được dùng kết hợp thuốc uống kết hợp và khoảng 1/3 được chỉ định thuốc uống đơn trị và có tỷ lệ nhỏ (4,0%) được chỉ định insulin. Ở nhóm bệnh nhân có HbA1c từ 8,5% đến dưới 10%, hơn 2/3 bệnh nhân được chỉ định thuốc uống kết hợp và khoảng 1/3 được chỉ định insulin.Ở nhóm bệnh nhân có HbA1c từ 10% trở lên, hầu hết bệnh nhân (88,4%) được chỉ định insulin, một tỷ lệ thấp (10,3%) dùng thuốc uống kết hợp và cá biệt có 1 bệnh nhân dùng thuốc uống đơn trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình mới chẩn đoán ĐTĐ typ 2 là 51,7±11,7 tuổi, cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Vũ Quỳnh Thi và cộng sự tuổi trung bình là 51,35 ± 12,77 tuổi [4]. Tỷ lệ nam có xu hướng nhiều hơn nữ, số tuổi mới phát hiện lần đầu cũng có xu hướng trẻ hơn.

Tỷ lệ bệnh nhân nhận thấy các bệnh nhân có tỷ lệ cao các bệnh lý liên quan đến ĐTĐ – những yếu tố nguy cơ biến chứng ĐTĐ: 51,5% có thừa cân/béo phì, 47,1% rối loạn lipid máu - tương đương với tần suất của trong nghiên cứu của Huanhuan Zhou và cộng sự là 36,2 % [5], và 26.5% có tăng huyết áp.

Về tình trạng khi chẩn đoán ĐTĐ, tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng glucose máu cao chiếm tỷ khá cao, với 48% có triệu chứng lâm sàng của tăng glucose máu, 48,1% bệnh nhân có glucose máu lúc đói > 10 mmol/L, 15,7% có mức trên 16,7 mmol/L; 38,1% bệnh nhân có mức HbA1c > 10%. Như vậy tình trạng chẩn đoán muộn ĐTĐ type 2 vẫn hiện tượng phổ biến.

4.2 Thực trạng sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ mới phát hiện tại bệnh viện Nội tiết Trung Ương. Trong các phác đồ điều trị tại viện, metformin luôn được ưu tiên lựa chọn hàng đầu, chiếm hầu hết trong các phác đồ đơn trị (85%), ở tất cả các phác đồ có kết hợp thuốc uống cũng như các phác đồ có kết hợp với insuilin. Điều này phù hợp với các khuyến cáo của Hội ĐTĐ Mỹ ADA 2019 [6], Hội các nhà nội tiết lâm sàng Mỹ (AACE) 2019 [1], Bộ Y tế 2017 [7], và cũng tương đồng như các nghiên cứu của [8] và [9] theo xu hướng dùng thuốc trên thế giới, trong đó metformin là thuốc lực chọn đầu tiên ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 mới chẩn đoán và tiếp tục duy trì sau đó nếu không có chống chỉ định. Tuy nhiên, một số trường hợp đơn trị với thuốc uống khác metformin được chỉ định, chiếm 15% trường hợp. Điều này có thể do bác sỹ cân nhắc như tăng glucose máu sau ăn ưu thế (ức chế DPP4) hoặc bệnh nhân thừa cân/béo phì (ức chế SGLT2). Mặt khác, các thuốc uống hạ glucose máu là ức chế DPP4 và ức chế SGLT2 đã được sử dụng ở một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân, chiếm lần lượt 28,8 và 14,3% (kể cả đơn trị và kết hợp). Mặc dù có chi phí cao, nhưng nhờ có những ưu thế, được bảo hiểm y tế chi trả, các thuốc này đã được chỉ định nhiều hơn rõ rệt so với so với thuốc kinh điển thế hệ cũ là SU, chỉ được chỉ định ở 10,9% bệnh nhân.

Việc chỉ định, lựa chọn phác đồ thuốc hạ

glucose máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có sự khác biệt rõ rệt theo tình trạng tăng glucose máu được đánh giá theo chỉ số HbA1c.

Đối với bệnh nhân có HbA1c <7%, hầu hết được chỉ định thuốc uống đơn trị (88,5%). Tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân được chỉ định kết hợp thuốc uống hạ glucose máu (11,2%). Điều này là điều trị quá tích cực theo các khuyến cáo hiện nay và có thể là do tác động của nghiên cứu gần đây về hiệu quả kết hợp sớm thuốc uống hạ glucose máu kể cả ở bệnh nhân ĐTD có mức HbA1c < 7%. Tuy nhiên chỉ nên lựa chọn này cho những bệnh nhân trẻ tuổi, chưa có biến chứng ĐTĐ hoặc bệnh nặng kèm theo, đồng thời cần hướng dẫn bệnh nhân phòng tránh, nhận biết và xử lý hạ glucose máu. Xu hướng điều trị tích cực cũng thể hiện rõ ở mức HbA1c từ 7,5 đến dưới 10%. Ở mức HbA1c từ 7,0 đến dưới 8,5% khuyến cáo của ADA là dùng đơn trị, thường là thuốc uống hạ glucose máu. Tuy nhiên trong nghiên cứu này chỉ có dưới 1/3 được chỉ định đơn trị thuốc uống, ngược lại có gần 2/3 được chỉ định kết hợp 2 thuốc hạ glucose máu. Tương tự, ở mức HbA1c 8,5 đến dưới 10%, khuyến cáo của ADA là kết hợp 2 thuốc hạ glucose máu. Mặc dù thế, trong nghiên cứu này, có 2/3 bệnh nhân với mức HbA1c này được chỉ định kết thuốc hợp thuốc uống, tuy nhiên đã có khoảng 1/3 bệnh nhân được chỉ định insulin, thuốc có hiệu quả hạ glucose máu cao nhất trong các thuốc uống hạ glucose máu. Cần cân nhắc nguy cơ hạ glucose máu khi điều trị tích cực bằng thuốc uống hạ glucose máu, tránh điều trị tích cực ở bệnh nhân có nguy cơ cao hạ glucose máu như tuổi cao, mắc bệnh nặng kèm theo. Đồng thời việc giáo dục bệnh nhân phòng tránh hạ glucose máu là rất cần thiết khi điều trị hạ glucose máu tích cực.

Ở mức HbA1c từ 10% trở lên, theo khuyến cáo nên điều trị insulin tích cực. Hầu hết bệnh nhân, 88,4% được điều trị bằng insulin – thuốc hạ glucose máu có hiệu quả giảm glucose máu cao nhất, phù hợp với các khuyến cáo chung hiện nay. Tuy nhiên, còn một tỷ lệ không nhỏ (10,3%) chỉ được dùng thuốc uống kết hợp và các biệt có 1 trường hợp (1,3%) chỉ được dùng thuốc uống đơn trị. Những lý do của tình trạng này có thể là sự từ chối của người bệnh, bệnh nhân điều trị ngoại trú nên bác sỹ không dùng insulin do lo ngại hạ glucose máu. Tuy nhiên, cần hạn chế tối đa tình trạng này. Việc điều trị insulin ở những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng của tăng glucose máu, mức glucose máu và HbA1c quá cao là cần thiết để khôi phục tình trạng chuyển hóa glucose, đồng thời giúp phục hồi và duy trì chức năng tế bào beta lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 mới được chẩn đoán tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, metformin là thuốc được sử dụng ở hầu hết bệnh nhân, cả đơn trị và kết hợp. Các thuốc uống hạ glucose máu thế hệ mới cũng được sử dụng ở môt tỷ lệ đáng kể bệnh nhân, nhiều hơn so với sulfonylurea. Phần lớn chỉ định các phác đồ thuốc hạ glucose máu tuân theo các khuyến cáo chung hiện nay. Tuy nhiên, có tình trạng điều trị kiểm soát glucose máu tích cực hơn ở bệnh nhân có tình trạng gluose máu tăng mức nhẹ đến trung bình và ngược lại có tình trạng điều trị thiếu tích cực ở bệnh nhân có tình trạng glucose máu rất cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K. C. J. Yuen et al.** American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology guidelines for management of growth hormone deficiency in adults and patients transitioning from pediatric to adult care," Endocr. Pract. Off. J. Am. Coll. Endocrinol. Am. Assoc. Clin. Endocrinol.,25 (11): 1191–1232.
2. **Hội Tim mạch học Việt Nam.** Chẩn đoán tăng huyết áp. http://vnha.org.vn/detail.asp?id=251 (accessed Sep. 28, 2020).
3. **Hội Tim mạch học Việt Nam.** Điều trị rối loạn Lipid máu ở một số nhóm bệnh nhân, http:// vnha.org.vn/ detail.asp?id=232 (accessed Sep. 28, 2020).
4. **Hội Nội Tiết và Đái Tháo Đường Việt Nam | Tin tức** | Thông tin chuyên đề | Đái tháo đường | Nghiên cứu tình trạng tiền ĐTĐ chưa được chẩn đoán." https:// vade.org.vn/ modules.php? name=News&op=viewst&sid=162 (accessed Sep. 25, 2020).
5. **H. Zhou, C. Zhang, J. Ni, and X. Han.** Prevalence of cardiovascular risk factors in non-menopausal and postmenopausal inpatients with type 2 diabetes mellitus in China, BMC Endocr. Disord.19(1): 98 - 108.
6. **A. D. Association,** "1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes—2019," Diabetes Care, 42 (Suppl 1): S7–S12.
7. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tip 2 (ban hành kèm Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19/7/2017 về việc ban hanh tài liệu chuyên môn.
8. **C. Wang, Y. Gao, L. Zhu, M. Huang, Y. Wu, and J. Xuan.** Treatment Patterns in Patients With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes in China: A Retrospective, Longitudinal Database Study, 41(8): 1440–1452.
9. **Y. Z. Tan et al.**Trends in medication utilization, glycemic control and outcomes among type 2 diabetes patients in a tertiary referral center in Singapore from 2007 to 2017,J. Diabetes, 11(7): 573–581.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT TẦN SỐ THẤT Ở BỆNH NHÂN RUNG NHĨ MẠN TÍNH KHÔNG DO BỆNH VAN TIM TẠI VIỆN TIM MẠCH QUỐC GIA VIỆT NAM

Nguyễn Thị Hiền*, Trần Văn Đồng**

TÓM TẮT

Điều trị rung nhĩ bao gồm 2 mục tiêu chính: thứ nhất là phòng ngừa thuyên tắc do huyết khối, thứ hai là kiểm soát triệu chứng bao gồm kiểm soát tần số và kiểm soát nhịp[1]. Vậy kiểm soát tần số hay kiểm soát nhịp tốt hơn? Một số thử nghiệm gần đây cho thấy không có sự khác biệt về biến cố tử vong tim mạch ở cả hai nhóm. Thậm chí nhóm kiểm soát tần số có xu hướng giảm biến cố gộp hơn. **Mục đích:** Nghiên cứu nhằm khảo sát thực trạng kiểm soát tần số ở bệnh nhân rung nhĩ mạn tính không do bệnh van tim. **Phương pháp nghiên cứu**: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 146 bệnh nhân rung nhĩ mạn tính không do bệnh van tim tại Viện Tim Mạch Việt Nam từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020. **Kết quả:** Trước vào viện, bệnh nhân chủ yếu được điều trị bằng Digoxin 38,4%; 32,2% bệnh nhân điều tri bằng chẹn beta; có 4,1% bệnh nhân điều trị bằng Cordaron; 3,4% bệnh nhân điều trị chẹn beta phối hợp với Digoxin; có 1 bệnh nhân được điều trị bằng Diltiazem và 21,2% bệnh nhân không được điều trị bằng thuốc kiểm soát tần số. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát tần số theo ESC 2016[4] là 55,5%. Khi vào viện, bệnh nhân được điều trị bằng thuốc chẹn beta là (38,4%); điều trị bằng digoxin là 31,5%; 15,7% bệnh nhân điều trị bằng thuốc chẹn beta phối hợp digoxin; 4,8% digoxin phối hợp với cordaron. 13% bệnh nhân không điều trị thuốc kiểm soát tần số. Sau đợt điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu là 82,2%. **Kết luận:** Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát tần số đạt 82,2%. Trong đó, nhóm điều trị bằng Chẹn beta: 85,7%, nhóm điều trị bằng Digoxin: 73,9%, nhóm điều trị bằng chẹn beta phối hợp Digoxin: 87%;nhóm điều trị bằng Digoxin phối hợp Cordaron là 57,1 %.

Từ khóa: Rung nhĩ mạn tính, kiểm soát tần số thất.

SUMMARY

ACTUAL SURVEY OF RATE CONTROL IN CHRONIC NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE

Background: Treatment of atrial fibrillation includes two main goals: The first is the prevention of thromboembolism, and the second is symptoms control, including: rate control and rhythm control. So is rate control or rhythm control better for the patient? Some recent trials showed no difference in cardiovascular mortality events in both groups: rate control group and rhythm control group. Even rate control group tended to lower the rate of aggregate events. **Purpose:** This study to investigate the status of rate control in patients with chronic non-valvular atrial fibrillation. **Methods**: We conducted a study on 146 patients with chronic non-valvular atrial fibrillation at VietNam National Heart Institute from August 2019 to September 2020. **Results:** Before hospital admission, patients were mainly treated with Digoxin 38.4%; 32.2% of patients treated with beta blockers; 4.1% of patients were treated with Cordaron; 3.4% of patients were treated. beta blocker combined with Digoxin, only 1 patient was treated with Diltiazem. Up to 21.2% of patients were not treated with drugs to control ventricular rate. Heart rate target< 110 bpm is 55.5%. Upon admission, patients treated with beta-blockers tended to increase (38.4%); treatment with digoxin is 31.5%; 15.7% of patients were treated with digoxin combination beta blocker; 4.8% digoxin combined with cordaron; There is no patient treated with cordaron alone. 13% of patients are not treated with drugs to rate control. After the treatment, the percentage of patients reaching the target increased to 82.2%. **Conclusions:** The rate of achieving the rate control target was 82.2%. In which, the group treated with beta-blockers reached 85.7%, the Digoxin treatment group was 73.9%, the Digoxin treatment group was 87%, the Digoxin treatment group was 87%, the Digoxin treatment group combined with Cordaron was 57. 1%, 1 patient treated with a calcium blocker (Diltiazem)

Keywords: Chronic atrial fibrillation, rate control.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rung nhĩ 2016 của Hội tim mạch học Quốc Gia Việt Nam (VNHA) điều trị rung nhĩ bao gồm 2 mục tiêu chính thứ nhất là điều trị chống huyết khối theo phân tầng nguy cơ, thứ hai là giảm bớt các triệu chứng bao gồm: kiểm soát tần số thất và kiểm soát nhịp tim[1].Vậy kiểm soát tần số hay kiểm soát nhịp đem lại hiệu quả cao hơn? Trước đây, điều trị chuyển nhịp thường được ưa chuộng hơn kiểm soát tần số thất. Tuy nhiên chuyển nhịp cần phải sử dụng thuốc chống loạn nhịp lâu dài, và thường không phải lúc nào cũng đem lại hiệu quả (hơn 50% tái phát RN cho dù đã chuyển nhịp), nó còn liên quan tới nhiều tác dụng phụ, bao gồm cả tử vong và nhiều trường hợp sẽ không phù hợp nếu sử dụng thuốc chống loạn nhịp để duy trì nhịp xoang. Các nghiên cứu

**Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp*
***Viện tim Mạch Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền
Email: bshiennguyen89@gmail.com
Ngày nhận bài: 15.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 3.12.2020

công bố gần đây ví dụ như nghiên cứu "The Atrial Fibrilation Follow-up Investigation of Rhythm Management" (AFFIRM)[2]cho thấy không có sự khác biệt về biến cố tử vong tim mạch ở cả hai nhóm: nhóm kiểm soát tần số và nhóm chuyển nhịp. Thậm chí nhóm kiểm soát tần số có xu hướng giảm tỉ lệ biến cố gộp hơn (tử vong tim mạch, nhập viện tình trạng suy tim, huyết khối-thuyên tắc, xuất huyết nghiêm trọng, cấy máy tạo nhịp hay tác dụng phụ nghiêm trọng của thuốc chống loạn nhịp[2,3]. Tuy nhiên trong thực hành lâm sàng, kiểm soát tần số thất như thế nào vẫn chưa được chú trọng nhiều. Ở Việt Nam nghiên cứu về kiểm soát tần số thất trong điều trị rung nhĩ còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm khảo sát thực trạng kiểm soát tần số thất khi nghỉ ở bệnh nhân rung nhĩ mạn tính không do bệnh van tim tại Viện Tim Mạch Quốc Gia.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:146 bệnh nhân rung nhĩ mạn tính không do bệnh van tim tại Viện Tim Mạch Quốc Gia từ tháng 8 năm 2019 đến hết tháng 9 năm 2020.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán rung nhĩ mạn tính không do bệnh van tim theo khuyến cáo của ESC 2016[4]. Những bệnh nhân này được tiến hành khai thác tiền sử các yếu tố nguy cơ và bênh lý đi kèm, tiền sử dụng thuốc, làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo khi nghỉ, xét nghiệm máu cơ bản như công thức máu, đường máu, chức năng gan, thận , mỡ máu, hormone tuyến giáp, troponin T, NT- proBNP, CRP, đông máu cơ bản, siêu âm Doppler tim và làm lại điện tâm đồ 12 chuyển đạo khi ra viện.

Phân tích thống kê: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung. Trong 146 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN nam chiếm 63,6%, nữ chiếm 36,3%, tuổi trung bình là 71,2 ± 9,2, BMI trung bình là 21,2± 3,4.

3.2. Đặc điểm tần số thất trên điện tâm đồ:

Bảng 3.2: Đặc điểm tần số thất điện tâm đồ

Tần số thất Chu kì/phút	Chung $\overline{x}$ ± SD	p	Nam $\overline{X}$ ± SD	Nữ $\overline{X}$ ± SD	p
Khi vào viện	107,7±23,3		107,7±23,2	107,7±23,7	0,935
Khi ra viện	90,5±14,9	**0,000**	90,2±14,6	91,2±15,6	0,696

Nhận xét: Có sự khác biệt về tần số thất trung bình khi vào viện (107,7±23,3 chu kì/phút) và tần số thất trung bình sau đợt điều trị (90,5±14,9chu kì/ phút). Sau đợt điều trị tần số thất trung bình giảm có ý nghĩa thống kê với p= 0,000 < 0,01. Không có sự khác biệt về tần số thất trung bình khi vào viện và tần số thất trung bình khi ra viện ở 2 giới

3.3. Đặc điểm dùng thuốc điều trị kiểm soát tần số thất

Bảng 3.3: Đặc điểm dùng thuốc điều trị kiểm soát tần số thất

Thuốc điều trị	Trước vào viện		Khi vào viện	
	n	Tỷ lệ(%)	n	Tỷ lệ(%)
Chẹn beta	47	32,2	56	38,4
Digoxin	56	38,4	46	31,5
Chẹn kênh canxi	1	0,7	1	0,7
Cordaron	6	4,1	0	0
Chẹn beta + Digoxin	5	3,4	23	15,7
Digoxin + Cordaron	0	0	7	4,8
Chẹn beta + Cordaron	0	0	0	0
Không dùng thuốc	31	21,2	13	8,9
Tổng	**146**	**100**	**146**	**100**

Nhận xét: Trước vào viện, tỷ lệ BN điều trị bằng Digoxin và chẹn β giao cảm lần lượt là 38,4% và 32,2%, chỉ có 1 BN được điều trị bằng Diltiazem, không có BN nào được điều trị bằng Digoxin phối hợp với Cordaron hoặc Chẹn beta phối hợp với Cordaron. Có tới 21,2% BN không được điều trị bằng thuốc kiểm soát tần số thất.

Khi vào viện, BN được điều trị bằng thuốc chẹn beta là 38,4%, có 31,5% BN điều trị bằng Digoxin, 15,7% Bn điều trị bằng chẹn beta phối hợp với Digoxin, 4,8% điều trị bằng Digoxin phối hợp Cordaron, 1 BN tiếp tục điều trị bằng Diltiazem, không có BN nào điều trị đơn độc bằng cordaron. 13% BN không điều trị thuốc kiểm soát tần số thất.

3.4. Mối liên quan kiểm soát tần số thất và một số thuốc điều trị

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa kiểm soát tần số thất và thuốc điều trị

Thuốc		Đạt mục tiêu n (%)	Chưa đạt mục tiêu n (%)	Tổng n (%)	p
Chẹn beta		48(85,7)	8(14,3)	56(100)	
Chẹn canxi		1	0	1(100)	
Digoxin		34(73,9)	12(25,0)	46(100)	0,108
Chẹn beta+Digoxin		20(87,0)	3(13,0)	23(100)	
Digoxin + Cordaron		4(57,1)	3(42,9)	7(100)	
Tần số thất	Ngày vào	81(55,5)	65(44,5)	146(100)	
	Sau đợt điều trị	120(82,2)	26(17,8)	146(100)	0,000

Nhận xét: Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị khi vào viện 55,5%, sau đợt điều trị là 82,2%. Tỷ lệ BN đạt mục tiêu tăng lên sau điều trị so với khi vào viện có mức ý nghĩa 99%.

Tỷ lệ đạt mục tiêu trong nhóm điều trị bằng thuốc chẹn beta giao cảm phối hợp với Digoxin là 87%, nhóm điều trị bằng chẹn beta giao cảm là 85,7%, nhóm điều trị bằng Digoxin là 73,9%, nhóm điều trị bằng Digoxin phối hợp với Cordaron là 57,1%.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đạt muc tiêu cao hơn trong thử nghiệm AFFIRM[2]: Chẹn beta phối hợp Digoxin: 68%, chẹn beta: 59%, Digoxin: 58%, chẹn kênh canxi: 38%. Có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn rất nhiều so với trong thử nghiệm AFFIRM (gồm 4060 BN, trong đó nhóm điều trị kiểm soát tần số là 2027 BN)[2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 146 bệnh nhân rung nhĩ mạn tính không do bệnh van tim tại Viện Tim Mạch Quốc Gia chúng tôi đưa ra kết luận sau: Rung nhĩ mạn tính không do bệnh van tim chủ yếu gặp ở nam giới (67,3%), tuổi trung bình là 71,2±9,2 tuổi.

Trước vào viện bệnh nhân chủ yếu được điều trị kiểm soát tần số thất là Digoxin sau đó là chẹn beta.Khi vào viện tỷ lệ này có sự thay đổi, điều trị bằng chẹn beta có xu hướng tăng lên, Digoxin có xu hướng giảm đi.Rất ít bệnh nhân được điều trị bằng chẹn canxi (1 bệnh nhân). Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát tần số thất khi ra viện là 82,2%. Trong đó nhóm điều rị bằng chẹn beta phối hợp digoxin đạt 87%, nhóm điều trị bằng chẹn beta là 85,7%, nhóm điều trị bằng digoxin đạt 73,9%, Digoxin phối hợp Cordaron là 57,1%. Có 13% bệnh nhân không điều trị thuốc kiểm soát tần số thất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội tim mạch học Việt Nam.** Khuyến Cáo về Chẩn Đoán và Điều Trị Rung Nhĩ.; 2016.
2. **Olshansky B, Rosenfeld LE, Warner AL, et al.** The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) study. Journal of the American College of Cardiology. 2004;43(7):1201-1208. doi:10.1016/j.jacc.2003.11.032
3. **Nguyễn Thanh Hiền, Nguyễn Thị Lệ Trang, Trần Thúy Anh Trang.** Cập nhật chiến lược kiểm soát đáp ứng thất trong rung nhĩ. Timmachhoc.vn.
4. **Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al.** 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J. 2016;37(38):2893-2962. doi:10.1093/eurheartj/ehw210

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG TĂNG ENZYME GAN Ở BỆNH NHÂN BASEDOW CHƯA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Bùi Thị Tuyết Mai[1], Vũ Bích Nga[2]

TÓM TẮT

Bệnh Basedow là bệnh lý nội tiết thường gặp ở nước ta cũng như trên thế giới. Trên lâm sàng, thường quan sát thấy các bất thường về xét nghiệm chức năng gan ở bệnh nhân cường giáp không được điều trị. Tuy nhiên, tỷ lệ lưu hành báo cáo khác nhau giữa các nghiên cứu khác nhau, dao động từ 37% đến 78%. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ tăng enzyme gan và tìm mối liên quan giữa tình trạng tăng enzyme gan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân Basedow chưa được điều trị.

Từ khóa: Basedow, tăng men gan, bất thường chức năng gan.

[1]Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công An
[2]Trường Đại học Y Hà nội
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Tuyết Mai
Email: buituyetmaibs@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 30.11.2020

SUMMARY

STUDY OF ELEVATION OF LIVER ENZYMES IN UNTREATED BASEDOW PATIENTS IN HA NOI MEDICAL UNIVERSTY HOSPITAL

Basedow disease is a common endocrine disease in our country as well as in the world. In linical practice, liver function test abnormalities are often observed in untreated hyperthyroidism. However, the prevalence reported varied between studies, ranging from 37% to 78%. This study aimed to determine the rate of increase in liver enzymes and find an association between elevated liver enzymes with some clinical and subclinical features in untreated Basedow patients.

***Keywords**:* Graves' diaese, Hepatic hyperfunction, abnormal liver function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Basedow là bệnh cường chức năng tuyến giáp kết hợp với phì đại bướu giáp lan tỏa do tăng tiết quá nhiều hormon tuyến giáp vào trong máu, sự tăng tiết quá nhiều hormon gây rối loạn điều. Bệnh Basedow là nguyên nhân phổ biến nhất gây hội chứng cường giáp và chiếm tới 50% - 80% các trường hợp mắc bệnh cường giáp ở các khu vực khác nhau trên thế giới[1]. Trên lâm sàng, thường quan sát thấy các bất thường về xét nghiệm chức năng gan ở bệnh nhân cường giáp không được điều trị. Tuy nhiên, tỷ lệ lưu hành báo cáo khác nhau giữa các nghiên cứu khác nhau, dao động từ 37% đến 78%[2,3,4,5]. Tuy nhiên, cơ chế bệnh sinh của nó hiện còn chưa được hiểu đầy đủ. Có một số yếu tố đã được cho là góp phần gây rối loạn chức năng gan trong bệnh cảnh cường giáp, trong đó bệnh cường giáp đơn thuần được cho là phổ biến[6, 7].

Trên thế giới có một số công trình nghiên cứu về tình trạng tổn thương gan và sự liên quan giữa một số chỉ số như: nồng độ kháng thể TRAb, FT3, FT4… với tình trạng rối loạn chức năng gan ở những bệnh nhân mắc Basedowchưa được điều trị. Hiện nay,ở Việt Nam chưa có tác giả nào nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tàinày với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ tăng enzyme gan ở bệnh nhân Basedow chưa được điều trị.

2. Nhận xét mối liên quan giữa tình trạngtăng enzyme gan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân Basedowchưa được điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 206 BN Basedow mới phát hiện chưa được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thời gian từ tháng 07/ 2019 đến tháng 09/ 2020

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là Basedow (theo hướng dẫn của Bộ Y Tế 2014) chưa được điều trị và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ các bệnh lý khác gây tổn thương gan: Viêm gan virut; Viêm gan do rối loạn chuyển hóa; Bệnh viêm gan tự miễn; Bệnh lý đường mật gây tổn thương gan; Bệnh gan do rượu; Bệnh nhân bị rối loạn chức năng gan do thuốc; Bệnh gan tim; Bệnh nhân mắc một số bệnh nội, ngoại khoa cấp tính; Đặc biệt loại trừ những trường hợp mắc các bệnh lý khác của tuyến giáp; Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

– Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

– Thu thập các thông tin về hành chính, tiền sử bệnh, các thuốc đã dùng, thói quen uống rượu, thời gian vô sinh.

– Khám lâm sàng: Bướu cổ, nhịp tim, run tay, gầy sút cân, da nóng ẩm, rối loạn kinh nguyệt…

– Làm các xét nghiệm sinh hóa, miễn dịch: nồng độ FT4, T3, TRAb, AST, ALT, GGT, Bilirubil toàn phần, Bilirubil trực tiếp

– Siêu âm tuyến giáp

Ở những bệnh nhân Basedow có tăng enzym gan > 2,5 lần giới hạn trên của bình thường sẽ tiến hành xét nghiệm tiếp:

+ Các marker viêm gan virus: HBsAg, HAV IgM, HEV IgM, antiHCV, CMV IgM, EBV IgM, Herpes IgM. Các xét nghiệp này được làm tại khoa Vi sinh bệnh viện Đại học y Hà nội.

+Xét nghiệm các yếu tố liên quan bệnh lý gan mật tự miễn: Kháng thể kháng nhân (anti-ANA), Kháng thể kháng tiểu vi thể gan thận typ 1 (LKM-1), Kháng thể kháng ty lạp thể (AMA-M2), Kháng thể kháng thụ thể glycoprotein trên màng tế bào gan người châu Á (ASGPR), Kháng thể kháng tương bào gan typ 1 (LC-1). Các xét nghiệp này được làm tại TT Miễn dịch dị ứng lâm sàng bệnh viện Bạch Mai

3. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê trên máy tính sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0

4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

- Các thông tin về bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

- Bệnh nhân và người nhà được giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia và có quyền rút khỏi nghiên cứu mà không cần giải thích

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trungbình của của nhóm có tăng men gan và nhóm không tăng men gan tương ứng là 39,72 ± 11,7 tuổi và 36,1 ± 13,8tuổi, khác biệt giữ hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05)

Giới: Tỷ lệ nam, nữ giữa hai nhóm tương đương nhau (P > 0,05). Trong từng nhóm, tỷ lệ nữ cao hơn nam có ý nghĩa (P = 0,004).

2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Tần suất xuất hiện các biểu hiện lâm sàng

Triệu chứng		Nhóm tăng men gan (n=94)	Nhóm không tăng men gan (n=112)	p
Phân nát	Có	13 (13,8)	21 (18,8)	0,225
	Không	81 (86,2)	91 (81,2)	
Thay đổi tình tình	Có	20 (21,3)	16 (14,3)	0,129
	Không	74 (78,7)	96 (85,7)	
Nhịp nhanh	Có	85 (90,4)	102 (91,1)	0,53
	Không	9 (9,6)	10 (8,9)	
Da nóng ấm	Có	83 (88,3)	97 (86,6)	0,441
	Không	11 (11,7)	15 (13,4)	
Run tay	Có	83 (88,3)	91 (81,2)	0,115
	Không	11 (11,7)	21 (18,8)	
Sút cân (kg)	Có	90 (95,7)	110 (98,2)	0,263
	Không	4 (4,3)	2 (1,8)	
Bệnh mắt	Có	13 (13,8)	19 (17,0)	0,337
	Không	81 (86,2)	93 (83,0)	
Phù niêm	Có	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Không	112 (100,0)	94 (100,0)	
Vàng da	Có	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Không	112 (100,0)	94 (100,0)	
Gan to	Có	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Không	112 (100,0)	94 (100,0)	
Rối loạn kinh nguyệt	Có	51 (86,4)	78 (86,7)	0,577
	Không	8 (13,6)	12 (13,3)	

Triệu chứng lâm sàng của bệnh rất đa dạng, một số triệu chứng của cường giáp gặp với tỷ lệ cao, trong đó tần suất xuất hiện các triệu chứng này của nhóm Basedow có tăng men gan là: Nhịp tim nhanh (90,4%), run tay (84,5%), sút cân (95,7%). Trong nghiên cứu không có BN nào có triệu chứng hiếm gặp là phù niêm trước xương chày, không có BN nào có triệu chứng gan to hay vàng mắt vàng da. Tần suất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm Basedow có tăng men gan và Basedow không có tăng men gan (P > 0,05).

3. Kết quả cận lâm sàng

Bảng 3.2. Kết quả cận lâm sàng

Chỉ số		Nhóm tăng men gan (n=94)	Nhóm không tăng men gan (n=112)	p
ALT		48,50 ± 26,41	24,27 ± 6,04	0,001
AST		71,50 ± 41,52	27,66 ± 7,87	0,001
GGT		51,90 ± 33,03	29,38 ± 4,48	0,001
T-BIL		13,64 ± 5,85	8,517 ± 1,96	0,001
D-BIL		4,18 ± 2,69	2,56 ± 0,51	0,001
FT4 (> 22 pmol/L)	≤ 100	69,04 ± 16,09	66,43 ± 16,28	0,89
	> 100	54 (88,2 %)	7 (11,8 %)	0,001
TSH (< 0,1 U/mL)	< 0,005	87 (92,6)	100 (89,3)	0,288
	> 0,005	7 (7,4)	12 (10,7)	
TRAb (U/L)		13,57 ± 11,44	9,07 ± 10,01	0,003
Thể tích Tuyến Giáp (cm3)		24,77 ± 7,57		

Tỷ lệ BN có FT4 > 100 ở nhóm BN Basedow có tăng men gan cao hơn nhóm BN Basedow không có tăng men gan có ý nghĩa thống kê (P = 0,001). Ở những BN có FT4 ≤ 100 pmol/L, sự

khác biệt của lượng FT4 không có ý nghĩa thống kê với P = 0,89. TRAb ở nhóm có tăng men gan cao hơn nhóm không tăng men gan có ý nghĩa với P = 0,003.

4. Một số yếu tố liên quan đến bất thường chức năng ganở BN Basedow chưa điều trị

- Giữa AST với TRAb có mối tương quan thuận mức độ vừa (r = 0,26; P = 0,04)
- Giữa ALT với TRAb có mối tương quan thuận mức độ vừa (r = 0,36; P = 0,01)
- Giữa GGT với TRAb có mối tương quan thuận mức độ vừa (r = 0,38; P = 0,003)
- Giữa Bilirubil toàn phần với TRAb có mối tương quan thuận mức độ vừa (r = 0,366; P = 0,009).
- Chúng tôi không tìm thấy mối tương quan giữa chỉ số sinh hóa chức năng gan với các yếu tố khác như: FT4, thể tích tuyến giáp, nhịp tim, mức độ gầy sút cân.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh Basedow là nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh cường giáp và chiếm tới 50%- 80% các trường hợp mắc bệnh cường giáp ở các khu vực khác nhau trên thế giới. Trên lâm sàng, thường quan sát thấy các bất thường về xét nghiệm chức năng gan ở bệnh nhân cường giáp không được điều trị. Tuy nhiên, tỷ lệ lưu hành báo cáo khác nhau giữa các nghiên cứu khác nhau, dao động từ 37% đến 78%[2, 3, 4, 5]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ BN Basedow mới phát hiện chưa được điều trị có tăng men gan là 45,6%, tương đương với nghiên cứu của Aydemir S và cs (2005) là 46.8%;Albert Hsieh(2019) là 47% [8]; Biscoveanu M và cs (2006) là 37%[5].Tuy nhiên, so với một số báo cáo gần đây thì kết quả của chúng tôi là thấp hơn như của K. He và cs (2014) là 77.9% và Zhang va cs (2015) là 70.9%[2, 9].Sự khác biệt này có thể là do khác nhau trong tiêu chuẩn lựa chọnBN (ví dụ bệnh nhân cường giáp Quần thể nghiên cứu là bệnh nhâncường giáp Aydemir S[10], nghiên cứu của chúng tôi chỉ tuyển dụng Basedow mới được chẩn đoán và không được điều trị). Ngoài ra, chúng tôi suy đoán rằng các quốc gia và dân tộc khác nhau có thể ở góp phần vào sự khác biệt về tỷ lệ lưu hành các bất thường chức năng gan ở BN Basedow chưa điều trị.

Triệu chứng lâm sàng của bệnh rất đa dạng, điển hình cho tình trạng nhiễm độc hormon tuyến giáp. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất củaBN Basedow có tăng men gan: Bướu cổ 99,02%, gầy sút cân (98,2%), nhịp tim nhanh (90,4%), run tay (84,5%). Không có sự khác biệt về tần xuất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng giữa hai nhóm Basedow có và không tăng men gan. Phạm Minh Anh nghiên cứu trên 514 bệnh nhân Basedow thấy tần suất xuất hiện các triệu chứng như sau: bướu cổ 95,91%, nhịp tim nhanh 92,22%, run tay 88,91 %, lồi mắt 83,9%, da nóng ẩm 77,63%. Trong nghiên cứu không có BN nào có triệu chứng hiếm gặp là phù niêm trước xương chày. Tỷ lệ BN có tổn thương mắt khá là thấp (15,5%).Không có BN nào có vàng da, gan to.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nồng độ transaminase trong máu tăng nhẹ và trung bình là chủ yếu, các chỉ số tương ứng là: ALT: 71,50 ± 41,52 U/L; AST: 48,50 ± 26,41 U/L,; GGT: 51,90 ± 33,03 U/L; T-BIL: 13,64 ± 5,85 µmol/l; D-BIL:4,18 ± 2,69 µmol/l.

AST và ALT là 2 enzym khá đặc hiệu cho gan, nhưng ALT đặc hiệu hơn. Trong tế bào gan ALT có chủ yếu trong bào tương. AST ngoài tế bào gan còn có cả tế bào cơ trơn, cơ tim, thận, tụy. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN có tăng ALT là cao nhất.

Protein máu, Albumin máu, PT máu, tiểu cầu của tất cả các bệnh nhân đều trong giới hạn bình thường.

Như vậy, tổn thương gan ở BN Basedow mới phát hiện ở giai đoạn sớm, thường ở mức hủy hoại TB gan mà chưa ảnh hưởng các chức năng khác của gan như chức năng chuyển hóa Protid, chức năng tham gia vào quá trình đông máu của gan.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là Basedow chưa được điều trị nên đa số BN có triệu chứng lâm sàng cường giáp mạnh và các chỉ số hormon tuyến giáp biến đổi nhiều.Ngoài ra còn do sự hạn chế của xét nghiệm vì một số BN có FT4 > 100 pmol/L hoặc TSH < 0,005 mU/L thì máy XN không đo được nên ảnh hưởng đến tổng thể kết quả các chỉ số này. Kết quả cho thấy, Ở những BN có FT4 ≤ 100 pmol/L, nồng độ FT4 TB của nhóm BN Basedow có tăng men gan là 69,04 ± 16,09 cao hơn nhóm BN Basedow không có tăng men gan (66,43 ± 16,28)sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với P = 0,89. Tuy nhiên,tỷ lệ BN có FT4 > 100 ở nhóm BN Basedow có tăng men gan cao hơn nhóm BN Basedow không có tăng men gan có ý nghĩa thống kê (P = 0,001)

Điều nàycó thể do hormone tuyến giáp tăng cao gây thiếu oxy mô gan do do tác động chuyển hóa của hormone tuyến giáp dư thừa và tình trạng thiếu oxy mô gan, xảy ra do tăng tiêu thụ oxy và tăng nhu cầu oxy của gan[1,4]. Tuy nhiên, các nghiên cứu khácđã gợi ý rằng mức độ enzym gan không tương quan vớinhững hormone tuyến giáp[3].

Ngược lại, một số nghiên cứu khác lại nhận thấy mức độ nhiễm độc giáp, tuổi tác, giới tính và dân tộc có liên quan đến bất thường men gan trongtrạng thái cường giáp cấp tính.

Mặc dù bệnh basedow là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra chứng cường giáp, hầu hết các nghiên cứu được công bố đều cho thấy chưa phân biệt được nguyên nhân cường giáp.Trước đây TRAb được coi là một xét nghiệm đặc hiệu cho bệnh Basedow nhưng ngày nay chúng ta biết TRAb thực ra có 3 loại có tác dụng kích thích, ức chế hoặc trung tính lên TSH, và TRAb tăng chỉ có ý nghĩa là BN có bệnh tuyến giáp tự miễn chứ không nhất thiết phải là Basedow

Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu củaZhang va cs (2015) TRAb của hai nhóm có tăng men gan là 22,2 ± 11,2 cao hơn nhóm không tăng men gan (17,4 ± 11,7) có ý nghĩa với $P < 0.001$[9].Sự khác nhau trên đây có thể là do kỹ thuật xét nghiệm, đối tượng nghiên cứu của các tác giả không thuần nhất như nhau.

Mối tương quan giữa các chỉ số bất thường sinh hóa gan với TRAb ở bệnh nhân Basedow đã được một số ít tác giả quan tâm nghiên cứu. Gần đây,nghiên cứu của K.He (2014) đã chứng minh rằng nồng độ của TRAb tăng cũng góp phần gây ra rối loạn chức năng gan ở bệnh nhân Basedow. Kết quả nghiên cứu cho thấy mối tương quan giữa các chỉ số sinh hóa gan với TRAb có tương quan thuận mức độ vừa. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của K. He (2014) và Zhang (2009). Trái lại, một số nghiên cứu khác lại có kết quả ngược lai như Khan TM và cs (2010) trên 50 BN nhiễm độc giáp cho thấy tỷ lệ tăng men gan trong nhiễm độc giáp là khá cao nhưng thường là tăng nhẹ, và không có mối tương quan đáng kể nào giữa bất kỳ hormone tuyến giáp và bất kỳ men gan nào.

Qua kết quả trên có thể nhận định rằng rối loạn chức năng gan của BN Basedow mới phát hiện là khá phổ biến. Tuy nhiên hầu hết các rối loạn chức năng gan ở bệnh nhân Basedow không quá nghiêm trọng để cần thiết phải điều trị thêm và thường sẽ được cải thiện sau khi điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp. Cho đến nay, đã có nhiều những báo cáo trái ngược nhau do đócơ chế tổn thương gan ở bệnh nhân Basedow vẫn còn là vấn đề đang được bàn cãi và cần có những nghiên cứu tiếp theo để làm sáng tỏ vấn đề này.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu 206 BN Basedow mới phát hiện chưa được điều trị vào nghiên cứu tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ năm 2019 - 2020, chúng tôi rút ra kết luận sau: Tỷ lệ tăng enzym gan của BN Basedow mới phát hiện chưa được điều trị là khá cao chiếm 45,6%. Tuy nhiên hầu hết các rối loạn chức năng gan ở bệnh nhân Basedow không quá nghiêm trọng để cần thiết phải điều trị thêm và thường sẽ được cải thiện sau khi điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp. Cho đến nay, đã có nhiều những báo cáo trái ngược nhau do đó cơ chế tổn thương gan ở bệnh nhân Basedow vẫn còn là vấn đề đang được bàn cãi và cần có những nghiên cứu tiếp theo để làm sáng tỏ vấn đề này. Nồng độ TRAb có liên quan vớimức tăng các chỉ số sinh hóa chức năng ganvà cần có những nghiên cứu tiếp theo để tìm mối liên quan giữa mức độ cường giáp với tình trạng tăng enzym gan ở bệnh nhân Basedow mới chẩn đoán và chưa được điều trị.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và các bệnh nhân đã nhiệt tình giúp đỡ và hợp tác với chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brent GA. Graves' disease.** New England Journal of Medicine. 2008;358(24):2594-2605.
2. **He K, Hu Y, Xu X-H, Mao X-M**. Hepatic dysfunction related to thyrotropin receptor antibody in patients with Graves' disease. Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes. 2014;122(06):368-372.
3. **Huang M-J, Li K-L, Wei JS, Wu S-S, Fan K-D, Liaw Y-F.** Sequential liver and bone biochemical changes in hyperthyroidism: prospective controlled follow-up study. American Journal of Gastroenterology. 1994;89(7)
4. **Kubota S, Amino N, Matsumoto Y, et al.** Serial changes in liver function tests in patients with thyrotoxicosis induced by Graves' disease and painless thyroiditis. Thyroid. 2008;18(3):283-287.
5. **Biscoveanu M, Michaela, Hasinski M, FACE, FACP, Stefan**. ABNORMAL RESULTS OF LIVER FUNCTION TESTS IN PATIENTS WITH GRAVES'DISEASE. Endocrine Practice. 2000;6(5):367-369.
6. **Khemichian S, Fong T-L. Hepatic dysfunction in hyperthyroidism.** Gastroenterology & hepatology. 2011;7(5):337.
7. **Cui B, Abe M, HidATA S, et al.** Autoimmune hepatitis associated with Graves' disease. Internal medicine. 2003;42(4):331-335.
8. **Hsieh A, Adelstein S, McLennan SV, Williams PF, Chua EL, Twigg SM.** Liver enzyme profile and progression in association with thyroid autoimmunity in Graves' disease. Endocrinology, diabetes & metabolism. 2019;2(4):e00086.
9. **Zhang R, Tian X, Qin L, Wei X, Wang J, Shen J.** Factors predicting abnormal liver function tests induced by Graves' disease alone: a retrospective cohort study. Medicine. 2015;94(19)

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP Ở NAM GIỚI CỦA CÁC CẶP VÔ SINH

Nguyễn Thị Thanh Hương[1], Vũ Bích Nga[1,2]

TÓM TẮT

Tuyến giáp là tuyến nội tiết lớn nhất trong cơ thể. Ở nữ, hormon tuyến giáp có vai trò quan trọng đối với chức năng sinh sản, những thay đổi về chức năng tuyến giáp ảnh hưởng xấu đến sức khỏe sinh sản nữ trước, trong và sau khi thụ thai. Ở nam, tác động của hormon tuyến giáp lên cơ quan sinh sản nam, lên chức năng tinh hoàn vẫn còn gây nhiều tranh cãi. Có một vài nghiên cứu cho thấy tác động của cường giáp và suy giáp lên các thông số tinh dịch đồ. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát rối loạn chức năng tuyến giáp ở nam giới của các cặp đôi vô sinh và xem xét các biến đổi thông số tinh dịch đồ ở nhóm bệnh nhân có rối loạn chức năng tuyến giáp.

Từ khóa: Cường giáp, suy giáp, rối loạn chức năng tuyến giáp, vô sinh nam

SUMMARY

EVALUATION OF THYROID FUNCTION IN MALES OF INFERTILE COUPLES

Thyroid is the largest endocrine gland in the body. In women, thyroid hormones play an important role in reproductive function. Changes in thyroid function adversely affect female reproductive system before, during and after conception. In men, the impact of thyroid hormones on male reproductive organs and testicular function is still controversial. There are a few studies showing the effects of hyperthyroidism and hypothyroidism on semen parameters. This study aimed to investigate thyroid dysfunction in men of infertile couples and looked at semen parameter changes in a group of patients with thyroid dysfunction.

Key words*:* thyroid disfunction, hyperthyroidism, hypothyroidism, male infertility.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến giáp là tuyến nội tiết lớn nhất trong cơ thể. Hormone tuyến giáp tham gia vào các quá trình chuyển hóa quan trọng. Bệnh tuyến giáp là bệnh nội tiết phổ biến nhất ảnh hưởng đến phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.[1] Những thay đổi về chức năng tuyến giáp ảnh hưởng xấu đến sức khỏe sinh sản nữ trước, trong và sau khi thụ thai. Ngoài ra, bệnh tuyến giáp từ lâu đã được coi là một yếu tố nguy cơ gây sẩy thai và có thể có ảnh hưởng không tốt tới kết quả thai kỳ và tử vong chu sinh. Do đó, gần đây đã có tác giả đề cập đến việc sàng lọc bệnh lý tuyến giáp ở những phụ nữ có vấn đề về sinh sản, sảy thai tái phát ngay khi bắt đầu bước vào thai kỳ.[2]

Ngược lại với quan điểm cho rằng hormone tuyến giáp rất quan trọng đối với khả năng sinh sản của nữ, tác động của hormon tuyến giáp đến chức năng sinh sản của nam giới phần lớn chưa rõ và hiếm khi được đề cập. Mối quan hệ giữa chức năng tuyến giáp và sự sinh tinh trùng ở nam giới trưởng thành và cách hormon tuyến giáp tác động lên chức năng tinh hoàn vẫn còn gây nhiều tranh cãi. Đã có một vài nghiên cứu cho thấy tác động tiêu cực của cường giáp và suy giáp lên các thông số tinh dịch đồ. Người ta thấy cường giáp có mối liên hệ ngược với số lượng tinh trùng và sự vận động của tinh trùng.[3,4] Suy giáp lại có ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng vận động của tinh trùng, hình thái học tinh trùng và thể tích tinh dịch.[5]

Để tìm hiểu thêm về mối liên hệ giữa tuyến giáp và chức năng sinh sản nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Khảo sát tình trạng rối loạn chức năng tuyến giáp ở nam giới của các cặp vô sinh

2. Nhận xét kết quả tinh dịch đồ ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 161 nam giới của các cặp đôi vô sinh đến khám tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản và công nghệ mô ghép Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, hoặc Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc Gia.

- ***Tiêu chuẩn lựa chọn:*** tất cả nam giới của các cặp đôi vô sinh đến khám tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản và công nghệ mô ghép Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, hoặc Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc Gia Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong thời gian từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020.

- ***Tiêu chuẩn loại trừ:***

+ Bệnh nhân được chẩn đoán suy sinh dục nguyên phát, suy sinh dục thứ phát, vô tinh hoàn, giãn tĩnh mạch tinh, tinh hoàn lạc chỗ.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2. Phương pháp nghiên cứu:

– Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020

[1]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hương
Email: nghuong0308@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2020
Ngày duyệt bài: 30.11.2020

– Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

– Thu thập các thông tin về hành chính, tiền sử bệnh, các thuốc đã dùng, thói quen uống rượu, hút thuốc, thời gian vô sinh.

– Đo chiều cao, cân nặng, tính BMI

– Làm các xét nghiệm miễn dịch: Bệnh nhân được lấy máu lúc đói vào buổi sáng và làm các xét nghiệm FT4, TSH bằng phương pháp điện hóa phát quang trên hệ thống máy Roche và máy Siemenstại khoa Xét nghiệm Bệnh viện Đại học Y Hà Nội hoặc tại khoa xét nghiệm Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

– Xét nghiệm tinh dịch đồ

+ Xét nghiệm tinh dịch đồ được làm tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và công nghệ mô ghép Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia.

+ Bệnh nhân kiêng giao hợp từ 3 đến 7 ngày. Lấy tinh dịch ở nơi gần với phòng xét nghiệm rồi cho vào một ống đựng tinh dịch tiêu chuẩn và vô khuẩn. Mẫu tinh dịch được phân tích trong 2h đầu.

– Tiêu chuẩn đánh giá theo khuyến cáo của WHO và hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA):

+ Cường giáp dưới lâm sàng: TSH < 0.27 µUI/ml và FT4 trong giới hạn bình thường

+ Cường giáp rõ: TSH < 0.1µUI/ml và FT4>22 pmol/l.

+ Suy giáp dưới lâm sàng: TSH 4.2 - 10µUI/ml và FT4 trong giới hạn bình thường.

+ Suy giáp rõ: TSH > 10 µUI/ml và FT4 < 12 pmol/l

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán vô sinh: tình trạng một cặp vợ chồng quan hệ tình dục đều, không sử dụng bất cứ biện pháp tránh thai nào mà không có thai tự nhiên trong thời gian 1 năm (WHO).

3. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê, sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0

4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương,Trung tâm hỗ trợ sinh sản và công nghệ mô ghép Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc Gia Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

- Các thông tin về bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

- Bệnh nhân và người nhà được giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia và có quyền rút khỏi nghiên cứu mà không cần giải thích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trungbình của đối tượng nghiên cứu là 33,93 ± 5,94 tuổi, thấp nhất là 20 tuổi vàcao nhất là 50 tuổi. Nhóm tuổi từ 25 - 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 58,4%,nhóm tuổi <25 chiếm tỷ lệ 4,3%, nhóm tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ 14,9%.

Bảng 3.1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian vô sinh

Thời gian vô sinh (năm)	Số người (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 2 năm	84	52,1
2 đến 5 năm	59	36,7
5 đến dưới 10 năm	9	5,6
Từ 10 năm trở lên	9	5,6
Tổng số	**161**	**100**

Đa số bệnh nhân có thời gian mong con dưới 5 năm (88,8%). Thời gian mong muốn có con trung bình là 4,39 ± 2,9 năm. Bệnh nhân có thời gian mong con ngắn nhất là 1 năm, dài nhất là 16 năm. Tỷ lệ có thời gian mong con trên 10 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,6%.

2. Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở nam giới của các cặp đôi vô sinh

Bảng 3.2: Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở nam giới của cặp đôi vô sinh

Chức năng tuyến giáp	Số người (n)	Tỷ lệ (%)
Bình giáp	151	93,8
Suy giáp dưới lâm sàng	5	3,1
Cường giáp dưới lâm sàng	5	3,1
Tổng số	161	100

Nhận xét: Có 10 bệnh nhân trong nghiên cứu có rối loạn chức năng tuyến giáp (6,2%): 5 bệnh nhân có cường giáp dưới lâm sàng (3,1%) và 5 bệnh nhân có suy giáp dưới lâm sàng (3,1%). Không có bệnh nhân nào có cường giáp hoặc suy giáp rõ.

Bảng 3.3: Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở bệnh nhân có tinh dịch đồ bình thường và bất thường

Chức năng tuyến giáp	Tinh dịch đồ bình thường		Tinh dịch đồ bất thường	
	Số người (n)	Tỷ lệ (%)	Số người (n)	Tỷ lệ (%)
Bình giáp	23	95,8	128	93,4
Suy giáp dưới lâm sàng	0	0	5	3,7
Cường giáp dưới lâm sàng	1	4,2	4	2,9
Tổng số	**24**	**100**	**137**	**100**

Kết quả cho thấy trong 24 bệnh nhân có tinh dịch đồ bình thường có 1 bệnh nhân có cường giáp dưới lâm sàng (4,2%). Trong 137 bệnh nhân có tinh dịch đồ bất thường có 9 bệnh nhân có rối loạn chức năng tuyến giáp: 4 bệnh nhân cường giáp dưới lâm sàng (2,9%) và 5 bệnh nhân suy giáp dưới lâm sàng (3,7%).

3. Nhận xét một số thông số tinh dịch đồ

Bảng 3.4: Các loại tinh dịch đồ bất thường

Phân loại tinh dịch đồ	Tổng số BN	Bất thường	
		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Mật độ tinh trùng < 15 triệu/ml	137	30	21,9
Tinh trùng yếu (PR < 32% hoặc PR+NP < 40%)	137	41	29,9
Tinh trùng dị dạng (hình thái bình thường < 4%)	137	123	89,8
Tinh trùng ít, yếu, dị dạng (Hội chứng OAT)	137	13	9,5
Tinh dịch không có tinh trùng (Azoospermia)	137	11	8,0

Nhận xét: Trong 137 mẫu tinh dịch đồ bất thường chúng tôi nhận thấy bất thường về hình thái tinh trùng chiếm tỷ lệ cao nhất 89,8%, sau đó là bất thường về độ di động 29,9% và bất thường về mật độ tinh trùng 21,9%. Hội chứng tinh trùng ít, yếu, dị dạng gặp ở 9,5% và tinh dịch không có tinh trùng gặp ở 8,0%.

Bảng 3.5: Phân loại tinh dịch đồ theo chức năng tuyến giáp

Tinh dịch đồ	Chức năng tuyến giáp			Tổng
	Bình giáp	Suy giáp	Cường giáp	
Bình thường	23	0	1	24
	15,2%	0	20%	14,9%
Thiểu tinh	10	1	1	12
	6,6%	20%	20%	7,4%
Nhược tinh	2	0	0	2
	1,3%	0	0	1,2%
Dị dạng	75	2	2	79
	49,7%	40%	40%	49,1%
Thiểu tinh, dị dạng	5	0	0	5
	3,3%	0	0	3,1%
Nhược tinh, dị dạng	23	2	1	26
	15,3%	40%	20%	16,2%
Thiểu tinh, nhược tinh, dị dạng	13	0	0	13
	8,6%	0	0	8,1%
Tổng	**151**	**5**	**5**	**161**
	100%	100%	100%	100%

Nhận xét: Trong 5 bệnh nhân cường giáp dưới lâm sàng, 1 bệnh nhân có tinh dịch đồ bình thường, 1 bệnh nhân có mật độ tinh trùng thấp < 15 triệu tinh trùng/ml tinh dịch (Thiểu tinh), 2 bệnh nhân có dị dạng tinh trùng, 1 bệnh nhân vừa có dị dạng tinh trùng vừa có tinh trùng di động yếu (nhược tinh). Trong 5 bệnh nhân suy giáp dưới lâm sàng, 1 bệnh nhân có mật độ tinh trùng thấp < 15 triệu tinh trùng/ml tinh dịch, 2 bệnh nhân có dị dạng tinh trùng, 2 bệnh nhân vừa có dị dạng tinh trùng vừa có tinh trùng di động yếu.

IV. BÀN LUẬN

Vô sinh là tình trạng không có thai sau một năm chung sống vợ chồng mà không áp dụng một biện pháp tránh thai nào. Một cặp vợ chồng vô sinh có thể do chồng hoặc do vợ hoặc do cả hai. Các nghiên cứu cũ cho thấy khoảng 20% các trường hợp vô sinh do nguyên nhân nam giới đơn thuần, 30 - 40% do cả nam và nữ. Các nghiên cứu mới hơn đã thấy có sự thay đổi ít nhiều về tỷ lệ vô sinh ở hai giới, với khoảng 50% các cặp vợ chồng vô sinh do các yếu tố liên quan đến người chồng và bất thường tinh dịch đồ.

Tinh dịch đồ là một xét nghiệm quan trọng nhằm cung cấp các thông tin về số lượng và chất lượng tinh trùng, từ đó giúp bác sĩ đưa ra các chẩn đoán sơ bộ về khả năng sinh sản của người chồng. Tinh dịch đồ bất thường có thể là lý do khiến các cặp vợ chồng gặp khó khăn trong việc mang thai. Qua phân tích tinh dịch đồ của 161 nam giới của các cặp đôi vô sinh trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tinh dịch đồ bình thường là 14,9%, tỷ lệ tinh dịch đồ bất thường chiếm 85,1%.Trong 137 mẫu tinh dịch đồ bất thường chúng tôi nhận thấy bất thường về hình thái chiếm tỷ lệ cao nhất 89,8%, sau đó là bất thường về độ di động 29,9% và bất thường về mật độ 21,9%. Hội chứng tinh trùng ít, yếu, dị dạng gặp ở 9,5% và tinh dịch không có tinh trùng gặp ở 8,0%.

Ngược lại với quan điểm cho rằng hormone tuyến giáp rất quan trọng đối với khả năng sinh sản của nữ, tác động của hormon tuyến giáp đến chức năng sinh sản của nam giới phần lớn chưa rõ và hiếm khi được đề cập. Đã có một vài nghiên cứu cho thấy tác động tiêu cực của cường giáp và suy giáp lên các thông số tinh dịch đồ.[6-8] Tuy nhiên bằng chứng còn chưa rõ ràng.

Lotti F và cộng sự nghiên cứu về chức năng tuyến giáp trên 163 nam giới của các cặp đôi vô sinh tại Ý, kết quả cũng cho thấy có 145 nam

bình giáp (88,9%), 6 nam cường giáp dưới lâm sàng (3,7%), 12 nam có suy giáp dưới lâm sàng (7,4%). Nghiên cứu không thấy có bệnh nhân cường giáp hoặc suy giáp rõ. Trummer và cộng sự nghiên cứu trên 305 bệnh nhân nam vô sinh tại Áo cũng thấy tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp là rất thấp, với 9 bệnh nhân (3%) có tăng TSH > 4µUI/ml và 1 bệnh nhân (0.3%) có TSH < 0.1 µUI/ml.

Nghiên cứu trên 161 nam giới của các cặp đôi vô sinh đến khám tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản và công nghệ mô ghép Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, và Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc Gia Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong thời gian từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020, chúng tôi thấy có 5 bệnh nhân có suy giáp dưới lâm sàng, chiếm tỷ lệ 3,1% và 5 bệnh nhân có cường giáp dưới lâm sàng, chiếm tỷ lệ 3,1%. Không có bệnh nhân nào có biểu hiện cường giáp hoặc suy giáp rõ.Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lotti F, của Trummer. Tại Hoa Kỳ, trong cuộc điều tra về sức khỏe và dinh dưỡng Quốc Gia (NHANES III), người ta thấy tỷ lệ suy giáp dưới lâm sàng và cường giáp dưới lâm sàng ở nam giới lần lượt là 3,4% và 1,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tỷ lệ bệnh lý tuyến giáp rất thấp ở quần thể nam giới.

Bảng 3.7 so sánh tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở nhóm nam giới có tinh dịch đồ bình thường và nhóm có tinh dịch đồ bất thường. Kết quả cho thấy trong 24 bệnh nhân có tinh dịch đồ bình thường có 1 bệnh nhân có cường giáp dưới lâm sàng (4,2%). Trong 137 bệnh nhân có tinh dịch đồ bất thường có 9 bệnh nhân có rối loạn chức năng tuyến giáp: 4 bệnh nhân cường giáp dưới lâm sàng (2,9%) và 5 bệnh nhân suy giáp dưới lâm sàng (3,7%). Nghiên cứu chưa thấy được sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp giữa hai nhóm tinh dịch đồ. Điều này có thể lý giải do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa nhiều, do đó số lượng bệnh nhân có bất thường về chức năng tuyến giáp còn ít, chưa đủ để đưa ra kết luận. Hơn thế nữa, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nam giới của các cặp đôi vô sinh, nên chưa tập trung vào các đối tượng nam vô sinh. Và cuối cùng, do đây là nghiên cứu cắt ngang nên không đưa ra được mối quan hệ nhân quả. Mặc dù không quan sát thấy có mối liên hệ nào giữa bất thường chức năng tuyến giáp với bất thường về tinh dịch đồ, tuy nhiên ngày càng có nhiều bằng chứng về vai trò của hormon tuyến giáp đối với chức năng tinh hoàn và vô sinh nam, vì vậy cần có nghiên cứu lớn hơn, sâu hơn để đánh giá kỹ hơn về mối liên quan này.

10 bệnh nhân có bất thường về chức năng tuyến giáp trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 5 bệnh nhân cường giáp dưới lâm sàng và 5 bệnh nhân suy giáp dưới lâm sàng. Bảng 3.9 cho thấy trong 5 bệnh nhân cường giáp dưới lâm sàng, 1 bệnh nhân có tinh dịch đồ bình thường, 1 bệnh nhân có mật độ tinh trùng thấp < 15 triệu tinh trùng/ml tinh dịch, 2 bệnh nhân có dị dạng tinh trùng, 1 bệnh nhân vừa có dị dạng tinh trùng vừa có tinh trùng di động yếu. Trong 5 bệnh nhân suy giáp dưới lâm sàng, 1 bệnh nhân có mật độ tinh trùng thấp < 15 triệu tinh trùng/ml tinh dịch, 2 bệnh nhân có dị dạng tinh trùng, 2 bệnh nhân vừa có dị dạng tinh trùng vừa có tinh trùng di động yếu.

Qua so sánh BMI, FT4, TSH và một số thông số tinh dịch đồ ở nhóm bệnh nhân bình giáp, nhóm bệnh nhân suy giáp dưới lâm sàng và nhóm bệnh nhân cường giáp dưới lâm sàng. Kết quả cho thấy mật độ tinh trùng trung bình của nhóm suy giáp dưới lâm sàng là 35,0± 27,87, thấp hơn so với mật độ tinh trùng trung bình nhóm bình giáp 59,89 ± 49,17. Ở nhóm bệnh nhân cường giáp dưới lâm sàng, thể tích tinh dịch trung bình, mật độ tinh trùng trung bình, tỷ lệ di động tiến tới trung bình, thấp hơn so với nhóm bệnh nhân bình giáp. Tuy nhiên do số lượng bệnh nhân có bất thường về chức năng tuyến giáp trong nghiên cứu còn ít nên chưa thể đưa ra kết luận có ý nghĩa.

Để đánh giá tác động của cường giáp lên trục dưới đồi - tuyến yên - tinh hoàn và các thông số tinh dịch đồ, Abalovic và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu trên 25 bệnh nhân nam được chẩn đoán cường giáp do Basedow từ năm 1991 đến năm 1996. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 21 bệnh nhân được làm tinh dịch đồ, không có bệnh nhân nào có tinh dịch đồ bình thường, bất thường hay gặp nhất là bất thường về di động của tinh trùng và giảm thể tích tinh dịch, sau đó là bất thường về mật độ tinh trùng và hình thái tinh trùng. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy 85% các bất thường tinh dịch đồ sẽ trở về bình thường khi bệnh nhân đạt bình giáp.[12]

Nghiên cứu của Trummer và cộng sự trên 305 bệnh nhân vô sinh nam thấy suy giáp dưới lâm sàng gặp ở 9 bệnh nhân (3%) và không thấy có bất kỳ tác động nào của suy giáp dưới lâm sàng đến mật độ, hình thái và khả năng vận động của tinh trùng.

Krassas và cộng sự nghiên cứu trên 25 nam suy giáp và 15 người bình thường.Kết quả

nghiên cứu cho thấy suy giáp có ảnh hưởng xấu đến quá trình sinh tinh. Hình thái học là thông số tinh trùng duy nhất khác biệt có ý nghĩa giữa bệnh nhân suy giáp và nhóm chứng (p <0,0001). Sau khi điều trị, hình thái cải thiện đáng kể (p <0,001). Khả năng vận động cũng giảm trước khi điều trị so với nhóm chứng và cải thiện sau khi điều trị. Tuy nhiên, sự khác biệt không đáng kể, và cần có các nghiên cứu sâu hơn về điều này. Nghiên cứu đưa ra khuyến cáo nên tầm soát rối loạn chức năng tuyến giáp ở nam giới có khiếm khuyết trong quá trình sinh tinh và nếu ghi nhận có suy giáp, nên đánh giá đáp ứng với điều trị hormone tuyến giáp trước khi tiến hành các phương pháp điều trị khác.[3]

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp là 6,2%, trong đó tỷ lệ suy giáp dưới lâm sàng là 3,1% và cường giáp dưới lâm sàng là 3,1%. Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở nhóm tinh dịch đồ bình thường là 1/24 (4,2%) và ở nhóm tinh dịch đồ bất thường: 9/137 (6,6%).

Trái ngược với các bằng chứng thuyết phục rằng việc xét nghiệm chức năng tuyến giáp rất quan trọng trong việc đánh giá khả năng sinh sản nữ, kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy được sự thay đổi có ý nghĩa về các thông số tinh dịch đồ ở nhóm bệnh nhân có rối loạn chức năng tuyến giáp. Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu lớn hơn nữa để đưa ra các kết luận chắc chắn.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, Trung tâm hỗ trợ sinh sản và công nghệ mô ghép, Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc Gia và các bệnh nhân đã nhiệt tình giúp đỡ và hợp tác với chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Poppe K, Glinoer D, Van Steirteghem A, al et (2002).** Thyroid dysfunction and autoimmunity in infertile women. Thyroid, 12: 997 –1001.
2. **Jefferys A, Vanderpump M, Yasmin E (2015).** Thyroid dysfunction and reproductive health. Obstet Gynaecol, 17: 39 - 45.
3. **Krassas GE, Pontikides N, Deligianni V, Miras K. (2002).** A prospective controlled study of the impact of hyperthyroidism on reproductive function in males. J Clin Endocrinol Metab, 87: 3667–3671.
4. **Hudson RW, Edwards AL (1992)**. Testicular function in hyperthyroidism. Journal of Andrology, 13(2): 117–124.
5. **Krassas GE, Papadopoulou F, Tziomalos K (2008).** Hypothyroidism has an adverse effect on human spermatogenesis: a prospective controlled study. Thyroid, 18: 1255-9.
6. **Rajender S, Monica MG, Walter L et al (2011).** Thyroid, spermatogenesis, and male infertility. Front Biosci, 3: 843–855.
7. **Krajewska-Kulak E Sengupta P (2013).** Thyroid function in male infertility. Front Endocrinol (Lausanne), 4: 1 - 2.
8. **Krassas GE, Poppe K, Glinoer D (2010).** Thyroid function and human reproductive health. Endocr Rev, 31: 702 – 755.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA THUỐC KHÁNG VI RÚT TRỰC TIẾP Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN VI RÚT C MẠN KIỂU GEN TÝP 1

Võ Duy Thông[1], Bùi Thị Thu Vân[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hiệu quả của các thuốc DAA ở bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn kiểu gen týp 1. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu trên 84 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn kiểu gen týp 1 đến khám và điều trị ngoại trú tại Phòng khám viêm gan - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM, thời gian từ tháng 01/2016 đến 10/2020. Bệnh nhân được chỉ định điều trị bằng các phác đồ DAA (không có IFN và ribavirin) và có tái khám sau khi kết thúc điều trị 12 tuần hoặc 24 tuần. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 57,2 ± 14,2, với tỷ lệ nữ nhiều hơn nam và bệnh nhân không xơ gan chiếm tỷ lệ cao, hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng. Tỷ lệ đạt SVR cao, sofosbuvir/daclatasvir 100%; sofosbuvir/ledipasvir 98,3%; sofosbuvir/velpatasvir 100%; grazoprevir/ elbasvir 100%. **Kết luận:** Các phác đồ DAA có hiệu quả điều trị ở bệnh nhân không xơ gan, bệnh nhân xơ gan còn bù hay mất bù, và bệnh nhân đã từng thất bại điều trị trước.

Từ khóa: DAA, viêm gan C mạn, genotype 1

[1]Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Thông
Email: duythong@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 16.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020
Ngày duyệt bài: 8.12.2020

SUMMARY

EFFICACY OF DIRECT-ACTING ANTIVIRUS AGENTS FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C VIRUS GENOTYPE 1

Objective: To investigate the efficacy of direct-acting antivirus agents (DAAs) in treatment of patients with chronic genotype 1 hepatitis C virus. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 84 medical records of patients with chronic genotype 1 hepatitis C virus at the Liver Clinic for outpatients, University Medical Center from January 2016 to October 2020. Patients were indicated for treatment by DAAs (without IFN and ribavirin) and followed up at 12 or 24 weeks after the end of treament. **Results:** The mean age of patients was 57.2 ± 14.2, with a higher rate of women than men and patients without cirrhosis account for high rate, most patients were without clinical symptoms. SVR rate was high, 100% for sofosbuvir/daclatasvir, 98.3% for sofosbuvir/ ledipasvir, 100% for sofosbuvir/velpatasvir, and grazoprevir/elbasvir. **Conclusion:** DAAs were effective for the treatment of patients with non-cirrhosis, compensated or decompensated cirrhosis, and previous treatment failure.

Key words: DAA, chronic hepatitis C virus, genotype 1

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm gan vi rút C mạn là bệnh truyền nhiễm do vi rút viêm gan C (Hepatitis C Virus - HCV) gây ra. HCV có thể gây viêm gan cấp, viêm gan mạn, tiến triển thành xơ gan, ung thư tế bào gan [1]. Khoảng 30% người nhiễm bệnh tự loại bỏ vi rút trong vòng 6 tháng sau khi bị nhiễm mà không cần điều trị. Đây có thể là giai đoạn ngắn, tuy nhiên, điều đáng quan tâm là có đến 70% người nhiễm vi rút viêm gan C cấp tính tiến triển thành viêm gan C mạn tính và tiếp tục gây nguy hiểm cho bệnh nhân [2]. Không phải lúc nào nhiễm HCV cũng cần điều trị, vì đáp ứng miễn dịch ở một số người sẽ tự loại bỏ vi rút. Tuy nhiên, khi nhiễm HCV trở thành mạn tính, điều trị là cần thiết. WHO khuyến cáo điều trị viêm gan vi rút C mạn bằng các thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs - Direct-acting antivirus agents). Các thuốc DAA như sofosbuvir, velpatasvir, ledipasvir, daclatasvir… có thể điều trị khỏi hầu hết những người bị nhiễm HCV và thời gian điều trị ngắn 12 - 24 tuần. Xuất phát từ tình hình nhiễm HCV vẫn gia tăng cùng những diễn tiến dẫn đến xơ gan, ung thư gan và cuối cùng là suy gan. HCV kiểu gen týp 1 có tỉ lệ nhiễm cao và khả năng điều trị khỏi của mỗi quốc gia khác nhau. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm khảo sát hiệu quả của các thuốc DAA ở bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn kiểu gen týp 1.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn kiểu gen týp 1.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án bệnh nhân bị viêm gan vi rút C mạn kiểu gen 1, >18 tuổi trở lên, được chỉ định điều trị bằng các phác đồ DAA (không có IFN và ribavirin) và có tái khám sau khi kết thúc điều trị 12 tuần hoặc 24 tuần tại Phòng khám viêm gan - Khoa khám bệnh - bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM, thời gian từ tháng 01/2016 đến 10/2020.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ có thai, bệnh nhân không sử dụng phác đồ DAA đủ thời gian quy định và có dữ liệu không đầy đủ hoặc mất để theo dõi.

Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện. Tất cả bệnh nhân thoả tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ.

Các bước tiến hành và phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập tại phòng khám Viêm gan – bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Các thông tin được thu thập bao gồm: Thông tin hành chính, bệnh sử, tiền căn và khám lâm sàng từng bệnh nhân. Ghi nhận kết quả cận lâm sàng, các lần tái khám sau khi sử dụng phác đồ DAA được 4 tuần (T4), 8 tuần (T8), 12 tuần (T12) và sau khi kết thúc điều trị 12 tuần (T24) hoặc 24 tuần (T36).

Kiểm soát sai lệnh thông tin: Định nghĩa rõ và cụ thể các biến số trong nghiên cứu. Nghiên cứu viên hiểu rõ bản chất dữ liệu và nắm vững phương pháp thu nhập dữ liệu. Đối với mỗi loại thông số, chỉ sử dụng thống nhất 1 thiết bị cần đo. Nhập số liệu, phân tích và xử lý thống kê bằng phần mềm Minitab 18.

Vấn đề y đức: Nghiên cứu tiến hành đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu Y học và được Hội đồng nghiên cứu khoa học của trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10/2020 đến tháng 11/2020 chúng tôi thu nhận được 84 bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn kiểu gen týp 1 được chỉ định dùng các thuốc DAA và được đưa vào nghiên cứu.

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ học và cận lâm sàng được thể hiện trong Bảng 1. Tuổi trong dân số nghiên cứu của chúng tôi là 57,2 ± 14,2. Trong 84 bệnh nhân, có 29 (34,5%) là nam và nữ có tỷ lệ cao hơn nhiều với 55 (65,5%) bệnh nhân. Phần lớn bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn chưa từng điều trị trước đó (96,4%). Triệu chứng lâm sàng bệnh nhân đến khám và điều trị, phần lớn trong nghiên cứu là không có triệu chứng chiếm 74 (88,0%). Ba bệnh đồng mắc thường gặp là gan

nhiễm mỡ, viêm gan vi rút B mạn và viêm gan do rượu (9,5%; 3,6% và 1,2%). Trong các mức độ xơ hoá gan, phần lớn của nhóm nghiên cứu là không xơ hoá (F0 - F1) có tỷ lệ 75%.

Bảng 1. *Đặc điểm của mẫu nghiên cứu*

Giá trị	Tổng (n = 84)
Tuổi (năm) (TB ± ĐLC)	57,2 ± 14,2
Giới tính [n (%)]	
Nam	29 (34,5%)
Nữ	55 (65,5%)
Đã từng điều trị [n (%)]	
Có	3 (3,6%)
Không	81 (96,4%)
Bệnh đồng mắc [n (%)]	
Gan nhiễm mỡ	8 (9,5%)
Viêm gan vi rút B mạn	3 (3,6%)
Viêm gan do rượu	1 (1,2%)
Triệu chứng lâm sàng [n (%)]	
Không triệu chứng	74 (88,0%)
Mệt	4 (4,8%)
Chán ăn	2 (2,4%)
Khó tiêu	1 (1,2%)
Ngứa	1 (1,2%)
Đau hạ sườn	1 (1,2%)
Tiểu vàng	1 (1,2%)
Mức độ xơ gan [n (%)]	
Không xơ gan	63 (75,0%)
Xơ hóa	2 (2,4%)
Xơ gan còn bù	16 (19,1%)
Xơ gan mất bù	3 (3,5%)
HCV RNA (log_{10} IU/ml) (Trung vị - KTPV)	5,89 (5,16 - 6,69)

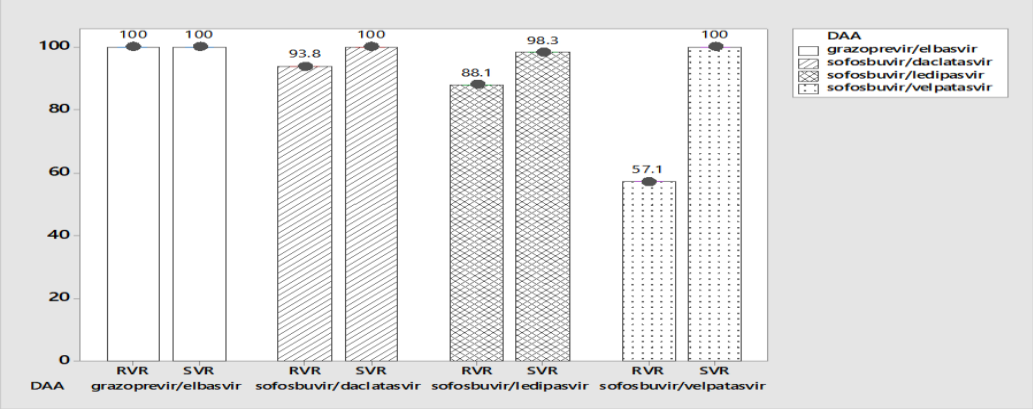
TB ± ĐLC: Trung bình ± Độ lệch chuẩn; Trung vị - Khoảng tứ phân vị

Hiệu quả điều trị của các phác đồ DAA ở bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn kiểu gen týp 1

Đáp ứng vi rút nhanh (RVR): Tải lượng vi rút HCV RNA dưới ngưỡng phát hiện tuần điều trị thứ 4 có tỷ lệ theo từng phác đồ DAA: sofosbuvir/daclatasvir 93,8% (15/16); sofosbuvir/ledipasvir 88,1% (52/59); sofosbuvir/velpatasvir 57,1% (4/7); grazoprevir/elbasvir 100 % (2/2).

Đáp ứng vi rút bền vững (SVR): Tải lượng vi rút HCV RNA dưới ngưỡng phát hiện sau khi kết thúc điều trị 12 tuần hoặc 24 tuần có tỷ lệ theo từng phác đồ DAA: sofosbuvir/daclatasvir 100% (16/16); sofosbuvir/ ledipasvir 98,3% (58/59); sofosbuvir/ velpatasvir 100% (7/7); grazoprevir/ elbasvir 100% (2/2).

So sánh về RVR và SVR của các phác đồ được thể hiện trong Biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. *Tỷ lệ đáp ứng vi rút của các phác đồ*

IV. BÀN LUẬN

Điều trị bệnh viêm gan vi rút C mạn là cần thiết để ngăn ngừa diễn tiến của bệnh. Tỷ lệ đạt SVR của mỗi phác đồ DAA cho từng kiểu gen týp 1 là quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi đã thu nhận được 84 hồ sơ bệnh án bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn kiểu gen týp 1 và được chỉ định dùng 1 trong 4 phác đồ DAA.

Đa số bệnh nhân là nữ giới (65,5%), độ tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu là 57,2 ± 14,2. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lý Thị Kim Dung (2016) trên 282 bệnh án của bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn [3]. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không biểu hiện triệu chứng lâm sàng chiếm đa số (88,1%) tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Bích (2020) trên 313 bệnh án bệnh nhân [4]. Tỷ lệ bệnh nhân bị xơ gan trước khi điều trị là 22,6%, trong đó xơ gan mất bù chiếm 3,5%.

Phác đồ sofosbuvir/daclatasvir có tỷ lệ đạt RVR là 93,8% và tỷ lệ đạt SVR tuyệt đối (100%) ở bệnh nhân không xơ gan cũng như xơ gan còn bù, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đạt SVR cao hơn so với nghiên cứu của Pol S. và cộng sự

(2017) (95%) [5].

Phác đồ sofosbuvir/ledipasvir có tỷ lệ đạt RVR là 88,1% và tỷ lệ đạt SVR là 98,3% ở bệnh nhân không xơ gan hoặc xơ gan còn bù hay mất bù, bệnh nhân thất bại với điều trị trước đó, tương đồng với tỷ lệ đạt SVR trong nghiên cứu của Liu C. H. và cộng sự (2018) (97,5%) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân bị thất bại điều trị mặc dù đã đạt được RVR nhưng lại không đạt được SVR. Bệnh nhân đó trước khi điều trị bị xơ gan còn bù sau tiến triển thành xơ gan mất bù, đồng thời mắc nhiều bệnh lý kèm theo như giãn tĩnh mạch thực quản độ II, sỏi niệu quản, bệnh thận mạn giai đoạn 2, tăng NH3 máu và thiếu máu.

Phác đồ sofosbuvir/velpatasvir có tỷ lệ đạt RVR thấp (57,1%), tuy nhiên sau khi kết thúc điều trị 12 tuần thì tỷ lệ đạt SVR cao (100%), tương đồng với nghiên cứu của Feld J. và cộng sự (2015) là 99% [7].

Phác đồ grazoprevir/elbasvir có tỷ lệ đạt RVR và tỷ lệ đạt SVR tuyệt đối (100%) trong nghiên cứu của chúng tôi, cao hơn nghiên cứu của Ahmed H. và cộng sự (2018) là 96,6% [8].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau khi kết thúc điều trị 12 tuần hoặc 24 tuần đạt được tỷ lệ đáp ứng vi rút bền vững (SVR) cao ở bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn kiểu gen týp 1, tất cả 4 phác đồ đều đạt tỷ lệ SVR trên 98%, có hiệu quả điều trị không chỉ ở bệnh nhân không xơ gan, mà còn ở cả bệnh nhân xơ gan còn bù hoặc mất bù, và bệnh nhân đã từng thất bại điều trị trước đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế**. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút C (Ban hành kèm theo Quyết định số 5012/QĐ-BYT ngày 20/09/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế). 2016
2. **Caroline S. Zeind, Michael G. Carvalho**. Applied Therapeutics, The Clinical Use of Drugs. 2017; 4335-4356.
3. **Lý Thị Kim Dung**. Khảo sát tình hình sử dụng và hiệu quả điều trị viêm gan siêu vi C mạn của thuốc kháng vi rút trực tiếp tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM. Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại Học Y Dược TP. HCM. 2017.
4. **Nguyễn Thị Ngọc Bích**. Hiệu quả và an toàn của sofosbuvir và ledipasvir trong điều trị bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn kiểu gen týp 1 hoặc 6 tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM. Luận văn Thạc sĩ. Trường Đại Học Y Dược TP. HCM. 2020
5. **Stanislas P, Marc B, Sandy L, Christophe H, Céline D et al**. Safety and efficacy of daclatasvir-sofosbuvir in HCV genotype 1-mono-infected patients. Journal of Hepatology. 2017; 66(1): 39–47.
6. **Chen-Hua Liu, Chun-Jen Liu, Tung-Hung Su, Hung-Chih Yang et al**. Real-world effectiveness and safety of sofosbuvir and ledipasvir with or without ribavirin for patients with hepatitis C virus genotype 1 infection in Taiwan. PloS one, 2018;13(12):e0209299.
7. **Jordan JF, Ira MJ, Christophe H, Tarik A et al**. Sofosbuvir and Velpatasvir for HCV Genotype 1, 2, 4, 5, and 6 Infection. The New England Journal of Medicine. 2015; 373(27): 2599–2607.
8. **Ahmed H, Abushouk AI, Menshawy A, Attia A at al**. Meta-Analysis of Grazoprevir plus Elbasvir for Treatment of Hepatitis C Virus Genotype 1 Infection. Annals of hepatology. 2018;17(1):18–32.

ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM TEXAS TRONG ĐÁNH GIÁ LOÉT BÀN CHÂN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Dương Mạnh Cường[1-2], Lê Bá Ngọc[3], Nguyễn Khoa Diệu Vân[2-4]

TÓM TẮT

Loét bàn chân (LBC) trên bệnh nhân đái tháo đường là một trong những nguyên nhân chính gây ra khuyết tật, bệnh tật và tử vong… Thang điểm Texas giúp đánh giá một cách toàn diện về độ sâu của vết loét cũng như sự có mặt của tắc mạch chi, nhiễm trùng vết loét nhằm định hướng kế hoạch chăm sóc cũng như dự đoán kết quả điều trị. **Mục tiêu:** Ứng dụng thang điểm Texas trong đánh giá loét bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường tại khoa Nội Tiết bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu 64 bệnh nhân đái tháo đường có LBC tại khoa Nội Tiết bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2019 đến tháng 8/2020. Mô tả đặc điểm tuổi giới, HbA1C, nguyên nhân loét ngoại sinh, phân độ loét bàn chân theo thang điểm Texas. Đánh giá mối liên quan giữa phân độ loét bàn chân theo thang điểm Texas và kết quả điều trị. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 65.36 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 36/28. Tỷ lệ bệnh nhân có HbA1C >7% là 90.6%. Nguyên nhân ngoại sinh gây loét thường gặp nhất là giày dép chật và chấn thương chiếm 26.6% và 21.9%. Theo thang điểm Texas các bệnh nhân ở giai đoạn A có tỷ lệ cắt cụt chi và không liền vết loét thấp nhất là 0% và 16.7%, trong khi đó nhóm giai đoạn D có tỷ lệ cắt cụt chi và

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội,*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông,*
[3]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec,*
[4]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Mạnh Cường
Email: dcuong.hfm@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020
Ngày duyệt bài: 9.12.2020

không liền vết loét cao nhất, chiếm 23.5% và 64.7%. Các bệnh nhân loét độ I có có tỷ lệ cắt cụt chi và không liền vết loét thấp nhất là 0% và 14.3%, trong khi đó nhóm loét độ III có tỷ lệ cắt cụt chi và không liền vết loét cao nhất, chiếm 57.1% và 85.7%. **Kết luận:** Các bệnh nhân trong nghiên cứu có tỷ lệ loét độ III, loét có nhiễm trùng, tắc mạch chi cao. Bước đầu cho thấy khả năng dự đoán kết quả điều trị của thang điểm Texas, các bệnh nhân loét bàn chân có độ loét cao, giai đoạn D dự đoán nguy cơ cắt cụt chi và không liền vết loét. Ngược lại các bệnh nhân loét độ I, giai đoạn A dự đoán nguy cơ cắt cụt chi và không liền vết loét thấp.

Từ khóa: Thang điểm Texas; Loét bàn chân; Đái tháo đường; Bệnh viện Bạch Mai

SUMMARY

TEXAS CLASSIFICATION SYSTEM IN ASSESSMENT OF FOOT ULCERS IN DIABETIC PATIENTS IN BACH MAI HOSIPITAL

Foot ulcers in diabetic patients are one of the main causes of morbidity and mortality…Texas classification system provides a comprehensive assessment of the depth of the ulcer as well as the presence of lower limb ischemia and infection in order to design care plan as well as predict treatment outcomes. **Aims:** Apply Texas diabetic foot wound classification systemto assess foot ulcers in diabetic patietns at Endocrinology Department, Bach Mai Hospital. **Methods:** A prospective, cross-sectional study of 64 diabetic patients with foot ulcer at the Endocrinology Department of Bach Mai Hospital from October 2019 to August 2020.Describe age and gender characteristics, HbA1C, exogenous causes of ulcers, foot ulcers' grade, stageaccording to Texas classification. Evaluate the relationship between foot ulcers' stage, grade and treatment outcomes. **Results:** The average age is 65.36 year old, the ratio of male/female is 36/28. The proportion of patients with HbA1C> 7% is 90.6%. The most common exogenous causes of foot ulcers are unsuitable shoes and trauma accounting for 26.6% and 21.9% of all causes. According to the Texas classification, patients in stage A had the lowest rates of amputation and unhealed ulcer at 0% and 16.7%, while group D had high rates of amputation and unhealed ulcer, accounting for 23.5% and 64.7% patients. The lowest rates of amputation and unhealed ulcerwere 0% and 14.3% in grade I ulcer patients, while the grade III ulcer group had the highest rate of amputation and unhealed ulcer, accounting for 57.1 % and 85.7% cases. **Conclusions:** The patients in the study have high rates of grade III ulcers, infection, and limb ischemia. Our research initially shows the ability to predict treatment outcomes of the Texas classification: patients with high grade, stage D foot ulcershavehigh risk of amputation and unhealed ulcer. In contradition, grade I, stage A ulcers, predict low risk of amputation and unhealed ulcer.

Keywords: Texas Diabetic Foot Wound Classification; Foot ulcers; Diabetes; Bach Mai Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét bàn chân là một trong những biến chứng thường gặp của ĐTĐ, gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đồng thời làm gia tăng gánh nặng cho gia đình, ngành y tế nói riêng và toàn xã hội nói chung [1]. Loét bàn chân gây ra bởi nhiều nguyên nhân khác nhau, các nguyên nhân ngoại sinh như chấn thương, bỏng, giày dép chật… Một số yếu tố nội sinh như việc kiểm soát đường máu, tuổi, giới, tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân cũng có thể gây ảnh hưởng đến quá trình hình thành và liền vết loét.

Việc có một hệ thống phân loại dễ sử dụng, mô tả toàn diện về vết loét sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng lên kế hoạch cũng như tiên lượng kết quả điều trị LBC. Thang điểm Texas đánh giá được độ sâu của vết loét đồng thời cho biết sự hiện diện của nhiễm trùng vết thương, và thiếu máu cục bộ chi dưới. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu "*Ứng dụng thang điểm Texas trong đánh giá loét bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường tại khoa Nội tiết Bệnh viện Bạch Mai".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm64 bệnh nhân đã hoặc mới được chẩn đoán xác định đái tháo đường theo tiêu chuẩn của ADA 2019 [2] có loét bàn chân điều trị nội trú tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2019 đến tháng 8/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ theo hướng dẫn của hiệp hội ĐTĐ Mỹ-ADA năm 2019
- Bệnh nhân có tổn thương LBC: là những tổn thương phá vỡ toàn bộ cấu trúc da nằm phía dưới hai mắt cá chân [3].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có những tổn thương ở bàn chân không phải là loét như phỏng nước, chợt da, vết xước, vết cắt.
- Bệnh nhân bị loét do các nguyên nhân không do biến chứng ĐTĐ như nhiễm trùng hạt tophi, gãy xương bàn chân sau chấn thương, loét tỳ đè do nằm lâu, loét do bệnh viêm khớp dạng thấp hoặc do các bệnh nội khoa khác.
- Bệnh nhân có biểu hiện rối loạn tâm thần hoặc 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. Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện, toàn bộ bệnh nhân đái tháo đường có loét bàn chân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu nói trên.

2.2.3.Phương pháp thu thập số liệu: Các thông tin thu thập qua quá trình hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng và được ghi chép theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Một số đặc điểm chung ở bệnh nhân LBC:
  - Tuổi, giới
  - BMI: tính theo tiêu chuẩn của ADA dành cho người châu Á [4]
  - Các xét nghiệm sinh hóa: HbA1C, Triglycerid, Cholesterol toàn phần máu
- Đặc điểm tổn thương của vết loét bàn chântrên bệnh nhân ĐTĐ và ứng dụng của thang điểm Texas:
  - Nguyên nhân ngoại sinh gây loét: hỏi bệnh tìm các nguyên nhân như bỏng, chấn thương, giày dép chật, chai chân, cắt móng…
  - Đánh giá loét bàn chân theo thang điểm Texas [5]:

Bảng 2.1: Phân loại mức độ loét bàn chân theo thang điểm Texas

Độ loét / Giai đoạn	0	I	II	III
A: (Không có nhiễm trùng hay thiếu máu)	Tổn thương trước hoặc sau loét đã biểu mô hóa hoàn toàn	Loét nông, không tổn thương gân, bao khớp hoặc xương	Tổn thương lan tới gân hoặc bao khớp	Tổn thương lan tới xương hoặc khớp
B	Có nhiễm trùng	Có nhiễm trùng	Có nhiễm trùng	Có nhiễm trùng
C	Có tắc mạch chi	Có tắc mạch chi	Có tắc mạch chi	Có tắc mạch chi
D	Có tắc mạch chi và nhiễm trùng	Có tắc mạch chi và nhiễm trùng	Có tắc mạch chi và nhiễm trùng	Có tắc mạch chi và nhiễm trùng

- Kết quả điều trị: Kết quả điều trị vết loét trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện Bạch Mai
- Cắt cụt chi: cắt cụt chi tối thiểu hoặc lớn. Có/không
- Khả năng liền vết loét:
  - Liền vết loét: Vết loét được coi là liền khi bề mặt ổ loét được biểu mô hoá hoàn toàn [7].
  - Vết loét không liền: Vết loét chưa được biểu mô hóa hoàn toàn

2.2.4. Xử lý và phân tích số liệu: các số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng chương trình Microsoft Excel 2019, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20. Kết quả sẽ được trình bày dưới dạng tần suất, tỷ lệ phần trăm

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu:Đề tài đã được Hội đồng thông qua đề cươngTrường Đại học Y Hà Nội chấp thuận. Thông tin thu thập từ nghiên cứu được mã hóa, giữ kín và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

2.2.6. Sơ đồ nghiên cứu:



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung ở bệnh nhân loét bàn chân có đái tháo đường

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	36	56.2
	Nữ	28	43.8
Tuổi	X ± SD	65.36 ± 11.412	
	<45	1	1.6
	45-64	30	46.9
	≥65	33	51.6
BMI	X ± SD	21.27 ± 2.913	
HbA1C	X ± SD	10.23 ± 2.77	
	≤7%	6	9.4
	>7%	58	90.6
Triglyceride	X ± SD	1.77 ± 1.184	
Cholesterol TP	X ± SD	3.61 ± 1.201	

Ghi chú: SD (Standard Deviation): độ lệch chuẩn

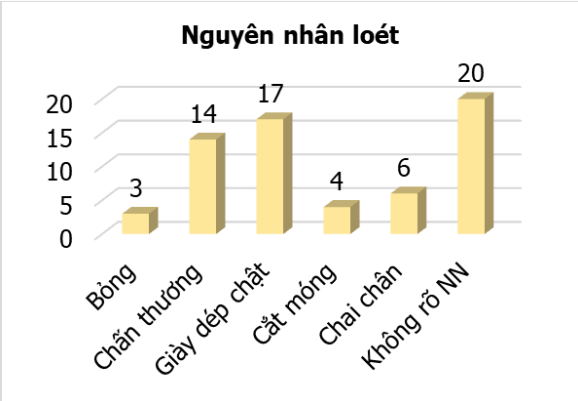
Nhận xét:

- Tỷ lệ nam/nữ =36/28. Độ tuổi trung bình là 65.36, trong đó nhóm ≥ 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 51.6%.
- BMI trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 21.27.
- Có 90.6% số bệnh nhân có HbA1C >7%, HbA1c trung bình của cả nhóm bệnh nhân

nghiên cứu là 10.23%.

- Không thấy các bất thường về trị số trung bình của Cholesterol toàn phần, Tryglycetide.

3.2. Đặc điểm tổn thương của vết loét ở bệnh nhân loét bàn chân có đái tháo đường



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân ngoại sinh gây loét bàn chân

Nhận xét: Gần 1/3 số bệnh nhân không xác định rõ được nguyên nhân gây loét. Trong các nguyên nhân tìm hiểu được, giày dép chật và chấn thương là 2 nguyên nhân chính chiếm lần lượt 26.6% và 21.9%.

Bảng 3.3. Đánh giá bệnh nhân theo thang điểm Texas

		Độ loét			
		I	**II**	**III**	**Tổng**
Giai đoạn loét	A	6	0	0	6(9.4%)
	B	10	17	8	35 (54.7%)
	C	6	0	0	6(9.4%)
	D	6	5	6	17(26.6%)
	Tổng	28 (43.8%)	22 (34.4%)	14 (21.9%)	64

Nhận xét:

- Có 28 bệnh nhân loét nông, chỉ tổn thương bề mặt (độ I) chiếm 43.8%. Trong khi đó có 14 bệnh nhân đã có tổn thương tới xương hoặc khớp, chiếm 21.9%.

- Tất cả các bệnh nhân loét giai đoạn A, thì đều loét độ I

- Các bệnh nhân loét giai đoạn D thì có tới 6 bệnh nhân chiếm 35.3% loét độ III

Bảng 3.4. Liên quan giữa giai đoạn, độ loét theo thang điểm Texas và kết quả điều trị

Giai đoạn loét	**Cắt cụt chi (n(%))**		**Liền vết loét (n(%))**	
	Có	Không	**Có**	Không
A	0 (0.0%)	6 (100%)	5 (83.3%)	1 (16.7%)
B	5 (14.3%)	30 (85.7%)	21 (60.0%)	14 (40.0%)
C	0 (0.0%)	6 (100%)	5 (83.3%)	1 (16.7%)
D	4 (23.5%)	13 (76.5%)	6 (35.3%)	11 (64.7%)
Độ loét: I	0 (0.0%)	28 (100%)	24 (85.7%)	4 (14.3%)
II	1 (4.5%)	21 (95.5%)	11 (50.0%)	11 (50.0%)
III	8 (57.1%)	6 (42.9%)	2 (14.3%)	12 (85.7%)

Nhận xét:

- Trong nhóm các bệnh nhân loét giai đoạn A và C không có bệnh nhân nào phải cắt cụt chi. Các bệnh nhân loét giai đoạn D có tỷ lệ phải cắt cụt chi cao nhất, 4 bệnh nhân chiếm 23.5%.

- Trong nhóm bệnh nhận loét giai đoạn A và C có tỷ lệ bệnh nhân liền vết loét sau điều trị cao nhất chiếm 83.3%. Trong khi đó các bệnh nhân loét giai đoạn D có tỷ lệ liền vết loét sau điều trị thấp nhất, chỉ có 6 bệnh nhân chiếm 35.3%.

- Độ loét càng cao thì tỷ lệ bệnh nhân cắt cụt chi càng cao. Trong số bệnh nhân loét độ III có tới 8 bệnh nhân phải cắt cụt chi, chiếm 57.1%. Trong khi đó tất cả các bệnh nhân loét độ I đều không phải cắt cụt chi.

- Độ loét càng cao thì tỷ lệ liền vết loét sau điều trị càng thấp. Trong số các bệnh nhân loét độ I có tới 24 bệnh nhân chiếm 85.7% liền vết loét sau điều trị, trong khi đó chỉ có 14.3% bệnh nhân loét độ III liền vết loét sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung ở bệnh nhân loét bàn trên có đái tháo đường

Về đặc điểm lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình ghi nhận là 65.36, độ tuổi có cao hơn so với nghiên cứu của Lê Bá Ngọc và Oyibo và cộng sự, lần lượt là 62.17 và 56.6 tuổi [7] [8]. Trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm ≥65 tuổi, có 33 bệnh nhân chiếm 51.6%. Đáng lưu ý là có tới 98.4% bệnh nhân có độ tuổi ≥45, bước đầu cho thấy tuổi là một yếu tố nguy cơ cao của loét bàn chân trên bệnh nhân đái tháo đường. Điều này có thể một phần giải thích do tuổi càng cao, thời gian mắc ĐTĐ càng dài thì dẫn đến nhiều biến chứng của đái tháo đường, trong đó có một số biến chứng như biến chứng thần kinh ngoại vi, biến chứng bệnh động mạch ngoại vi làm tăng nguy cơ hình thành LBC.

Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 36/28, cho thấy LBC trên bệnh nhân ĐTĐ gặp ở nam nhiều hơn nữ. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước. Nguyên nhân của sự khác nhau này có thể do các thống kê về tỷ lệ mắc các biến chứng có nguy cơ gây ra LBC như BCTKNV và bệnh ĐMNV gặp ở nam giới nhiều hơn.

BMI trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 21.27kg/m2 tương đương với nghiên cứu của Lê Bá Ngọc là 21.73 nhưng thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Boyko và cộng sự là 29.73 [7]. Nghiên cứu của Boyko trên bệnh nhân tại Hoa Kỳ, nơi có tỷ lệ béo phì, thừa cân cao hơn nhiều so với Việt Nam. Qua đó không thấy được bất thường về BMI ở nhóm bệnh LBC có ĐTĐ.

Về đặc điểm cận lâm sàng: Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân loét bàn chân kiểm soát đường máu không tốt với HbA1C trung bình là 10.23% và có 90.6% bệnh nhân có HbA1C >7%. Các chỉ số này tương đồng với nghiên cứu của Lê Bá Ngọc (HbA1C trung bình 10.04%, 89.36% bệnh nhân có HbA1C > 7%)[7]. Tình trạng tăng glucose máu mạn tính đã được khẳng định là nguyên nhân gây ra các biến chứng của bệnh ĐTĐ như BCTKNV, biến chứng mắt, biến chứng thận. Những biến chứng này là yếu tố thuận lợi để gây ra tổn thương LBC. Khi LBC và nhiễm trùng bàn chân xuất hiện, việc kiểm soát glucose máu sẽ càng khó khăn hơn. Glucose máu của bệnh nhân tăng cao và khó kiểm soát đã trở thành môi trường thuận lợi cho vi khuẩn dễ dàng phát triển.

Rối loạn lipid máu chính là yếu tố dẫn tới xơ vữa mạch máu và góp phần hình thành lên các biến chứng mạch máu lớn như bệnh ĐMNV. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy các bất thường về trị số trung bình của Cholesterol toàn phần, Triglycetide.

4.2. Về đặc điểm tổn thương của vết loét và ứng dụng của thang điểm Texas

Về nguyên nhân gây loét ngoại sinh: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hai nguyên nhân chính là do giày dép chật và chấn thương chiếm 26.6% và 21.9%. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Lê Bá Ngọc cho thấy nguyên nhân thường gặp nhất là do chai chân chiếm 17.02% [7]. Nghiên cứu về nguyên nhân gây loét chủ yếu phụ thuộc vào hỏi bệnh, theo ý kiến chủ quan của bệnh nhân, đồng thời bệnh nhân LBC có ĐTĐ thường có biến chứng thần kinh ngoại vi, mất cảm nhận của bàn chân nên khó nhận ra nguyên nhân gây loét,vì vậy sai số còn lớn. Cả hai nghiên cứu cũng đều có số lượng bệnh nhân hạn chế, cần có các nghiên cứu lớn hơn để tìm hiểu chính xác nguyên nhân ngoại sinh chủ yếu gây loét bàn chân ở bệnh nhân ĐTĐ.

Về đánh giá loét bàn chân theo thang điểm Texas: Qua nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các bệnh nhân loét giai đoạn I, II, III lần lượt là 43.8%, 34.4% và 21.9%; các bệnh nhân loét độ A, B, C, D lần lượt là 9.4%, 54.7%, 9.4% và 26.6%. So với kết quả nghiên cứu của Oyibo và cộng sự (giai đoạn I, II, III lần lượt là 67.5%, 14.9% và 17.6%; độ A, B, C, D lần lượt là 46.9%, 26.3%, 11.3% và 15.5%) thì cho thấy bệnh nhân của nghiên cứu chúng tôi nặng hơn. Tỷ lệ bệnh nhân có nhiễm trùng và thiếu máu chi trong nghiên cứu là 81.3% và 35.9%, tỷ lệ này cũng cao hơn so với nghiên cứu của Obiyo và cộng sự là 41.8% và 26.8% [8].

Trong nhóm bệnh nhân loét giai đoạn A thì đều xếp vào loét độ I. Bước đầu cho thấy nếu bệnh nhân LBC không có nhiễm trùng hoặc tắc mạch chi thì thường loét độ nhẹ. Ngược lại trong nhóm bệnh nhân loét giai đoạn D có tới 6 bệnh nhân, chiếm 35.3%. Qua đó thấy được bệnh nhân loét bàn chân có nhiễm trùng và tắc mạch chi có nguy cơ LBC mức độ nặng. Độc tố của vi khuẩn là một trong những nguyên nhân làm tăng mức độ nặng của LBC. Ngoài racác vi khuẩn còn liên kết với nhau tạo thành màng sinh học vi khuẩn gắn chặt trên bề mặt ổ loét làm giảm hiệu quả điều trị của kháng sinh và của các thuốc sát khuẩn bề mặt. Tắc mạch chi làm thiếu máu đưa tới nuôi dưỡng bàn chân, gây thiếu hụt các yếu tố cần thiết cho quá trình viêm cũng như liền vết loét. Do vậy tắc mạch chi cũng là yếu tố quan trọng làm tăng mức độ LBC trên bệnh nhân ĐTĐ.

Về giai đoạn loét theo thang điểm Texas, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bệnh nhân ở giai đoạn A có tỷ lệ cắt cụt chi và không liền vết loét thấp nhất là 0% và 16.7%, trong khi đó nhóm giai đoạn D có tỷ lệ cắt cụt chi và không liền vết loét cao nhất, chiếm 23.5% và 64.7%. Về độ loét theo thang điểm Texas, các bệnh nhân loét độ I có có tỷ lệ cắt cụt chi và không liền vết loét thấp nhất là 0% và 14.3%, trong khi đó nhóm loét độ III có tỷ lệ cắt cụt chi và không liền vết loét cao nhất, chiếm 57.1% và 85.7%. Các quan sát này cũng tương đồng với nghiên cứu của Obiyo và cộng sự [8].

V. KẾT LUẬN

- Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tới 28 bệnh nhân (chiếm 43.8%) loét nông độ I, tuy nhiên cũng có tới 14 bệnh nhân (chiếm 21.9%) loét tổn thương tới xương hoặc khớp. Tỷ lệ bệnh

nhân LBC có nhiễm trùng hoặc tắc mạch chi cao chiếm lần lượt 81.3% và 35.9%.

- Bước đầu cho thấy ứng dụng của thang điểm Texas trong dự đoán kết quả điều trị, loét bàn chân có độ loét cao, giai đoạn D theo thang điểm Texas dự đoán nguy cơ cắt cụt chi và không liền vết loét. Ngược lại các bệnh nhân loét độ I, giai đoạn A theo thang điểm Texas dự đoán nguy cơ cắt cụt chi và không liền vết loét thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO. Global report on diabetes**. <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>, accessed: 25/06/2019.
2. **American Diabetes Association (2019)**. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes. Diabetes Care, 42(Supplement 1), S13–S28.
3. **Schaper N., Van Netten J., Apelqvist J. và cộng sự. (2016).** Prevention and management of foot problems in diabetes: a summary guidance for daily practice 2015, based on the iwgdf guidance documents. Diabetes Research and Clinical Practice, **124**.
4. **Misra A. (2015).** Ethnic-specific criteria for classification of body mass index: a perspective for asian indians and american diabetes association position statement. Diabetes Technology & Therapeutics, **17**(**9**), 667–671.
5. **Journal of Diabetic Foot Complications.** A new classification of diabetic foot complications: a simple and effective teaching tool.<http://jdfc.org/2012/volume-4-issue-1/a-new-classification-of-diabetic-foot-complications-a-simple-and-effective-teaching-tool/>, accessed: 05/11/2019.
6. **Jeffrey E. Janis, MD Bridget Harrison, MD. Wound Healing :** Part I. Basic Science. Plastic and Reconstructive Surgery;138:9-17.
7. **Lê Bá Ngọc (2018).** Nghiên cứu đặc điểm loét bàn chân và kết quả điều trị giảm tải loét gan bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường.
8. **Oyibo S.O., Jude E.B., Tarawneh I. và cộng sự. (2001).** A comparison of two diabetic foot ulcer classification systems: the wagner and the university of texas wound classification systems. Diabetes Care, **24**(**1**), 84–88.

SỬ DỤNG RƯỢU BIA CỦA NAM GIỚI TẠI HUYỆN BÌNH LỤC VÀ KIM BẢNG, HÀ NAM

Lê Đình Luyến[1], Lê Vĩnh Giang[1], Đào Thị Minh An[1], Nguyễn Thị Thu Hường[1], Phạm Đình Long[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1125 hộ gia đình tại tỉnh Hà Nam để mô tả thực trạng sử dụng rượu bia và một số yếu tố ảnh hưởng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ nam giới từ 18 tuổi trở lên sử dụng rượu bia trong vòng 12 tháng qua chiếm 88,4%. Có 38% nhóm đối tượng sử dụng rượu bia với tần suất từ 4 lần/tuần trở lên. Sử dụng thang điểm AUDIT để đánh giá cho thấy có 28,5% đối tượng sử dụng rượu bia không hợp lý từ mức nguy cơ trở lên (≥8 điểm). Kết quả phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng rượu bia hợp lý cho thấy của nhóm tuổi trung niên và nghề buôn bán, nhân viên nhà nước có tỷ lệ sử dụng rượu bia không hợp lý hơn các nhóm còn lại. Cần có các nghiên cứu sâu hơn để tìm hiểu nguyên nhân và đề xuất giải pháp cho thực trạng này.

Từ khóa: rượu bia, AUDIT, đơn vị uống chuẩn

SUMMARY

ALCOHOL CONSUMPTION AMONG MALE ADULTS IN BINH LUC AND KIM BINH DISTRICT, HA NAM PROVINCE

A cross-sectional study conducted among 1,125 households in Ha Nam province to describe the situation of acohol consumption and some associated factors. Results show that the proportion of men aged 18 and over using alcohol in the past 12 months accounted for 88.4%. There are 38% of people use alcohol at a frequency over 4 times per week. Regarding level of alcohol consumption using AUDIT scale show that 28.5% of people use alcohol improperly (≥8 points). Middle-aged people and adults who work as business and officer staffs have more risk of improper alcohol usage than the rest of people. Further studies should be conduct to understand the causes and propose solutions for this situation.

Keywords: alcohol, AUDIT, standard unit

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rượu bia là một loại thức uống được sử dụng rộng rãi ở nhiều quốc gia. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới (WHO), số người sử dụng rượu bia trên thế giới chỉ sau cà phê. Sử dụng rượu bia với mức độ hợp lý có thể đem lại cho con người cảm giác hưng phấn, thoải mái, và có lợi cho sức khỏe. Tuy nhiên, rượu bia lại là chất kích thích, gây nghiện vì vậy người sử dụng rất dễ bị lệ thuộc với mức độ sử dụng ngày càng nhiều

[1]Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng
[2]Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Luyến
Email: luyenld@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020
Ngày duyệt bài: 4.12.2020

dẫn đến tình trạng lạm dụng rượu bia. Lạm dụng rượu bia sẽ ảnh hưởng đến các cơ quan như hệ thần kinh trung ương, tim mạch, tiêu hóa, nội tiết và dẫn đến các bệnh lý liên quan.[1]

Theo WHO hiện có khoảng 1/3 dân số thế giới có sử dụng rượu bia và khoảng 77 triệu người lạm dụng rượu bia. Lạm dụng rượu bia chiếm 4% gánh nặng bệnh tật toàn cầu, chỉ sau tăng huyết áp (4,4%), thuốc lá (4,1%). Ngoài ra rượu bia còn là nguyên nhân khiến con người không làm chủ được hành vi của mình, dẫn đến các vấn đề xã hội như bạo lực, tai nạn giao thông, tự tử.[2] Ở Việt Nam, quá trình đổi mới và phát triển nền kinh tế trong những năm qua đã giúp cho đời sống nhân dân ngày càng được nâng cao. Xu hướng sử dụng rượu bia và các loại đồ uống có cồn khác trong sinh hoạt hàng ngày, trong những dịp lễ, hội, trong quan hệ công việc đang ngày càng gia tăng.[3] Theo một nghiên cứu công bố trên tạp chí Lancet, lượng rượu bia tiêu thụ bình quân đầu người ở Việt Nam năm 2017 là 8,9 lít, và là quốc gia có chiều hướng gia tăng mạnh nhất giai đoạn 2010-2017 (89%) cho thấy tình trạng đáng báo động.[4]

Có rất nhiều bộ công cụ trên thế giới sử dụng để đánh giá mức độ sử dụng rượu bia. Bảng câu hỏi AUDIT là một phương pháp sàng lọc đơn giản cho các đối tượng sử dụng rượu và uống rượu quá mức. Bộ công cụ đã được kiểm định tính giá trị và độ tin cậy tại Việt Nam và được đánh giá là rất phù hợp và khả thi khi áp dụng sàng lọc các vấn đề về rượu trong cộng đồng.[5]

Hà Nam là một tỉnh nằm ở vùng Đồng bằng Sông Hồng Việt Nam. Trong những năm gần đây kinh tế xã hội của tỉnh đã có những bước phát triển đáng kể, kéo theo đó là nhiều vấn đề phức tạp về y tế xã hội. Thực trạng sử dụng rượu bia và liên quan đến sử dụng rượu bia tại 2 huyện Bình Lục và huyện Kim Bảng ít được quan tâm, cần được nghiên cứu. Nhằm cung cấp bằng chứng cho can thiệp cộng đồng tại tỉnh Hà Nam sau này, đặc biệt trong vấn đề về rượu bia chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu *"Mô tả thực trạng sử dụng rượu bia và một số yếu tố liên quan ở nam giới tuổi từ 18 tại một số xã thuộc tỉnh Hà Nam".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

- Đối tượng nghiên cứu: Nam giới từ 18 tuổi trở lên tại Hà Nam

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Nam giới từ 18 tuổi trở lên

+ Đang sinh sống ít nhất 6 tháng tại 4 xã điều tra thuộc tỉnh Hà Nam

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng không có khả năng trả lời câu hỏi: mắc các bệnh cấp/mạn tính nặng, bệnh lý tâm thần nặng

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thời gian, địa điểm nghiên cứu:

+ Thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2017 đến tháng 08/2019

+ Địa điểm nghiên cứu tại bốn xã Hưng Công, Bối Cầu, Tượng Lĩnh, Thanh Sơn

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

- Cỡ mẫu nghiên cứu: sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

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

n: cỡ mẫu nghiên cứu là số nam giới được khảo sát

Z: hệ số tin cậy (với α = 0,05, Z = 1,96)

p: là tỷ lệ sử dụng rượu bia ở mức có hại, lạm dụng rượu bia(theo nghiên cứu của Kim Bảo Giang năm 2013, p=0,35)[5]

d: sai số mẫu tuyệt đối (chọn d=0,03)

Từ công thức trên cộng thêm 15% để kiểm soát tỷ lệ không đáp ứng nghiên cứu, kết quả cuối cùng là 1125 đối tượng.

- Chọn mẫu: Chọn 4 xã thuộc 2 huyện Bình Lục và Kim Bảng

Trong một xã chọn 30 cụm ngẫu nhiên

- Liệt kê danh sách xóm của xã được điều tra, tính dân số nam ≥18 tuổi cộng dồn cho từng thôn, tính khoảng cách mẫu k= dân số nam ≥18 /30 cụm
- Chọn số ngẫu nhiên (cụm đầu tiên) có giá trị ≤ k (dùng dãy số trên đồng tiền để chọn)
- Cụm 2= số ngẫu nhiên + k
- Cụm 3= số ngẫu nhiên +2k
- Cụm 30 = số ngẫu nhiên + 29k
- Cỡ mẫu mỗi cụm = 300/30 = 10
- Chọn ngẫu nhiên hộ gia đình có nam ≥18 tuổi
- Chọn các hộ tiếp theo phương pháp cổng liền cổng

Cách chọn số người điều tra trong 1 hộ gia đình: nếu mỗi hộ có 3 thế hệ là cháu trai ≥ 18 tuổi, cha, ông thì hộ đó sẽ chọn điều tra 3 người (1 cháu, cha, và ông). Nếu cháu trai chưa đủ 18 tuổi thì chỉ điều tra cha và ông. Như vậy tối đa mỗi hộ điều tra 3 người (đại diện 3 thế hệ), nếu có 2 thế hệ, chỉ điều tra 2 người nếu đủ điều kiện.

- Các biến số nghiên cứu:

+ Nhóm biến số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, nghề nghiệp, trình độ học

vấn, thu nhập trung bình, tình trạng hôn nhân).

+ Nhóm biến số về thực trạng sử dụng rượu bia của đối tượng nghiên cứu (Đã từng uống rượu bia, uống rượu bia trong 12 tháng qua, tần suất uống rượu bia, lượng rượu bia trung bình, mức độ uống rượu bia...)

+ Đánh giá mức độ uống rượu bia theo thang điểm AUDIT: (tổng điểm 10 câu hỏi)

- Uống rượu bia hợp lý nguy cơ thấp (<8 điểm)
- Uống rượu bia ở mức nguy cơ (8-15 điểm)
- Uống rượu bia ở mức có hại (16-19 điểm)
- Uống rượu bia ở mức độ lạm dụng/nghiện (≥20 điểm)

+ "Đơn vị uống chuẩn" (ĐVUC) là đơn vị đo lường dùng để quy đổi các loại rượu bia với nhiều nồng độ khác nhau. Theo khuyến cáo của WHO 1 đơn vị rượu bia bằng 10g rượu bia nguyên chất. Một ĐVUC tiêu chuẩn tương đương 30ml rượu 40 độ, 40ml rượu 30 độ, 60ml rượu 20 độ, một cốc 285ml bia 4,5 độ, 120ml rượu vang 11 độ.[2]

- Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu: Thang đo dùng trong nghiên cứu là bộ câu hỏi AUDIT đã được chuẩn hóa tại Việt Nam gồm 10 câu hỏi, tổng điểm 10 câu hỏi là 0 - 40 điểm được phân loại thành 4 mức độ như sau: Sử dụng rượu bia ở mức hợp lý nguy cơ thấp, sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ, sử dụng rượu bia ở mức có hại, phụ thuộc/nghiện rượu bia.[5]

- Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu sau khi kiểm tra và làm sạch sẽ được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata. Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê Stata. Cả thống kê mô tả và thống kê suy luận được thực hiện.

3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học đề tài cơ sở của Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội. Đối tượng được giải thích rõ mục đích, nội dung nghiên cứu trước khi tiến hành thu thập thông tin và tình nguyện tham gia nghiên cứu. Các đối tượng tham gia nghiên cứu là tự nguyện và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Các thông tin đối tượng cung cấp cho nghiên cứu là bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
Tuổi trung bình	47,6±15,9	
18-24	63	5,6
25-44	423	37,6
45-60	383	34,0
>60	256	22,8
Nghề nghiệp		
Làm nông	484	43,1
Công chức nhà nước	84	7,5
Buôn bán	39	3,5
Thất nghiệp	131	11,6
Khác (lái xe, tự do..)	386	34,3
Hôn nhân		
Chưa kết hôn	120	10,6
Đã kết hôn	996	88,5
Li dị/li thân/góa	3	0,3
Khác	6	0,6
Trình độ học vấn		
Không biết chữ	16	1,4
Tiểu học	745	66,2
Trung học cơ sở	41	3,6
Phổ thông trung học	156	13,9
Đang học đại học, cao đẳng, trung cấp	50	4,5
Đã tốt nghiệp đại học, cao đẳng, trung cấp	117	10,4
Thu nhập: ≤ 1 triệu	162	14,4
1-3 triệu	431	38,3
3-5 triệu	380	33,8
>5 triệu	152	13,5
Tổng	1125	100%

Bảng 1 cho thấy đối tượng tham gia nghiên cứu là nam giới từ 18 tuổi, độ tuổi trung bình 47,6±15,9, trong đó nhóm tuổi 25-44 có tỷ lệ nhiều nhất (37,6%). Nhóm nghề tỷ lệ cao nhất là làm nông nghiệp (43,1%). Tình trạng hôn nhân của đối tượng chủ yếu là nhóm đã kết hôn (88,5%). Trình độ học vấn nhóm đối tượng chủ yếu tốt nghiệp tiểu học có tỷ lệ cao nhất 66,2%. Thu nhập trung bình của đối tượng chủ yếu dưới 5 triệu.

Có 91,9% đối tượng đã từng uống hết 1 đơn vị uống chuẩn rượu bia và 88,4% sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua. Trong số những đối tượng sử dụng rượu 12 tháng qua, nhóm đối tượng sử dụng với tần suất ≥ 4 lần/tuần có tỷ lệ cao nhất (38,0%). Nhóm đối tượng sử dụng với tần suất 2-3 lần/tuần, 2-4 lần/tháng và 2-3 lần/ tháng lần lượt là 25,0% 24,4% và 12,6%. Trong số những đối tượng từng uống rượu trong vòng 12 tháng qua, nhóm sử dụng có tỷ lệ cao nhất là uống 1-2 ĐVUC (53,8%), những đối tượng uống trên 10 ĐVUC/ngày vẫn có tỷ lệ 8,1%. Kết quả được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2: Tình hình sử dụng rượu bia của nhóm đối tượng

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đã từng sử dụng rượu bia		
Có	1034	91,9

Không	91	8,1
Sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua		
Có	994	88,4
Không	131	11,6
Tần suất uống rượu bia (nhóm đối tượng sử dụng rượu bia 12 tháng qua)		
≤1 lần/tháng	281	25,0
2-4 lần/tháng	274	24,4
2-3 lần/tuần	142	12,6
≥4 lần/tuần	428	38,0
Lượng rượu bia sử dụng trong 1 ngày		
(theo ĐVUC)		
1-2 ĐVUC	605	53,8
3-4 ĐVUC	288	25,6
5-6 ĐVUC	105	9,3
7-9 ĐVUC	36	3,2
≥10 ĐVUC	91	8,1

Bảng 3 chỉ ra có đến 28,5% nhóm đối tượng sử dụng rượu bia không hợp lý trong đó ở mức độ nguy cơ chiếm 21,3%, mức độ lạm dụng rượu bia vẫn chiếm 3,6%.

Bảng 3. Phân bố mức độ nguy cơ sử dụng rượu bia dựa trên thang điểm AUDIT

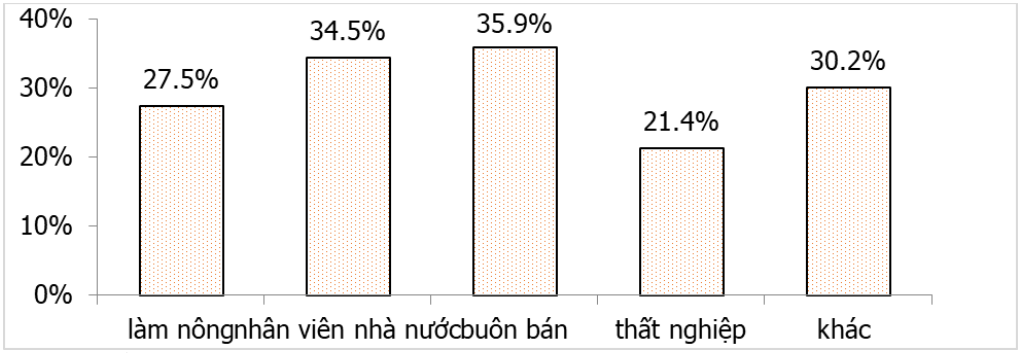
Mức độ nguy cơ sử dụng rượu bia		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tổng(%)
Sử dụng rượu bia hợp lý	Uống rượu bia hợp lý, nguy cơ thấp (<8 điểm)	805	71,5	**71,5**
Sử dụng rượu bia không hợp lý	Uống rượu bia có nguy cơ (8-15 điểm)	240	21.3	**28,5**
	Uống rượu bia ở mức có hại (16-19 điểm)	40	3.6	
	Uống rượu bia ở mức lạm dụng(≥20 điểm)	40	3.6	
	Tổng	**1125**	**100**	**100**

Phân tích mối liên quan giữa nhóm tuổi với hành vi sử dụng rượu bia cho thấy những đối tượng có độ tuổi 25-44 và 45-60 có xu hướng sử dụng rượu bia không hợp lý cao hơn nhóm đối tượng có độ tuổi 18-24 gấp 2,2 lần (95% CI= 1,1-4,3, p<0,05), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả được trình bày trong **Bảng 4**.

Bảng 4. Mối liên quan giữa sử dụng rượu bia không hợp lý theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Sử dụng rượu bia		OR	p	95% CI
	Không hợp lý	Hợp lý			
18-24	11(17,5%)	52(82,5%)	1		
25-44	134(31,8%)	288(68,2%)	**2,2**	0,02	1,1-4,3
45-60	133(31,8%)	285(68,2%)	**2,2**	0,02	1,1-4,3
>60	42(19%)	139(81%)	1,1	0,8	0,5-2,3

Biểu đồ 1 cho thấy nghề nghiệp có tỷ lệ sử dụng rượu không hợp lý cao nhất là nhóm buôn bán chiếm 35,9%. Thất nghiệp có tỷ lệ sử dụng rượu bia không hợp lý thấp nhất là 21,4%, làm nông có tỉ lệ 27,5%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sử dụng rượu bia không hợp lý theo nghề nghiệp

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra nhìn chung tỉ lệ sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua trên tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu tương đối cao (88,4%). Kết quả này cao hơn không đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Hiền Vương và cộng sự năm 2014 tại huyện xã Ninh Hiệp, Gia lâm, Hà Nội. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hiền Vương, tỷ lệ đối tượng sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua là 87,1.[6] Với tỷ lệ uống rượu cao như vậy ở nam giới thì đây là vấn đề cần được quan tâm tại địa phương. Vì vậy, các cấp chính quyền tại địa phương cần phải đưa ra các quy định để giảm tỷ lệ sử dụng rượu bia

trong nhân dân trong thời gian tới.

Trong số những đối tượng sử dụng rượu bia 12 tháng qua, nhóm đối tượng sử dụng với tần suất uống thường xuyên từ 4 lần/tuần tỷ lệ khá cao có tỷ lệ là 38%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Đức Hạnh và cộng sự thực hiện tại quận Long Biên Hà Nội năm 2015 cũng cho kết quả thấp hơn, tỷ lệ đối tượng sử dụng với tần suất từ 4 lần/tuần là 33,9%.[7] Như vậy, nhóm đối tượng sử dụng rượu bia với tần suất thường xuyên tại Hà Nam có tỷ lệ khá cao, cần có biện pháp can thiệp vào nhóm đối tượng này.

Trung bình một ngày uống, phần lớn đối tượng uống rượu bia ở mức vừa phải. Tỷ lệ nhiều nhất là uống 1-2 ĐVUC/ ngày chiếm 53,8%, lượng uống ≥10 ĐVUC vẫn chiếm 8.1%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu ở Ba Vì của tác giả Kim Bảo Giang và cộng sự với tỉ lệ 1-2 ĐVUC/ngày là 46.9%,[5] tuy nhiên ở nhóm uống ≥10 ĐVUC ở nghiên cứu này lại cao hơn gần gấp đôi so với ở Ba Vì (4.1%)[5], nhưng vẫn thấp hơn nghiên cứu tại Bắc Cạn năm 2014 do tác giả Tạc Văn Nam thực hiện kết quả có 14,5% đối tượng uống trên 10 ĐVUC/ngày. Sử dụng rượu bia cũng tùy thuộc vào phong tục tập quán mỗi địa phương. Bắc Cạn là tỉnh miền núi cao ở phía bắc, nơi sinh sống của nhiều dân tộc khác nhau. Điều này cũng giải thích cho việc lượng uống trung bình trong ngày của họ cao hơn nghiên cứu tại Hà Nam.

Kết quả phân tích cho thấy có 28,5% đối tượng sử dụng không hợp lý từ mức nguy cơ trở lên. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Tạc Văn Nam tại Bắc Cạn năm 2014, tỷ lệ nam giới uống rượu ở mức nguy cơ, lạm dụng rượu bia chiếm 29,1%.[8] Nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hiền Vương và cộng sự nghiên cứu tại xã Ninh Hiệp Gia Lâm Hà Nội năm 2014 có 33,4% đối tượng sử dụng rượu ở mức nguy cơ trở lên.[6] Mức độ sử dụng ở mức lạm dụng, phụ thuộc, nghiện rượu bia chiếm tỷ lệ 3,6% cao hơn trong nghiên cứu tại Ninh Hiệp (3%). Điều này có thể lý giải bằng việc do điều kiện kinh tế xã hội của từng vùng miền khác nhau, thời gian nghiên cứu khác nhau nên các tỷ lệ này cũng có sự khác biệt. Xã Ninh Hiệp là một xã ngoại thành Hà Nội, đặc thù cơ cấu kinh tế đang chuyển dịch mạnh mẽ, người dân chủ yếu làm nghề buôn bán nên thường xuyên phải duy trì mối quan hệ kinh doanh có thể điều đó làm việc sử dụng rượu bia tăng hơn. Tỷ lệ 28,5% là con số không nhỏ, cho thấy mức độ sử dụng rượu bia là vấn đề ở nam giới tại đây đang ở mức cao.

Trong các nhóm nghề nghiệp khác nhau, nghề buôn bán và nhân viên nhà nước có tỷ lệ sử dụng rượu bia không hợp lý cao nhất. Kết quả này khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Bích Ngọc và cộng sự tại quận Long Biên Hà Nội năm 2015 đối tượng cũng là nam giới trưởng thành.[7] Vì vậy, chính quyền địa phương cần có những biện pháp can thiệp vào nhóm đối tượng này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy thực trạng sử dụng rượu bia của nam giới từ 18 tuổi trở lên tại Hà Nam với tỷ lệ sử dụng trong 12 tháng qua cao và tần suất sử dụng cũng như mức độ sử dụng theo thang điểm AUDIT là cao. Lứa tuổi trung niên và nghề nghiệp là buôn bán và nhân viên nhà nước là đối tượng xu hướng sử dụng rượu bia không hợp lý cao hơn nhóm đối tượng còn lại.

LỜI CẢM ƠN. Để hoàn thành nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến các lãnh đạo và các Thầy Cô kiêm nhiệm tại các Trung tâm y tế Huyện Kim Bảng và Bình Lục, tỉnh Hà Nam đã hỗ trợ và phối hợp thực hiện trong quá trình triển khai và thu thập số liệu nghiên cứu. Nhóm tác giả tham gia nghiên cứu cam kết không có xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pohanka M.** Toxicology and the biological role of methanol and ethanol: Current view. Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia. 2016; 160 (1): 54-63.
2. **WHO.** Global status report on alcohol and health 2014.
3. **Bộ Y Tế - Cục y tế dự phòng.** Hướng dẫn sàng lọc và can thiệp giảm tác hại của sử dụng rượu bia. 2014.
4. **Jakob Manthey, Kevin D Shield, Margaret Rylett.** Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. The Lancet. 2019.
5. **Kim Bảo Giang, Van Minh H, Allebeck P.** Alcohol consumption and household expenditure on alcohol in a rural district in Vietnam. Global health action. 2013;6:18937.
6. **Nguyễn Hiền Vương, Phạm Việt Cường.** Thực trạng sử dung rượu ở nam giới tuổi 15-60 tại xã Ninh Hiệp Gia Lâm Hà Nội. 2014.
7. **Trần Thị Bích Ngọc, Lê Thị Kim Ánh.** Thực trạng và cách thức sử dụng rượu bia và các yếu tố liên quan ở nam giới độ tuổi 25-64 tại Long Biên Hà Nội. 2015.
8. **Tạc Văn Nam.** Thực trạng sử dụng kiến thức thái độ hành vi của người uống rượu bia ở thị trấn Chợ Rã huyện Ba Bể tỉnh Bắc Cạn năm 2014. 2014.

GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁNRÁCH SỤN CHÊM VÀ ĐỨT DÂY CHẰNG CHÉO TRÊN BỆNH NHÂNTHOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT

Trần Đăng Khoa[1], Nguyễn Duy Hùng[2,3], Bùi Văn Lệnh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu phân tích đặc điểm hình ảnhvà giá trị của cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán rách sụn chêm và đứt dây chằng chéo ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 36 bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát được chụp bằng máy CHT1.5 Tesla và điều trị bằng phẫu thuật nội soi làm sạch khớp gối tại bệnh viện Hữu Nghị và bệnh viện Việt Đức từ tháng 7/2019 đến tháng 8/2020. **Kết quả:** Tổn thương sụn chêm trong chủ yếu gặp ở sừng sau (91,67%). Tổn thương sụn chêm ngoài chủ yếu gặp ở sừng trước (58,34%). Tỉ lệ đứt dây chằng chéo trước là 25%, trong đó độ I chiếm ưu thế so với độ II (22,22% so với 2,78%). CHT chẩn đoán rách sụn chêm trong có độ nhạy cao hơn so với sụn chêm ngoài và dây chằng chéo trước. Độ chính xác của CHT trong chẩn đoán rách sụn chêm trong cao hơn rách sụn chêm ngoài nhưng chẩn đoán rách sụn chêm ngoài lại có độ đặc hiệu cao hơn so với rách sụn chêm trong. Độ nhạy và độ đặc hiệu của CHT trong chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước lần lượt là 85,7% và 89,7%. **Kết luận:** CHT là một phương pháp không xâm lấn có độ chính xác cao trong chẩn đoán các tổn thương sụn chêm và dây chằng ở các bệnh nhân thoái hóa khớp; là phương tiện chẩn đoán hình ảnh hữu ích trong sàng lọc các tổn thương trước phẫu thuật nội soi.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, cộng hưởng từ khớp gối, sụn chêm, dây chằng chéo trước.

SUMMARY

VALUE OF MRI IN DIAGNOTICMENISCAL TEARS AND CRUCIATE LIGAMENT RUPTUREIN PATIENTS WITH PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS

Objectives: The purpose of present study was describe characteristic finding and value of knee MRIdiagnose of meniscal tear and cruciate ligament rupturein patients with primary knee osteoarthritis. **Material and Methods:** Cross-sectional Study: 36 patientswhowith primary knee osteoarthritis had taken MRI 1.5 Tesla and cleaning arthrosopy in Huu Nghi Hospital and Viet Duc Hostpital from 7/2019 to 8/2020. **Results:** - Medial meniscal lesionsmainly found in the posterior horn (91,67%) and more severe than the anterior horn. Lateral meniscal lesionsmainly found in theanterior horn (58,33%). The rate of the anterior cruciate ligament (ACL) rupture was 25%, of which grade I was dominant over grade II (22,22% versus 2,78%).- MRI has the higher sensitivity for medial meniscal tears diagnosiscompared with lateral meniscal and ACL, and the accuracy of MRI in medial meniscal tearsdiagnosisis higher than that of lateral meniscus. However, specificity in lateral meniscal tears diagnosis is higher than that of medial menicus.The sensitivity and specificity of MRI in ACL rupture diagnosis are respectively 85,7% and 89,7%. **Conclusions**: MRI is a non-invasive modality having high accuracy in the diagnosis of meniscal and ligament injuries in osteoarthritis patients; is an useful diagnostic imaging tool in the screening of lesions before arthroscopy.

Keywords: Knee osteoarthritis, knee MRI, arthroscope cleaning, menicus, anterior acruciate ligament.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) là bệnh lý thường gặp trong nhóm bệnh lý mạn tính của khớp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây khuyết tật. Ước tính bệnh ảnh hưởng đến 250 triệu người trên thế giới và hơn 27 triệu người tại Mỹ. Với tuổi thọ trung bình ngày càng cao và sự gia tăng béo phì trong dân số nói chung, tỷ lệ thoái hóa khớp gối ngày càng tăng ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống và nền kinh tế xã hội [1].

Việc chẩn đoán và điều trị bệnh là vấn đề đang được nhiều tác giả quan tâm. Phẫu thuật nội soi rửa và làm sạch khớp gối trong điều trị thoái hóa khớp gối hiện nay được triển khai ở nhiều bệnh viện, có hiệu quả cao với những trường hợp thoái hóa khớp gối không đáp ứng với điều trị thuốc hoặc các phương pháp vật lý [2].

Chẩn đoán thoái hóa khớp gối hiện nay thường vẫn dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng, trong đó nổi bật lên là vai trò của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) như chụp X quang, siêu âm, cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT), trong đó CHT được đánh giá là phương pháp toàn diện nhất trong đánh giá các tổn thương thoái hóa khớp gối so với các phương pháp CĐHA khác [3].

Ở Việt Nam, cho đến nay đã có nhiều đề tài nghiên cứu về thoái hóa khớp gối, tuy nhiên chưa có đề tài nào đề cập riêng đến vai trò của

[1]*Bệnh viện Hữu Nghị*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[3]*Bệnh viện Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đăng Khoa
Email: drtrandangkhoa@gmail.com
Ngày nhận bài: 16.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 7.12.2020

cộng hưởng từ trong chẩn đoán tổn thương sụn chêm và dây chằng chéo ở bệnh nhân thoái hóa khớp được phẫu thuật nội soi. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích mô tả đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá tổn thương sụn chêm và dây chằng chéo ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát được phẫu thuật nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 36 bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát được chụp CHT và điều trị bằng phẫu thuật nội soi làm sạch khớp gối tại bệnh viện Hữu Nghị và bệnh viện Việt Đức từ tháng 7/2019 đến tháng 8/2020.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. 36 bệnh nhân được chụp CHT 1.5 Tesla và được phẫu thuật nội soi làm sạch khớp gối. Các đặc điểm của tổn thương sụn chêm và dây chằng chéo được mô tả theo tần số và tỷ lệ. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của cộng hưởng từ trong chẩn đoán rách sụn chêm và đứt dây chằng chéo được phân tích với tiêu chuẩn vàng là phẫu thuật nội soi.Tổn thương sụn chêm do thoái hóa được chia làm 4 mức độ theo Link [5]. Độ I: Thoái hóa dưới bề mặt. Độ II: Rách sụn chêm lan rộng tới bề mặt sụn nhưng không làm thay đổi hình dạng sụn, bao gồm đường rách ngang, xiên và thẳng đứng. Độ III: Rách sụn chêm phức tạp kèm theo biến dạng sụn chêm. Độ IV: Đường rách lớn toàn bộ sụn chêm. Rách sụn chêm được ghi nhận khi có tổn thương từ độ II trở lên. Tổn thương dây chằng chéo trước do thoái hóa chia làm 3 mức độ theo Link [5]: Độ 0: dây chằng bình thường. Độ I: đụng dập dây chằng, nhưng các điểm bám hướng đi dây chằng bình thường và còn ít nhất một số sợi xơ dây chằng nguyên vẹn. Độ II: rách hoàn toàn dây chằng cấp tính hoặc mạn tính.Đứt dây chằng chéo trước được ghi nhận khi có tổn thương độ I trở lên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ tổn thương sụn chêm và dây chằng chéo ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát

Bảng 1. *Đặc điểm tổn thương sụn chêm trên cộng hưởng từ*

Rách sụn chêm		Độ I n (%)	Độ II n (%)	Độ III n (%)	Độ IV n (%)
Sụn chêm trong	Sừng trước	20 (55,56)	2 (5,56)	0	2 (5,56)
	Thân	9 (25)	12 (33,33)	4 (11,11)	2 (5,56)
	Sừng sau	4 (11,11)	22 (61,11)	5 (13,89)	2 (5,56)
Sụn chêm ngoài	Sừng trước	15 (41,67)	3 (8,33)	1 (2,78)	2 (5,56)
	Thân	9 (25)	7 (19,44)	0	2 (5,56)
	Sừng sau	10 (27,78)	7 (19,44)	0	2 (5,56)

Nhận xét: Tổn thương sụn chêm trong chủ yếu gặp ở sừng sau (91,67%) và mức độ nặng hơn so với sừng trước. Tổn thương sụn chêm ngoài chủ yếu gặp ở sừng trước (58,34%). Có 5,56% khớp có rách hoàn toàn sụn chêm.

Bảng 2. *Đặc điểm tổn thương dây chằng chéotrên cộng hưởng từ.*

	Độ I		Độ II	
	n	%	n	%
Đứt dây chằng chéo trước	**8/36**	**22,22**	**1/36**	**2,78**

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào có tổn thương đứt dây chằng chéo sau do thoái hóa. Tỉ lệ đứt dây chằng chéo trước là 25%, trong đó chủ yếu là độ I (22,22%).

3.2. Giá trị chẩn đoán của cộng hưởng từ trong chẩn đoán tổn thương thoái hóa sụn chêm và dây chằng chéo

Bảng 3. *Giá trị chẩn đoán ráchsụn chêm trong, sụn chêm ngoài và đứt dây chằng chéo trước.*

Tổn thương	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Độ chính xác (%)	Giá trị dự báo dương tính (%)	Giá trị dự báo âm tính (%)
Rách sụn chêm trong	96,8	80	94,4	96,1	80
Rách sụn chêm ngoài	80	85,7	88,3	80	85,7
Đứt dây chằng chéo trước	85,7	89,7	88,9	66,7	96,3

Nhận xét: CHT chẩn đoán rách sụn chêm trong có độ nhạy cao hơn so với sụn chêm ngoài và dây chằng chéo trước. Độ chính xác của CHT trong chẩn đoán rách sụn chêm trong cao hơn rách

sụn chêm ngoài. Tuy nhiên, độ đặc hiệu trong chẩn đoán rách sụn chêm ngoài lại cao hơn rách sụn chêm trong.

IV. BÀN LUẬN

CHT là phương pháp không xâm nhập tốt nhất để đánh giá bệnh lý sụn chêm. Rách sụn chêm thường gặp ở bệnh nhân THK gối, đặc biệt là sừng sau sụn chêm trong và sừng trước sụn chêm ngoài. Tỉ lệ rách sụn chêm được ghi nhận trên CHT ở bệnh nhân THK gối có triệu chứng từ 52-92% [4]. Rách sụn chêm một phần hoặc hoàn toàn có thể ảnh hưởng đến khả năng chịu lực và phân phối lực trên toàn bộ khớp đùi – chày dẫn tới mất khả năng bảo vệ khớp, phá hủy sụn khớp và xương dưới sụn tại chỗ gây ra THK tiến triển.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, rách sụn chêm chủ yếu là rách không hoàn toàn. Có 91,67% bệnh nhân có tổn thương sụn chêm, trong đó sụn chêm trong có tỉ lệ tổn thương lớn hơn so với sụn chêm ngoài vì các thành phần ở ngăn trong khớp gối chịu lực nhiều hơn nên bị thoái hóa sớm hơn so với ngăn ngoài. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Link trên 50 bệnh nhân THK gối có triệu chứng, cũng cho thấy CHT có khả năng phát hiện tổn thương sụn chêm 92%[5].

THK thường đi kèm với các bất thường dây chằng.Dây chằng bị co kéo do trục khớp bị tổn thương, mất ổn định và bản thân tình trạng lão hóa của dây chằng gây giãn dây chằng. Đây lại là nguyên nhân gây mất ổn định của trục khớp, lỏng lẻo khớp, dẫn đến tình trạng thoái hóa khớp trầm trọng hơn. Theo một nghiên cứu trước, đứt dây chằng chéo trước (DCCT) được tìm thấy ở 48% các bệnh nhân có THK mức độ vừa và nặng, các bất thường dây chằng bên gặp khoảng 20%. Bên cạnh đó, đứt DCCT thường gặp hơn ở các bệnh nhân THK gối có triệu chứng [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ đứt DCCT là 25%, chủ yếu đứt độ I, chỉ có 01 trường hợp có tổn thương mức độ II, nhưng không có bệnh nhân nào có đứt dây chằng chéo sau.

So sánh độ nhạy, độ đặc hiệu của CHT trong chẩn đoán tổn thương rách sụn chêm và đứt dây chằng chéo trước với một số nghiên cứu của các tác giả trên thế giới:

Bảng 4. *So sánh kết quả với các nghiên cứu của Orlando [6],Wang [7].*

Tác giả	Sụn chêm trong		Sụn chêm ngoài		Dây chằng chéo trước	
	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
Orlando	92,5	74,2	65,0	88,5	86,8	73,7
Wang	92	90	80	95		
Chúngtôi	96,8	80	80	85,7	85,7	89,7

Trong bảng 4 ta thấy các nghiên cứu đều đưa ra CHT có độ nhạy cao nhất trong chẩn đoán rách sụn chêm trong, sau đó đến tổn thương dây chằng chéo trước. Tuy nhiên, độ đặc hiệu trong chẩn đoán rách sụn chêm ngoài cao hơn trong chẩn đoán rách sụn chêm trong.

Nghiên cứu của tác giả Orlando được thực hiện năm 2015 trên 72 bệnh nhân và nghiên cứu của Wei wang là một nghiên cứu hệ thống được công bố năm 2020, dựa trên 17 nghiên cứu, đều là những bệnh nhân có tổn thương bên trong khớp gối do nhiều nguyên nhân khác nhau. Tuy nhiên, đề tài của chúng tôi chỉ thực hiện trên những bệnh nhân có tổn thương do thoái hóa khớp, chủ yếu là thoái hóa mức độ vừa và nặng nên tỉ lệ phát hiện tổn thương cao hơn so với nghiên cứu của hai tác giả trên.

Bên cạnh đó, rách sừng sau có thể dễ bỏ sót trên CHT do một số lí do. Hướng đi chếch của sừng sau liên quan đến mặt phẳng coronal và sagittal trên CHT, vị trí giải phẫu của sừng sau (nằm cạnh gân cơ khoeo và các dây chằng Humphrey, Wrisberg), ảnh giả do nhịp đập của động mạch, và đường đi của sụn chêm dẫn đến nhiều khó khăn trong việc phân tích đường rách của sừng sau trên CHT. Một đường rách phía ngoại vi ngay sát dây chằng chêm – đùi cũng có thể dẫn đến việc nhận định thiếu chính xác trên ảnh CHT [8].

CHT là một phương pháp không xâm lấn có độ chính xác cao trong chẩn đoán rách sụn chêm và dây chằng chéo trước ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối, giúp xác định các trường hợp có thể phẫu thuật nội soi cũng như lập kế hoạch phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, CHT là một công cụ có độ chính xác cao trong chẩn đoán các tổn thương sụn chêm và dây chằng ở các bệnh nhân thoái hóa khớp; là phương tiện chẩn đoán hình ảnh hữu ích trong sàng lọc các tổn thương trước phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mora J. C., Przkora R., Cruz-Almeida Y. (2018).** Knee osteoarthritis: pathophysiology and

current treatment modalities. Journal of pain research, 11: 2189 - 2196.
2. **Felson D. T. (2010).** Arthroscopy as a treatment for knee osteoarthritis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 24(1), 47-50.
3. **Bolog N. V., Andreisek G., Ulbrich E. J. (2015).** Articular cartilage and subchondral bone. In: MRI of the Knee, 252. Springer, Switzerland.
4. **Link T. M., Steinbach L. S., Ghosh S., et al (2003).** Osteoarthritis: MR imaging findings in different stages of disease and correlation with clinical findings. Radiology, 226(2): 373-381.
5. **Link T. M. (Ed.). (2011).** Cartilage imaging: significance, techniques, and new developments. Springer Science & Business Media.
6. **Orlando Júnior N., Leão M. G. D. S., Oliveira N. H. C. D. (2015).** Diagnosis of knee injuries: comparison of the physical examination and magnetic resonance imaging with the findings from arthroscopy. Revista brasileira de ortopedia, 50(6), 712-719.
7. **Wang W., Li Z., Peng H. M., Bian, et al (2019).** Accuracy of MRI diagnosis of meniscal tears of the knee: a meta-analysis and systematic review. The journal of knee surgery.
8. **Felli L., Garlaschi G., Muda A., et al (2016).** Comparison of clinical, MRI and arthroscopic assessments of chronic ACL injuries, meniscal tears and cartilage defects. Musculoskeletal surgery, 100 (**3**), 231-238.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT THỪA NGÓN CÁI BÀN TAY ĐỘ IV THEO WASSEL TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Huỳnh Bá Sơn Tùng[1], Hoàng Hải Đức[2], Trần Chiến[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết điều trị dị tật thừa ngón cái bàn tay độ IV theo Wassel được phẫu thuật tạo hình ngón cái tại bệnh viện Nhi Trung ương.**Phương pháp**: Nghiên cứu mô tả lâm sàng, thiết kế cắt ngang. Gồm 53 bệnh nhân có dị tật thừa ngón tay cái độ IV theo Wassel được phẫu thuật tạo hình ngón cái tại khoa Chỉnh hình nhi, bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2018 đến tháng 07/2020.**Kết quả:** Tuổi phẫu thuật chủ yếu từ 06 – 24 tháng (77,4%), tuổi phẫu thuật trung bình 17,77 tháng; tỷ lệ nam/ nữ ≈ 1,3; chủ yếu gặp ở tay phải (66%); hay gặp nhất là độ IV-b (73,6%); thời gian phẫu thuật trung bình 54,25 phút; ngày điều trị trung bình là 1,74 ngày; sau phẫu thuật kết quả tốt đạt 75,5%, khá là 20,8% và kém là 3,8%. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật cắt tạo hình ngón, có chuyển gân giạng ngắn ngón cái cho kết quả về thẩm mỹ và chức năng sau phẫu thuật tốt, thời gian phẫu thuật và nằm viện ngắn.

Từ khóa: ngón cái, bàn tay, gân giạng ngắn ngón cái, thừa ngón cái.

SUMMARY

RESULTS OF THE SURGICAL TREATMENT OF BIFID THUMB TYPE IV OF WASSEL CLASSIFICATIONAT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Objectives: Evaluating theresults of surgical of the patient with bifid thumbtype IV of Wassel, who underwent orthopedic surgery at National Hospital of Pediatrics. **Methods:** Descriptive study, cross-sectional. Including 53 patients with bifid thumb type IVofWassel, who had surgery to correct redundant fingers, insertion of the abductor pollicis brevis tendon, thumb shaping at the Pediatric Orthopedics Department, National Hospital of Pediatrics since January 2018 to July 2020. **Results:** The main surgical age was from 06 - 24 months (77.4%), the average age of surgery was 17.77 months; The ratio of male / female ≈ 1.3; mainly seen in the right hand (66%); the most common is grade IV-b (73.6%); average surgery time 54.25 minutes; the average treatment day was 1.74 days; after surgery, good results reached 75.5%, fair results were 20.8% and poor results were 3.8%. **Conclusion:** finger orthopedic surgery, with insertion of the abductor pollicis brevis tendon for good aesthetic and functional results after surgery, surgery time and lying short institute.

Keywords: thumb, hand, pollicis brevis tendon, bifid thumb.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay là một trong những bộ phận quan trọng nhất của cơ thể con người. Tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở bàn tay chiếm 1-2% trẻ được sinh ra, trong đó, dị tật thừa ngón cái chiếm 0,08 – 1,4/1000, tỷ lệ dị tật thừa ngón cái ở trẻ nam gấp khoảng 1,5 lần ở trẻ nữ [1], [6].

Thừa ngón cái gây ảnh hưởng nhiều đến tầm vận động, chức năng ngón cái, thẩm mỹ của bàn tay và tâm lý cho người bệnh. Điều trị dị tật thừa ngón tay cái chủ yếu là phẫu thuật chỉnh hình cắt bỏ ngón thừa, xử lý các dị dạng gân, mạch máu, khớp… để trả lại cấu trúc giải phẫu bình thường của ngón cái cũng như chức năng bàn tay.

Trên thế giới, có rất nhiều các tác giả đã nghiên cứu về dị tật thừa ngón tay cái, đưa ra nhiều phương pháp phẫu thuật cho hiệu quả

[1]*Trường Đại học Y dược Thái Nguyên*
[2]*Bệnh viện Nhi Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Bá Sơn Tùng
Email: huynhbasontung@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020
Ngày duyệt bài: 10.12.2020

cao. Tại Việt Nam, phẫu thuật tạo hình thừa ngón cái đã được thực hiện ở một sốt bệnh viện, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả sau phẫu thuật. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: Kết quả phẫu thuật điều trị dị tật thừa ngón cái bàn tay độ IV theo Wassel tại bệnh viện Nhi Trung ương.

Mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân có dị tật thừa ngón cái bàn tay độ IV theo Wassel được phẫu thuật tạo hình ngón tại bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân có dị tật thừa ngón tay cái độ IV theo Wassel được phẫu thuật tạo hình ngón cái tại bệnh viện Nhi Trung ương

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân dưới 15 tuổi, bao gồm:

- Bệnh nhân được chẩn đoán thừa ngón tay cái bẩm sinh độ IV theo bảng phân độ của Wassel, một bên hoặc hai bên.
- Không phân biệt giới.
- Bệnh án có đầy đủ dữ liệu đáp ứng các chỉ tiêu nghiên cứu
- Bệnh nhân không mắc các dị tật kèm theo như tim mạch, hô hấp, tiết niệu, hoặc đã điều trị ổn định các dị tật này.
- Thời gian theo dõi sau phẫu thuật tối thiểu là 02 tháng

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có rối loạn đông máu
- Bệnh nhân có bệnh lý về tâm thần kinh chưa ổn định
- Các bệnh nhân cha/mẹ bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2018 đến 07/2020
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chỉnh hình nhi Bệnh viện Nhi Trung ương.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả lâm sàng, thiết kế cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn toàn bộ bệnh nhân có dị tật thừa ngón cái bẩm sinh đã được phẫu thuật tạo hình ngón cái đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới, vị trí tay dị tật
- Kích thước ngón bờ quay, bờ trụ so với bên lành
- Độ lệch trục của khớp đốt bàn – ngón cái, liên đốt ngón.
- Phân độ thừa ngón cái trên xquang theo Hung L [3].
- Kết quả điều trị: thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, thời gian bó bột, biến chứng

+ Đánh giá kết quả phẫu thuật sau ít nhất 02 tháng theo thang điểm Tada có sửa đổi của Yin Chun Tien [8].

+ Độ lệch trục của khớp liên đốt ngón và thẩm mỹ ngón cái sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 53 bàn tay có dị tật thừa ngón cái độ IV theo Wassel, chúng tôi thu được kết quả:

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo lứa tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
06 – 24 tháng	41	77,4
25 tháng - 6 tuổi	12	22,6
Tổng số	**53**	**100**

Nhận xét: Nhóm tuổi hay gặp nhất là 06 – 24 tháng (77,4%), nhóm từ 7 – 15 tuổi không gặp bệnh nhân nào. Tuổi phẫu thuật trung bình là 17,77 tháng, nhỏ nhất là 05 tháng, lớn nhất là 57 tháng.

Bảng 2. Bảng phân bố vị trí tay bị dị tật

Vị trí	Số BN	Tỷ lệ %
Tay phải	35	66
Tay trái	15	28,3
Cả 2 tay	3	5,7
Tổng	**53**	**100**

Nhận xét: dị tật ở tay phải hay gặp nhất (chiếm 66%), cả 2 tay có dị tật thừa ngón cái ở 3 bệnh nhân (5,7%).

Bảng 3. Bảng phân loại độ IV theo Hung L

Độ	Số ngón cái	Tỷ lệ %
IV a	6	11,3
IV b	39	73,6
IV c	4	7,5
IV d	4	7,5
Tổng số	**53**	**100**

Nhận xét: hay gặp nhất là độ IV-b với 39 trường hợp (73,6%), độ IV-c và IV-d ít gặp (7,5%). Thời gian phẫu thuật lâu nhất là 90 phút, nhanh nhất là 40 phút, thời gian phẫu thuật trung bình là 54,25 phút.

Bảng 4. Bảng đánh giá tầm vận động của ngón cái sau phẫu thuật

Chỉ số	< 50°	50° - 70°	>70°
Số BN	1	9	43
Tỷ lệ %	1,9	17	81,1

Nhận xét: có 1 ngón tay có tầm vận động nhỏ hơn 50° (1,9%), tầm vận động lớn hơn 70° ở 43 ngón tay (81,1%).

Bảng 5. Bảng đánh giá độ lệch trục ngón cái sau phẫu thuật

	Lệch	Lệch vừa	Không

	nhiều (>20°)	(10° - 20°)	lệch (<10°)
Số BN	2	11	40
Tỷ lệ	3,8	20,8	75,5

Nhận xét: Sau phẫu thuật có 2 ngón cái lệch trục nhiều (3,8%), không lệch trục ở 40 ngón cái (75,5%), lệch trục 10°-20° ở 11 ngón cái (20,8%).

Bảng 6. Bảng đánh giá độ lệch trục của khớp liên đốt ngón cái sau phẫu thuật

	Không lệch (<10°)	Lệch vừa (10°-20°)	Lệch nhiều (>20°)
Số BN	41	10	2
Tỷ lệ	77,4	18,9	3,8

Nhận xét: khớp liên đốt ngón cái không lệch ở 41 ngón tay (77,4%), lệch 10° - 20° ở 10 ngón tay (18,9%), lệch nhiều ở 1 ngón tay (1,9%).

Bảng 7. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật theo thang điểm Tada có sửa đổi của Yin Chun Tien

	Tốt (≥ 6 điểm)	Khá (3 - 5 điểm)	Kém (≤ 2 điểm)
Số BN	40	11	2
Tỷ lệ %	75,5	20,8	3,8

Nhận xét: Kết quả tốt có 40 ngón tay (chiếm 75,5%), khá có ở 11 ngón tay (20,8%), kém có 2 ngón tay (3,8%).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu tôi thấy, bệnh nhân phẫu thuật của chúng tôi chủ yếu từ 06 – 24 tháng tuổi (77,4%), tuổi phẫu thuật trung bình là 17,77 tháng. Kết quả này gần tương đương với nghiên cứu của Patel (2014) là 16 tháng [9] và Kayalar (2014) là 16,8 tháng [5]. So với tác giả Hoàng Thị Vân là 3,8 ± 2,5 tuổi [2]. Tuổi phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu khác vì vài năm trở lại đây, các gia đình đưa trẻ đi khám và phẫu thuật sớm, dẫn đến kết quả sau phẫu thuật cao hơn so với việc phẫu thuật khi trẻ đã lớn. Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, lứa tuổi phẫu thuật phù hợp nhất cho dị tật này là từ 1 đến 2 tuổi.

Tỷ lệ nam/ nữ là 1,3/1, tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Vân [2]. Tỷ lệ này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Tada qua 237 trường hợp là 1,26/1[7]. Tuy nghiên, kết quả này có sự khác biệt trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hưng (2010) với tỷ lệ nam/ nữ là 0,6/1 [4]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn, cần nghiên cứu thêm để đưa ra được tỷ lệ khách quan.

Trong nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân có dị tật ở tay phải (35 bàn tay, 66%), tỷ lệ này cũng gần tương đương với nghiên cứu của Cabrera (2013) là 74%, Hoàng Thị Vân với 52,2% bị tay phải [2], Nguyễn Ngọc Hưng (2010) với 52,4% tay phải [4]. Qua các nghiên cứu hầu hết đều chỉ ra rằng dị tật thừa ngón cái hay gặp hơn ở tay phải.

Dựa theo phân độ của Hung L cho thấy trong nghiên cứu chủ yếu là độ IV-b với 39 ngón cái (73,6%), kết quả này cũng gần tương đương với nghiên cứu của Hung L (1996) là 64% [3].

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 54,25 phút, nhanh nhất là 40 phút, lâu nhất là 90 phút. Với những ngón cái biến dạng nhiều ở cả khớp đốt bàn – ngón cái và khớp liên đốt ngón (độ IV-d) thì thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài hơn do chỉnh sửa lại cả bao khớp liên đốt ngón cái.

Chúng tôi không thấy biến chứng sớm sau mổ như nhiễm trùng, hoại tử ngón, chảy máu hay chèn ép bột. Để tránh các biến chứng này, khi phẫu thuật cũng như chăm sóc hậu phẫu chúng tôi đều thực hiện nghiêm ngặt các kỹ thuật theo một quy trình định sẵn.

Thời gian nằm viện trung bình là 1,74 ngày, tất cả các bệnh nhân đều được bó bột cẳng bàn tay tư thế giạng ngón cái, đều tháo bột sau 03 tuần và tiếp tục tập phục hồi chức năng.

Đánh giá sau phẫu thuật, có 01 ngón cái có tầm vận động nhỏ hơn 50° (1,9%), tầm vận động từ 50°-70° trong 9 ngón cái (17%), trên 70° có 43 ngón cái (81,1%). So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Hưng (2010) tầm vận động nhỏ hơn 50° ở 6 ngón cái (3,2%), 50° - 70° ở 21 ngón cái (11,4%), lớn hơn 70° ở 158 ngón cái (85,4%) [4]. Tầm vận động của ngón cái phần lớn là trên 70°do khi phẫu thuật chúng tôi có chỉnh sửa biến dạng của gân gấp ngón cái, đồng thời chuyển điểm bám của gân giạng ngắn ngón cái vào nền đốt gần ngón giữ lại.

Tất cả các ngón đều không phát hiện sự mất vững do trong mổ chúng tôi đã khâu tạo hình bao khớp và dây chằng bên chắc chắn.

Có 2 ngón cái lệch trục nhiều trên 20° (3,8%), 11 ngón cái lệch vừa 10°-20° (20,8%), 40 ngón cái không lệch trục (75,5%). Trục ngón cái không lệch vì khi phẫu thuật chúng tôi đã chỉnh sửa mặt khớp biến dạng để đưa ngón cái về thẳng trục.

Kết quả phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi đạt tốt trong 40 ngón cái (75,5%), khá trong 11 ngón cái (20,8%), chỉ có 2ngón cái có kết quả kém (3,8%). So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hưng (2010), kết quả tốt ở 140 ngón tay cái (75,7%), kết quả khá ở 36 ngón tay cái (19,4%) và kết quả kém ở 9 ngón cái (4,9%) [4].

Sau phẫu thuật, khớp liên đốt ngón không lệch trong 41 trường hợp (77,4%), lệch vừa trong 10 trường hợp (18,9%), chỉ có 2trường hợp sau phẫu thuật vẫn còn biến dạng zigzag, nên phẫu thuật chỉnh sửa thì 2 để đạt được tính thẩm mỹ và chức năng ngón tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Tuổi phẫu thuật trung bình là 17,77 tháng và tỷ lệ nam/ nữ xấp xỉ 1,3/1. Trong đó dị tật ở bàn tay phải hay gặp hơn (66%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 54,25 phút, thời gian nằm viện trung bình là 1,74 ngày.

Kết quả phẫu thuật đạt tốt chiếm 75,5%, khá là 20,8% và kém chiếm 3,8%. Các ngón cái sau phẫu thật phần lớn đạt được chức năng và thẩm mỹ gần như ngón cái bên đối diện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Phúc (2013),** "Chấn thương chỉnh hình", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 550 - 552.
2. **Hoàng Thị Vân (2019),** Khảo sát đặc điểm dị tật bẩm sinh thừa ngón tay cái, Luận văn thạc sĩ Y học, tr. 37 - 45.
3. **Hung L, Cheng J. C, Bundoc R, et al. (1996)**, "Thumb duplication at the metacarpophalangeal joint. Management and a new classification", Clin Orthop Relat Res, (323), pp. 31-41.
4. **Hung N. N (2010),** "Bifid thumb type IV in children: transferring an epiphyseal segment of the proximal phalanx with insertion of the abductor pollicis brevis tendon", J Child Orthop, 4 (6), pp. 525-537.
5. **Kayalar M, Gurbuz Y, Kucuk L, et al. (2014),** "Surgical reconstruction in Wassel type IV thumb duplication", Acta Orthop Traumatol Turc, 48 (2), pp. 181-186.
6. **Manske M. C, Kennedy C. D, and Huang J. I (2017),** "Classifications in Brief: The Wassel Classification for Radial Polydactyly", Clin Orthop Relat Res, 475 (6), pp. 1740-1746.
7. **Tada K, Yonenobu K, Tsuyuguchi Y, et al. (1983)**, "Duplication of the thumb. A retrospective review of two hundred and thirty-seven cases", J Bone Joint Surg Am, 65 (5), pp. 584-598.
8. **Tien Y. C, Chih T. T, Wang T. L, et al. (2007),** "Soft tissue reconstruction for type IV-D duplicated thumb: a new surgical technique", J Pediatr Orthop, 27 (4), pp. 462-466.
9. **Patel A. U, Tonkin M. A, Smith B. J, et al. (2014)**, "Factors affecting surgical results of Wassel type IV thumb duplications", J Hand Surg Eur Vol, 39 (9), pp. 934-943.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP

Phạm Văn Công[1,3], Đặng Thị Việt Hà[1], Đặng Thị Xuân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ngộ độc cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 73 bệnh nhân ngộ độc cấp có tổn thương thận cấp tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch mai từ 7/2019 - 7/2020. **Kết quả**: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 44 ± 16,7. Tỉ lệ bệnh nhân nam là 74%. Thời điểm tổn thương thận nặng nhất tỉ lệ rối loạn ý thức 28,8%, thiểu niệu 58,9%, phù 32,9%, tụt huyết áp 46,6%, mạch nhanh 65,8%, suy hô hấp 49,3%, buồn nôn - nôn 46,6%. Lúc vào viện nồng độ ure (12,8 ± 6,74mmol/l), giá trị creatinin (132 µmol/l) và tiếp tục tăng trong quá trình nằm viện, tại thời điểm tổn thương thận tối đa cao hơn lúc vào viện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05. Tỉ lệ bệnh nhân có tăng kali máu, tăng ALT, tăng AST, tiêu cơ vân và toan chuyển hóa thời điểm tổn thương thận mức độ nặng nhất cao hơn lúc vào viện tương ứng (38,4% và 16,4%, p<0,05), (71,2% và 53,4%, p<0,05), (80,8% và 53,4%, p<0,05), (23,3% và 6,8%, p<0,05) và (86,3% và 64,8%, p<0,05). **Kết luận:** Nghiên cứu đã cho thấy các đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ngộ độc cấp.

Từ khóa: tổn thương thận cấp, ngộ độc cấp

[1]Trường Đại học Y Hà Nội,
[2]Trung Tâm Chống Độc,
[3]Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Công
Email: phamcongbsqy103@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 30.11.2020
Ngày duyệt bài: 10.12.2020

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ACUTE KIDNEY INJURY IN PATIENTS WITH ACUTE POISONING

Objective: To discribe characteristics of acute kidney injury (AKI) in patients with acute poisoning. **Subjects and methods:** Prospective observational study on 60 poisoned patients with AKI treated at Poison Control Center of Bach Mai hospital from 7/2019 to 7/2020. **Results:** The mean age of the patients in the study was 44 ± 16.7. The proportion of male patients was 74%. At the time of the most severe kidney damage, the rate of coma was 28.8%, oliguria 58,9%, edema 32,9%, hypotension 46,6%, tachycardia 65,8%, respiratory failure 49,3%, nausea - vomiting 46,6%. On admission, mean value of urea was 12.8 ± 6.74 mmol/L, creatinine was (132 µmol/L) and continued to increase during hospitalization, at the time of maximum kidney injury was higher than that on admission (p <0.05). The proportion of patients with hyperkalemia, elevation of ALT, rhabdomyolysis and metabolic acidosis at the time of the most severe kidney injury were higher than that

on admission (38.4% and 16.4%, p <0.05), (71.2% and 53.4%, p <0.05), (80,8% and 53,4%, p<0,05), (23.3% and 6.8%, p <0.05) and (86.3% and 64.8%, p <0.05). **Conclusion:** the study revealed clinical characteristics and laboratory disorders of AKI in patients with acute poisoning.

Keywords: acute kidney injury, acute poisoning

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp là tình trạng giảm chức năng thận đột ngột, kéo dài trong vài giờ hoặc vài ngày dẫn đến các biến chứng sớm và muộn có thể góp phần tăng nguy cơ tử vong hoặc di chứng ở bệnh nhân. Đặc biệt, tổn thương thận cấp là bệnh cảnh thường gặp ở bệnh nhân điều trị tại các khoa Hồi sức Cấp cứu và Chống độc. Tỉ lệ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhập viện là 5% [1], tính riêng tại các đơn vị Hồi sức là 30% [2]. Vì vậy, việc đánh giá đúng, kịp thời để điều trị thích hợp tổn thương thận cấp hạn chế tử vong là một trong những ưu tiên trong điều trị.

Tổn thương thận cấp thường gặp ở bệnh nhân ngộ độc cấp do lưu lượng máu qua thận lớn, thận chiếm 1% trọng lượng cơ thể nhưng nhận 20% cung lượng tim. Nồng độ cao các chất có trong dịch lọc ở ống thận. Tất cả quá trình tái hấp thu và thải trừ chất đều qua tế bào ống thận. Ngoài chức năng tái hấp thu và bài tiết thận còn thực hiện chức năng chuyển hóa một số tiền độc chất thành chất trung gian có hoạt tính. Tại Việt Nam nghiên cứu về tổn thương thận cấp trong ngộ độc cấp còn ít, việc chẩn đoán đánh giá có khi chưa đúng mức. Để đánh giá những ảnh hưởng tới tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ngộ độc cấp, cũng như vai trò của các nhóm nguyên nhân, góp phần giảm mức độ nặng và tử vong chúng tôi thực hiện đề tà ivới mục tiêu: *Mô tả đặc điểm của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ngộ độc cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân ngộ độc cấp có tổn thương thận cấp điều trị tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2019 đến 7/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân ngộ độc cấp khi có ≥ 2/3 tiêu chuẩn sau [3]:
  - Tiếp xúc với độc chất.
  - Có biểu hiện lâm sàng của ngộ độc.
  - Xét nghiệm thấy chất độc trong dịch dạ dày, nước tiểu, máu.
- Chẩn đoán tổn thương thận cấp: creatinin máu ≥ 130 µmol/l [4].
- Phân độ tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn KDIGO [5].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân tiền sử suy thận mạn.
- Bệnh nhân nằm viện ngắn hơn 2 ngày, không đủ số liệu theo dõi.
- Bệnh nhân vào điều trị trong tình trạng có ngừng tuần hoàn, chết não.
- Bệnh nhân mới phẫu thuật thận và tiết niệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu

- Các bệnh nhân tuyển chọn vào nghiên cứu được đánh giá, theo dõi và làm xét nghiệm.
- Đặc điểm về giới, tuổi, tỉ lệ mắc AKI theo giới và tuổi

+ Tuổi: tính theo năm. Bệnh nhân cao tuổi là bệnh nhân ≥ 65 tuổi.

+ Giới: nam và nữ

- Đặc điểm lâm sàng và biến chứng của bệnh nhân lúc vào viện và trong quá trình điều trị.

+ Mạch, huyết áp.
+ Số lượng nước tiểu (thiểu niệu, vô niệu).
+ Phù.
+ Khó thở.
+ Buồn nôn, nôn.
+ Thay đổi ý thức.
+ Suy đa tạng.

- Đặc điểm xét nghiệm huyết học, đông máu, sinh hóa và khí máu của bệnh nhân lúc vào viện và trong quá trình điều trị.

+ Xét nghiệm: ure, creatinin, glucose, CK, AST, ALT, điện giải đồ, khí máu động mạch, hồng cầu, huyết sắc tố, tiểu cầu, bạch cầu.

- Đánh giá tình trạng: hạ natri máu, tăng kali máu, tiêu cơ vân, giảm tiểu cầu, thiếu máu, rối loạn chất khí trong máu.
- Đặc điểm và mức độ tổn thương thận cấp lúc vào viện: bệnh nhân được chẩn đoán là tổn thương thận cấp khi creatinin máu ≥ 130 µmol/l. Đánh giá tiến triển tổn thương thận bằng nồng độ creatinin máu.
- Đánh giá mức độ tổn thương thận theo phân độ KDIGO ở thời điểm vào viện (KDIGO vv): nhóm tổn thương thận sau vào viện hoặc đã tổn thương thận ngay từ lúc vào ở các mức độ khác nhau:

Chúng tôi lấy theo giá trị creatinin nền bình thường 1mg/dl, tổn thương thận cấp khi creatinin máu tăng lên 1,5 mg/dl tương ứng ≥130µmol/l. Trong nghiên cứu chúng tôi không sử dụng tiêu chuẩn số lượng nước tiểu chẩn đoán tổn thương thận cấp, do có nhiều yếu tố làm kết quả không chính xác như bệnh nhân đã sử dụng thuốc tăng bài niệu (furosemid…).

+ Nvv: vào viện chức năng thận vẫn bình thường, tổn thương thận xuất hiện trong quá trình nằm viện, creatinin lúc vào viện < 130µmol/l.

+ Mức độ 1 vv: vào viện creatinin máu đã tăng từ 1,5 – 2 lần mức nền (130 ≤Creatinin máu ≤ 170 µmol/l).

+ Mức độ 2 vv: vào viện creatinin máu đã tăng > 2 lần mức nền (170 < Creatinin máu < 260 µmol/l).

+ Mức độ 3 vv: vào viện creatinin máu đã tăng > 3 lần mức nền (>260 µmol/l).

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0 tính tỷ lệ %, tính trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh trung bình bằng t-test, so sánh tỷ lệ bằng test χ^2, exact test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thu thập số liệu ở 73 bệnh nhân ngộ độc cấp có tổn thương thận cấp tại Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch mai từ 7/2019 – 7/2020. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 44 ± 16,7. tỉ lệ bệnh nhân nam giới 75% cao hơn nữ giới 25%.

3.2. Đặc điểm của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ngộ độc cấp

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và biến chứng của bệnh nhân

Triệu chứng	Vào viện (1)	Tổn thương thận mức độ nặng nhất (2)	p (1), (2)
Glasgow	7,1± 3,12	6,7 ± 3,72	>0,05
Rối loạn ý thức(n,%)	36 49,3%	21 28,8%	**<0,05**
Mạch (ck/p)	89 ±16,2	113 ± 15,7	>0,05
Mạch nhanh (n,%)	29 39,7%	48 65,8%	**<0,05**
Huyết áp tối đa (mmHg)	114 ± 31,3	104 ± 22,3	>0,05
Tụt huyết áp (n,%)	23 31,5%	34 46,6%	>0,05
Suy hô hấp (n,%)	28 38,4%	39 49,3%	**<0,05**
Thiểu niệu (n,%)	19 26,0%	43 58,9%	**<0,05**
Nôn – buồn nôn(n,%)	26 35,6%	34 46,6%	>0,05
Phù (n,%)	9 12,3%	24 32,9%	**<0,05**
Suy đa tạng (n,%)	12 16,4%	44 60,3%	**<0,05**

Nhận xét: - Thời điểm tổn thương thận nặng nhất tỉ lệ rối loạn ý thức 28,8% thấp hơn lúc vào viện 49,3%, p<0,05.

- Tỉ lệ rối loạn mạch nhanh, suy hô hấp và suy đa tạng thời điểm vào viện và có xu hướng tăng lên trong quá trình nằm viện lần lượt là 39,7% và 65,8%, p<0,05, 38,4% và 49,3%, p<0,05 và 16,4% và 60,3%, p<0,05.

- Tỉ lệ thiểu niệu, phù thời điểm tổn thương thận tối đa tăng cao hơn thời điểm vào viện có ý nghĩa (58,9% và 26%, p<0,05), (32,9% và 12,3%, p<0,05).

- Tỉ lệ tụt huyết áp, buồn nôn – nôn tại thời điểm vào viện lần lượt là 31,5%, 35,6%, các tỉ lệ này tăng lên trong quá trình bệnh nhân nằm nhưng không có ý nghĩa thống p>0,05.

Bảng 2. Đặc điểm huyết học và đông máu của bệnh nhân

Chỉ số	Vào viện (n=73)	Tổn thương thận mức độ nặng nhất (n=73)	p
Hồng cầu (T/l)	4,0 ± 0,61	3,9 ± 0,6	>0,05
Huyết sắc tố (g/l)	109 ± 16,5	103 ± 15,7	>0,05
Thiếu máu (n,%)	5 (6,8%)	6 (8,2%)	>0,05
Bạch cầu (G/l)	11,6 ± 3,91	14,8 ± 4,76	<0,05
Tăng bạch cầu (n, %)	12 (16,4%)	17 (23,3%)	<0,05
Tiểu cầu (G/l)	190,2 ± 93,59	181,1 ± 94,99	<0,05
Giảm tiểu cầu (n,%)	11 (15%)	15 (20,6%)	>0,05
Fibrinogen (g/l)	4,1 ± 1,65	3,9 ± 1,71	> 0,05
Giảm fibrinogen (n,%)	7 (9,6%)	11 (15,1%)	>0,05
PT%	81 (77, 87)	78 (75, 82)	>0,05
INR	1,1 (1, 1,2)	1,2 (1, 1,4)	>0,05

Nhận xét: - Tỉ lệ bệnh nhân có tăng bạch cầu thời điểm vào viện 16,4%, tỉ lệ này tăng lên 23,3% thời điểm tổn thương thận tối đa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05.

- Giá trị INR tăng lên trong thời gian nằm viện, p<0,05.

- Tỉ lệ bệnh nhân có thiếu máu, giảm tiểu cầu so với thời điểm vào viện có tăng tại thời điểm tổn thương thận tối đa nhưng không có ý nghĩa thống kê, p>0,05.

Bảng 3. Đặc điểm sinh hóa và khí máu của bệnh nhân

Chỉ số	Vào viện (n=73)	Tổn thương thận mức độ nặng nhất (n=73)	p
Ure (mmol/l)	12,8 ±6,74	21,4 ± 7,09	**<0,05**
Creatinin (µmol/l)	132 (101, 192)	251 (164, 429)	**<0,05**
Natri (mmol/l)	136,4 ± 5,88	136,8 ± 6,22	>0,05
Hạ natri (n,%)	19 (26,0 %)	28 (38,1%)	>0,05
Kali (mmol/l)	4,3 ± 1,18	4,5 ± 1,21	>0,05
Tăng kali (n, %)	12 (16,4%)	28 (38,4%)	**<0,05**
Glucose (mmol/l)	10,3 ± 6,77	12,5 ± 7,12	>0,05
AST (U/l)	61,5 (32, 289)	81 (39, 274)	>0,05
Tăng AST (n,%)	39 (53,4%)	59 (80,8%)	**<0,05**
ALT (U/l)	39,5 (22, 160)	59 (28, 317)	>0,05
Tăng ALT (n,%)	39 (53,4%)	52 (71,2%)	**<0,05**
CK (U/l)	131 (58, 1024)	462 (141, 5306)	**<0,05**
Tiêu cơ vân (n,%)	5 (6,8%)	17 (23,3%)	**< 0,05**
pH	7,2 ± 0,17	7,1 ± 0,13	>0,05
Toan chuyển hóa (n,%)	47 (64,8%)	63 (86,3%)	**<0,05**
HCO_3- (mmol/l)	17,9 ± 5,58	19 ± 5,11	>0,05
Lactat (mmol/l)	3 (1,4, 7)	2,9 (1,1, 6,4)	>0,05
Tăng lactat (n,%)	45 (61,6%)	43 (58,9%)	>0,05

Nhận xét: - Lúc vào viện nồng độ ure là (12,8 ± 6,74), giá trị creatinin (132(101, 192)) và tiếp tục tăng trong quá trình nằm viện, tại thời điểm tổn thương thận tối đa cao hơn lúc vào viện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05.

- Tỉ lệ bệnh nhân có tăng kali máu, tăng ALT, tăng AST, tiêu cơ vân và toan chuyển hóa thời điểm tổn thương thận mức độ nặng nhất cao hơn lúc vào viện tương ứng (38,4% và 16,4%, p<0,05), (71,2% và 53,4%, p<0,05), (80,8% và 53,4%, p<0,05), (23,3% và 6,8%, p<0,05) và (86,3% và 64,8%, p<0,05).

- Giá trị lactat và tỉ lệ bệnh nhân tăng lactat máu tại thời điểm tổn thương thận mức độ nặng nhất không cao hơn thời điểm vào viện p>0,05.

- Thời điểm tổn thương thận mức độ nặng nhất và thời điểm vào viện sự khác biệt về tỉ lệ bệnh nhân hạ natri (38,1% và 26%) khác nhau không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ý thức bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm Glasgow, rối loạn ý thức khi điểm Glasgow <15 điểm. Thời điểm tổn thương thận nặng nhất tỉ lệ rối loạn ý thức là 28,8% thấp hơn lúc vào viện 49,3%, điều này được lí giải do nguyên nhân gây rối loạn ý thức là do tác nhân độc chất như methanol [6], ma túy tổng hợp, opioid, thuốc an thần… ngay từ đầu, sau đó tình trạng ý thức của bệnh nhân sẽ được cải thiện hơn tại thời điểm tổn thương thận tối đa

Thiểu niệu lúc vào viện là 26% và tăng lên 58,9% trong quá trình điều trị. Theo Kaddourah và cộng sự, tỉ lệ chẩn đoán tổn thương thận cấp bằng tiêu chuẩn nước tiểu trong một nghiên cứu ở 3318 bệnh nhân trẻ em là 30,7%, bệnh nhân tổn thương thận cấp có cả tăng creatinin máu và thiểu niệu tử vong cao hơn so với chỉ tăng creatinin hoặc chỉ thiểu niệu (p<0,001) [7]. Theo Prowle J.R tiêu chuẩn thiểu niệu có ý nghĩa tiên lượng với tình trạng tổn thương thận cấp mới xuất hiện, tuy nhiên tỉ lệ này thường gặp chỉ ở khoảng 10% bệnh nhân tiến triển tới tổn thương thận cấp mới [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thiểu niệu khi vào viện là 26% (bao gồm cả nhóm tổn thương thận cấp ngay khi vào viện và tổn thương thận cấp xuất hiện trong quá trình điều trị).

Lúc vào viện, tỉ lệ rối loạn mạch nhanh 39,7%, suy hô hấp 38,4% và suy đa tạng 16,4%. Trong quá trình điều trị tỉ lệ này tăng lên lần lượt là 65,8%, 49,3% và 60,3%. Độc chất tác động theo nhiều con đường khác nhau và cơ chế tác động khác nhau. Khi vào cơ thể chúng sẽ tác động lên các cơ quan đích trực tiếp hay gián tiếp. Từ đó tác động của độc chất lên cơ thể rất đa dạng bệnh cảnh phức tạp, tổn thương một hay nhiều cơ quan khác nhau, các biểu hiện suy tuần hoàn, suy hô hấp hay suy đa tạng có thể do tác động trực tiếp của độc chất lên cơ quan đích, nhưng cũng có thể là biến chứng hậu quả của một quá trình bệnh lí trước đó.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy đặc điểm của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ngộ độc cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bellomo R,** "The epidemiology of acute renal failure: 1975 versus 2005", Curr Opin Crit Care,

12(6), pp.557-60.
2. **Ricci Z.** Acute kidney injury in ICU. Trends in Anaesthesia and Critical Care. 2013/04/01/ 2013;3(2):62-67.
3. Nguyễn Thị Dụ. Định hướng chung chẩn đoán và xử trí ngộ độc cấp. Tư vấn chẩn đoán và xử trí nhanh ngộ độc cấp. Nhà xuất bản Y học; 2004.
4. **Thadhani R, Pascual M, Bonventre JV. Acute renal failure**. The New England journal of medicine. May 30 1996;334(22):1448-60.
5. **Palevsky PM, Liu KD, Brophy PD, et al.** KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation. May 2013; 61(5): 649-72.
6. **Marco L.A. Sivilotti, Ethanol**, Isopropanol, and Methanol, Medical Toxicology. 2004; 1211 – 1220.
7. **Kaddourah A, Basu RK, Goldstein SL, Sutherland SM,** Assessment of Worldwide Acute Kidney Injury RAaEI. Oliguria and Acute Kidney Injury in Critically Ill Children: Implications for Diagnosis and Outcomes. Pediatric critical care medicine : a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies. Apr 2019;20(4):332-339.
8. **Prowle JR, Liu YL, Licari E, et al.** Oliguria as predictive biomarker of acute kidney injury in critically ill patients. Critical care (London, England). Jul 19 2011;15(4):R172.

BỎ SÓT CHẨN ĐOÁN UNG THƯ DẠ DÀY VÀ MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN

Triệu Thị Xuân[1], Vũ Trường Khanh[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Một vài nghiên cứu đã chỉ ra rằng, có một số lượng đáng kể ung thư dạ dày bị bỏ sót chẩn đoán mặc dù đã được thực hiện nội soi dạ dày một khoảng thời gian ngắn trước đó. Để làm rõ hơn về vấn đề này chúng tôi thực hiện nghiên cứu sau. **Mục tiêu:** Xác định tần suất, đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và tìm hiểu một số nguyên nhân mà bỏ sót chẩn đoán UTDD trên nội soi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các trường hợp ung thư dạ dày tại khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2019 đến 07/2020. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được khai thác kỹ tiền sử khám trước đó trong vòng hai năm, các tổn thương trên nội soi được đánh giá theo phân loại của hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản và trên mô bệnh học theo phân loại của WHO. **Kết quả:** Có tổng số 31/96 (32,2%) bệnh nhân UTDD bị bỏ sót chẩn đoán. Nam giới 71%, nữ giới 29%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 64 ± 9,671. Khoảng thời gian bỏ sót lần trước chủ yếu là dưới 6 tháng với 74,2. Tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng báo động (100%). Hình ảnh tổn thương trên nội soi theo Borrmann gặp nhiều nhất là dạng loét (67,7%). Thể mô bệnh học gặp nhiều nhất là thể ống nhỏ chiếm 64,5 %. **Kết luận:** Mặc dù với sự phát triển mạnh mẽ của chuyên ngành nội soi tiêu hóa, vẫn còn có một tỷ lệ rất cao ung thư dạ dày bị bỏ sót chẩn đoán, do vậy đòi hỏi phải xây dựng một quy trình nội soi và đào tạo nội soi chuẩn.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, nội soi dạ dày, bỏ sót chẩn đoán

[1]Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang
[2]Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Triệu Thị Xuân
Email: xuantrieu88@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020
Ngày duyệt bài: 9.12.2020

SUMMARY

MISSED DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER AND A NUMBER OF CAUSES

Background: Few studies have shown that a significant number of stomach cancers are overlooked despite having undergone gastroscopy a short time before. To clarify this issue we do the following research. **Objectives:** Determine the frequency, clinical features, endoscopy, histopathology and find out some of the causes that miss diagnosis of UTDD on endoscopy. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on gastric cancer cases at the gastroenterology department of Bach Mai hospital from September 2019 to 07/2020. The patients participating in the study were thoroughly exploited the prior examination history within two years, the endoscopic lesions were assessed according to the Japanese stomach cancer association classification and on histopathology by classification by WHO. **Results:** A total of 31/96 (32.2%) of UTDD patients missed guesswork. Male 71%, female 29%. Mean age of the study group 64 ± 9,671. The period of time missing the previous time was mainly less than 6 months with 74.2. All patients had symptoms of alarm (100%). The most common image of endoscopic lesions according to Borrmann is ulcer (67.7%). The most common histopathology is the small tube, accounting for 64.5%.

Key word: Stomach cancer, gastroscopy, missed diagnosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những ung thư phổ biến, đứng hàng đầu trong các loại ung thư đường tiêu hóa, hàng năm trên thế giới có khoảng 952000 trường hợp mới mắc và là một loại ung thư diễn biến xấu, tỷ lệ tử vong cao, số tử vong nam giới: 468900 ca/ năm, số tử vong nữ 254100 ca/năm[1]. Việt Nam thuộc khu vực có tỷ lệ mắc UTDD trung bình cao, với tỷ lệ mắc

UTDD chuẩn hóa theo tuổi ở nam là 21,8 và ở nữ là 10,0 mỗi 100.000 dân[2]. Chính vì vậy ung thư dạ dày hiện nay là một mục tiêu tầm soát quan trọng, và nội soi ngày càng đóng vai trò quan trọng trong tầm soát và chẩn đoán, Tuy nhiên, không phải lúc nào cũng nhìn thấy ung thư đang phát triển trên nội soi và tỷ lệ bỏ sót của nó đã được thống kê ở rất nhiều nước. Ở Việt Nam các nghiên cứu đánh giá về nguyên nhân chẩn đoán muộn và tần suất ung thư dạ dày bị bỏ sót còn khá ít ỏi. Nhằm xác định tần suất, nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và tìm hiểu một số nguyên nhân bỏ sót chẩn đoán ung thư dạ dày mà chúng tôi thực hiện nghiên cứu này: *"Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư dạ dày đã bị bỏ sót chẩn đoán"* với hai mục tiêu như sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của ung thư dạ dày đã bị bỏ sót chẩn đoán; Tìm hiểu một số nguyên nhân mà bỏ sót chẩn đoán ung thư dạ dày.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Gồm 96 bệnh nhân bệnh nhân ung thư dạ dày tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 7 năm 2020

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

+ Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày, được nội soi trước đó trong vòng hai năm nhưng chưa xác định bệnh.

+ Tuổi >18

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân phẫu thuật dạ dày.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu kết hợp hồi cứu

2.3 Xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học của nhóm nghiên cứu. Từ tháng 9/2019 đến tháng 7/2020, tại khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi đã ghi nhận 96 bệnh nhân UTDD, trong đó có 31 bệnh nhân đã từng được nội soi trước đó trong vòng hai năm chưa xác định bệnh và có 65 bệnh nhân phát hiện bệnh ở lần nội soi đầu tiên và so sánh đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học của hai nhóm đối tượng đó chúng tôi đã thu được một số kết quả sau:

Bảng 3.1. So sánh đặc điểm nhân chủng học của nhóm bệnh nhân bị bỏ sót và nhóm phát hiện bệnh lần đầu

Đặc điểm	Bỏ sót chẩn đoán (n=31)	Phát hiện lần đầu (n=65)	p
Nhóm tuổi			
<60	9 (29.0%)	22 (33.8%)	0.738
60-69	12 (38.7%)	20 (30.8%)	
≥70	10 (32.3%)	23 (35.4%)	
Giới tính			
Nam	22 (71.0%)	43 (66.2%)	0.637
Nữ	9 (29.0%)	22 (33.8%)	
Tiền sử ung thư dạ dày gia đình	4 (12.9%)	3 (4.6%)	0.208

Nhận xét: Không có sự khác nhau về độ tuổi, giới, tiền sử gia đình của nhóm nội soi phát hiện bệnh lần đầu và nhóm bỏ sót chẩn đoán với p > 0,05.

Bảng 3.2. So sánh đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của nhóm bị bỏ sót và nhóm phát hiện bệnh lần đầu

Đặc điểm	Bỏ sót chẩn đoán (n=31)	Phát hiện lần đầu (n=65)	p
Lâm sàng			
Đau bụng thượng vị	25 (80.6%)	52 (80.0%)	0.941
Buồn nôn và nôn	10 (32.3%)	14 (21.5%)	0.257
Sụt cân	9(29.0%)	8 (12.3%)	0.045
Chán ăn	6(19.4%)	9 (13.8%)	0.552
Xuất huyết tiêu hóa	8 (25.8%)	11 (16.9%)	0.307
Vàng da, vàng mắt	1 (3.2%)	0 (0.0%)	0.323
Dạng tổn thương trên nội soi			
Dạng sùi	0 (0.0%)	2 (3.1%)	1.000
Dạng loét	21(67.7%)	42(64.6%)	0.763
Dạng loét thâm nhiễm	4 (12.9%)	15 (23.1%)	0.242
Dạng thâm nhiễm lan tỏa	6 (19.4%)	6 (9.2%)	0.193
Vị trí tổn thương			
Tâm phình vị	7(22.6%)	4 (6.2%)	0.035
Thân vị	3 (9.7%)	13(20.0%)	0.204
Bờ cong lớn	1 (3.2%)	1 (1.5%)	0.544
Bờ cong nhỏ	6(19.4%)	19(29.2%)	0.303
Hang vị	14(45.2%)	29(44.6%)	0.960
Môn vị	7 (22.6%)	11(16.9%)	0.507
Dạng mô bệnh học			
UTBM tuyến ống	20 (64.5%)	38 (58.5%)	0.571
UTBM	1 (3.2%)	1 (1.5%)	0.544

tuyến nhầy			
UTBMTB nhẫn	10 (32.3%)	25 (38.5%)	0.555
UTBM tuyến vảy	0 (0.0%)	1 (1.5%)	1.000

Nhận xét: Không có sự khác nhau về các triệu chứng lâm sàng, đặc điểm mô bệnh học của nhóm nội soi phát hiện bệnh lần đầu và nhóm bỏ sót chẩn đoán với p > 0,05. Có sự khác nhau về dạng tổn thương thâm nhiễm lan tỏa giữa hai nhóm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Có sự khác nhau về vị trí gặp ở tâm phình vị của nhóm nội soi phát hiện bệnh lần đầu và nhóm bỏ sót chẩn đoán và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Các vị trí khác không có sự khác biệt với p > 0,05.

3.2. Tìm hiểu một số nguyên nhân mà bỏ sót chẩn đoán

Bảng 3.3. Các yếu tố khác nhau dẫn đến sự bỏ sót ung thư dạ dày

Lỗi của các nhà lâm sàng	Số lượng (n)	%	Cộng dồn (%)
Không chỉ định nội soi sinh thiết lại sau khi kết quả lần 1 âm tính	2	6,4	6,4
Lỗi của các nhà nội soi			
Không nhìn thấy tổn thương Nhìn thấy nhưng không sinh thiết	5 20	16.1 64,5	16,1 80,6
Lỗi của các nhà giải phẫu bệnh			
Kết quả giải phẫu bệnh không phù hợp	6	19,3	19,3

Nhận xét: Trong số những bệnh nhân bị bỏ sót, lỗi bác sĩ nội soi chiếm tỷ lệ cao nhất 80,6%, tiếp đến là lỗi do bác sĩ giải phẫu bệnh chiếm tỷ lệ 19,3%, lỗi do bác sĩ lâm sàng chiếm tỷ lệ 6,4%.

Bảng 3.4. Địa điểm, số lần và kết quả soi trước với chẩn đoán bỏ sót

	Số lượng (n)	%
Địa điểm		
Phòng khám tư	3	9.7
Bệnh viện tuyến huyện	7	22.6
Bệnh viện tuyến tỉnh	15	48.3
Bệnh viện tuyến trung ương	6	19,3
Số lần soi trước		
1	21	67.7
2	8	25.8
3	1	3.2
≥ 4	1	3.2
Kết quả soi lần trước		
Viêm dạ dày	5	21.7
Loét dạ dày	23	74.2
U lành dạ dày	1	3.2
Nghi K dạ dày	2	6.5
Thời điểm nội soi gần nhất trước đó với chẩn đoán bỏ sót		
< 6 tháng	23	74,2
6 - 12 tháng	4	12,9
12 - 24 tháng	4	12,9

Nhận xét: Địa điểm bỏ sót gặp nhiều nhất là bệnh viện tuyến tỉnh chiếm tỷ lệ 54,8%, tiếp đến là tuyến huyện chiếm tỷ lệ 22,6%, bệnh viện tuyến trung ương là 19,3%, phòng khám tư là 9,7%.

Số lần soi trước một lần chiếm tỷ lệ cao 67,7%, tiếp đến là hai lần chiếm tỷ lệ 25,8%, ba và bốn lần chiếm tỷ lệ 3,2%.

Kết quả soi lần trước chủ yếu là loét dạ dày chiếm tỷ lệ 74,2% và viêm dạ dày chiếm 21,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học của nhóm nghiên cứu: Nghiên cứu này cho thấy, có đến 31/96 (32,2%) bệnh nhân ung thư dạ dày đã từng được nội soi trước đó nhưng không xác định bệnh, lứa tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64 ± 9,671, tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng báo động, các triệu chứng lâm sàng thường gặp là: đau thượng vị, buồn nôn và nôn, sụt cân, chán ăn, các triệu chứng ít gặp hơn xuất huyết tiêu hóa, thiếu máu, vàng da.

Dạng tổn thương trên nội soi hay gặp bỏ sót là dạng loét, sau đó là dạng thâm nhiễm lan tỏa, cuối cùng là dạng loét thâm nhiễm. Vị trí tổn thương bị bỏ sót nhiều nhất là hang môn vị và tâm phình vị.

Dạng mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến ống nhỏ, tiếp đến là dạng tế bào nhẫn, cuối cùng là dạng tế bào nhầy.

So sánh nhóm bị bỏ sót chẩn đoán với nhóm phát hiện lần đầu nhận thấy không có sự khác biệt đáng kể, có hai sự khác biệt như sau:

Điểm khác biệt thứ nhất là: Trong nhóm bỏ sót, dạng tổn thương thâm nhiễm gặp nhiều hơn (19,4% so với 9,2%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05, điểm khác biệt thứ hai là vị trí tâm phình vị trong nhóm bỏ sót cao hơn (22,6% so với 6,2%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Điểm khác biệt này cũng giống như một số nghiên cứu bỏ sót của nước ngoài: Bang Wool Eom và cộng sự, vị trí bỏ sót 1/3 trên là 23,2%, giữa 7,4% và phần thấp là 69,5%, nghiên cứu của Wei Ren vị trí bỏ sót 1/3 trên là 42,1%, 1/3 dưới là 14,29%

và các phần khác của dạ dày là 17,86%, nghiên cứu của Yong Choon Kim vị trí bỏ sót tâm phình vị là 37,5%, bờ cong nhỏ là 50%, bờ cong lớn là 12,5%. Như vậy tổn thương thâm nhiễm và vị trí tâm phình vị là hai đặc điểm dễ bị bị sót trên nội soi.

4.2. Tìm hiểu một số nguyên nhân mà bỏ sót chẩn đoán. Có nhiều lý do khác nhau dẫn đến sự bỏ sót ung thư dạ dày, trong đó có ba nhóm chính: nhóm bỏ sót do lỗi bác sĩ lâm sàng bao gồm, nhóm bỏ sót do lỗi bác sĩ nội soi, nhóm bỏ sót do lỗi bác sĩ giải phẫu bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận lỗi bỏ sót do bác sĩ lâm sàng 2 (6,4%), trong đó đều là lỗi không chỉ định nội soi lại sau kết quả lần một âm tính, lỗi do bác sĩ nội soi chiếm cao nhất 25 (80,6%), bao gồm các lỗi: không nhìn thấy tổn thương 5 (16,1%), lỗi nhìn thấy tổn thương nhưng không sinh thiết 20 (64,5%), lỗi của bác sĩ giải phẫu bệnh chủ yếu là lỗi kết quả giải phẫu bệnh không phù hợp 6 (19,3%). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Yalamarthi: lỗi do bác sĩ lâm sàng là 21%, lỗi do bác sĩ nội soi là 73% và lỗi do bác sĩ giải phẫu bệnh là 27%[6].

Tổng cộng 44 thủ thuật nội soi được thực hiện trên 31 bệnh nhân, với 21 (67,7%) bệnh nhân chỉ trải qua một lần nội soi trước đó, 10 bệnh nhân còn lại trải qua 23 lần nội soi, trong đó 8 bệnh nhân trải qua hai lần nội soi, một bệnh nhân trải qua ba lần nội soi và một bệnh nhân trải qua bốn lần nội soi, số lần nội soi trung bình là 1.42 ± 0.72, ít nhất 1 lần, nhiều nhất 4 lần, nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu bỏ sót của Hà Văn Đến, số lần nội soi trung bình là 2 và số lần nội soi nhiều nhất là 7[7], tương tự như nghiên cứu của Yalamarthi: có 40 lần nội soi được thực hiện trên 30 bệnh nhân, với 24 (80%) chỉ trải qua một lần nội soi trước đó, sáu bệnh nhân còn lại trải qua tổng cộng 16 lần nội soi (ba bệnh nhân trải qua hai lần, hai bệnh nhân trải qua hai lần và một bệnh nhân trải qua bốn lần nội soi)[6].

Có tổng số 74,2% bệnh nhân nội soi trước đó trong vòng 6 tháng trước khi có chẩn đoán cuối cùng UTDD, 12,9% bệnh nhân được nội soi trong vòng 6 tháng đến một năm và 12,9% bệnh nhân được nội soi trong vòng một đến hai năm. Nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứa của Yalamarthi: 67% bệnh nhân có nội soi trước đó trong vòng một năm, 13% bệnh nhân nội soi trong vòng một đến hai năm và 20% nội soi trong vòng hai đến ba năm[6]. Khác với nghiên cứu của Hà Văn Đến số nội soi trong vòng 6 tháng là 46,2%, trong vòng một năm là 43,9%, trong vòng hai năm là 5,4%[7]. Ung thư dạ dày sớm thường là những tổn thương rất nhỏ, đôi khi chỉ là những thay đổi nội soi rất tinh tế, chẳng hạn như những tổn thương màu đỏ, bề mặt không đều hoặc thay đổi niêm mạc và do đó dễ bị bỏ sót trên nội soi, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân giai đoạn tiến triển đều có lần nội soi gần nhất với chẩn đoán bỏ sót < 6 tháng, với giả định rằng thời gian nhân đôi của UTDD tiến triển là 7,6 tháng, thì cho thấy tại thời điểm nội soi trước có thể đã bỏ sót một tổn thương ung thư tiến triển.

Trong số đó, ở lần nội soi trước với chẩn đoán bỏ sót ghi nhận các kết quả: viêm dạ dày 5 trường hợp, chiếm 21,7%, loét dạ dày 23 trường hợp chiếm 74,2%, u lành dạ dày 1 trường hợp chiếm 3,2%, nghi K dạ dày 2 trường hợp chiếm 6,5%. Nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu bỏ sót của Markku E.Voutilainen, trong tổng số 13/284 ca UTDD bị bỏ sót thì kết quả nội soi ban đầu nhận được là: dạ dày bình thường 30,7%, loét dạ dày 30,7%, viêm dạ dày 23,07%, viêm thực quản 15,3%[8], nghiên cứu của Yalamarthi trong tổng số 30/301 ca bị bỏ sót thì các kết quả ghi nhận là: viêm dạ dày 70%, loét dạ dày 7,2%, nghi ngờ ung thư dạ dày 15,2%, viêm loét thực quản 21,4%, dạ dày bình thường 7,2%[6].

Về địa điểm nội soi gần nhất trước đó với chẩn đoán không phải là ung thư, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp được nội soi ở phòng khám tư, chiếm tỷ lệ 9,7%, 7 trường hợp được nội soi ở bệnh viện tuyến huyện, chiếm tỷ lệ 22,6%, 17 trường hợp được nội soi ở bệnh viện tuyến tỉnh chiếm 54,8%, 6 trường hợp được nội soi ở tuyến trung ương, chiếm tỷ lệ 19,3%. Mặc dù nghiên cứu cho thấy địa điểm nội soi bị bỏ sót UTDD nhiều nhất là bệnh viện tuyến tỉnh, sau đến tuyến huyện và tuyến trung ương và cuối cùng là phòng khám tư, nhưng trong thực tế số nơi nhập viện đầu tiên hoặc khám bệnh đầu tiên của đa số bệnh nhân là bệnh viện tuyến tỉnh và do đó không đánh giá được tỷ lệ bỏ sót thực tế của các địa điểm khác nhau và không kết luận được địa điểm nội soi nào bỏ sót UTDD nhiều nhất.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng, có một tỷ lệ đáng kể ung thư dạ dày (32,2%) bị bỏ sót chẩn đoán mặc dù đã được nội soi trước đó trong vòng hai năm. Và lý do cho sự bỏ sót dược ghi nhận lỗi chính do bác sĩ nội soi, do tại thời điểm nội soi trước bác sĩ nội soi đã không nhìn thấy tổn

thương hoặc nhìn thấy tổn thương nhưng không thấy được mức độ nguy hại của tổn thương nên không sinh thiết và do đó dẫn đến bỏ sót. Vị trí tâm phình vị và dạng tổn thương thâm nhiễm lan tỏa là hai đặc điểm dễ bị bỏ sót. Khoảng thời gian bỏ sót tổn thương lần trước hầu hết là dưới 6 tháng.

Nghiên cứu cũng cho thấy mặc dù với sự phát triển mạnh mẽ của chuyên ngành nội soi tiêu hóa, thì chẩn đoán ung thư dạ dày vẫn còn là môt thách thức, vì vậy rất cần thiết phải xây dựng một quy trình nội soi chuẩn bao gồm việc chuẩn bị bệnh nhân thật tốt trước nội soi. Về mặt kỹ thuật trong quá trình soi cần rửa sạch bọt và nhầy, đảm bảo thực hiện đủ thao tác quan sát đánh giá theo hệ thống và đặc biệt là đánh giá vị trí 1/3 trên và phải đủ thời gian (tối thiểu 6 phút) và phải chụp đủ ảnh (tối thiểu 25 ảnh), đánh giá ở cả thì đi vào và đi ra. Nếu kết quả nội soi bình thường mà bệnh nhân vẫn phàn nàn về triệu chứng tiêu hóa dai dẳng bác sĩ nên xem xét nội soi lặp lại để tránh bỏ sót.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Karpeh MS, Kelsen DP, Tepper JE.** Cancer of the Stomach Cancer: Principles and Practice of Oncology, Published by Lippincott Williams & Wilkins. Copyright–2005. Published online 2005.
2. **Tỷ lệ tử vong vì ung thư của Người Việt thuộc top cao trên thế giới.** Accessed September 22, 2020.
3. **Eom BW, Lee JH, Choi IJ, et al.** Pretreatment risk factors for multiple gastric cancer and missed lesions. J Surg Oncol. 2012;105(8):813–817.
4. **Ren W, Yu J, Zhang Z-M, Song Y-K, Li Y-H, Wang L.** Missed diagnosis of early gastric cancer or high-grade intraepithelial neoplasia. World J Gastroenterol WJG. 2013;19(13):2092.
5. **Wei L, Niu F, Wu J, et al.** Association study between genetic polymorphisms in folate metabolism and gastric cancer susceptibility in Chinese Han population: A case–control study. Mol Genet Genomic Med. 2019;7(5):e633. doi: 10.1002/ mgg3.633
6. **Yalamarthi S, Witherspoon P, McCole D, Auld CD.** Missed diagnoses in patients with upper gastrointestinal cancers. Endoscopy. 2004; 36(10): 874–879.
7. **Ung thu da day phat hien giua 2 lan noi soi -** ThS Ha Van Den. Tạp chí khoa học tiêu hóa 2016, 130- 138.
8. **Voutilainen ME, Juhola MT.** Evaluation of the diagnostic accuracy of gastroscopy to detect gastric tumours: clinicopathological features and prognosis of patients with gastric cancer missed on endoscopy. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2005; 17(12):1345–1349.

ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHI TRÊN CỦA PHƯƠNG PHÁP mCIMT TRÊN BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO NHỒI MÁU NÃO

Phạm Văn Minh*, Nguyễn Quang Anh**

TÓM TẮT

Khoảng 80% người sống sót sau đột quỵ não biểu hiện suy giảm vận động liên quan tới chi trên nên ảnh hưởng rất lớn đến các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày cũng như sự tham gia hòa nhập vào xã hội. **Mục tiêu:** Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phục hồi chức năng chi trên của phương pháp mCIMT trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi mấu não. **Đối tượng và phương pháp:** 60 bệnh nhân liệt nửa người được chẩn đoán nhồi máu não giai đoạn hồi phục được tập luyện theo chương trình mCIMT. **Kết quả và kết luận:** Sau 4 tuần điều trị không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ đột quỵ, về mức độ phục hồi vận động chi trên, về chức năng khéo léo bàn tay cũng như về mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày giữa các nhóm tuổi, giới, bên liệt với p>0,05. Có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hoạt động sinh hoạt hàng ngày với yếu tố nguy cơ nhồi máu não kèm theo đái tháo đường với p< 0.05.

Từ khóa: Yếu tố ảnh hưởng, Phục hồi chức năng chi trên, mCIMT.

SUMMARY

EVALUATION OF THE FACTORS AFFECTING THE RESULTS OF REHABILITATION OF UPPER LIMB OF mCIMT METHODE FOR HEMIPLEGIE PATIENTS DUE TO CEREBRAL INFARCTION

About 80% of stroke survivors have impaired mobility related to the upper limb, which greatly affects daily activities as well as social inclusion. **Objectives:** Evaluation of the factors affecting the outcome of mCIMT rehabilitation in hemiplegia due to cerebral infarction. **Subjects and methods:** 60

**Trường Đại học Y Hà Nội.*
***Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội.*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh
Email: pvminhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020
Ngày duyệt bài: 8.12.2020

patients with hemiplegia who were diagnosed with cerebral infarction stage of recovery were trained under the mCIMT program. **Results and conclusions:** After 4 weeks of treatment, there were no significant differences in stroke severity, upper limb motor recovery level, hand dexterity as well as level of independence in daily activities among age groups, gender, side paralysis with p> 0.05. There was a significant difference between daily activities and risk factors for cerebral infarction with diabetes with p <0.05.

Key words: Influence factor, Rehabilitation of upper limb, mCIMT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) luôn là vấn đề cấp thiết của y học nói chung và của chuyên ngành Phục hồi chức năng nói riêng đối với mọi quốc gia trên thế giới. TBMMN làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong và khuyết tật ở các nước phát triển cũng như đang phát triển dẫn đến gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội [1]. Khoảng 80% người sống sót sau đột quỵ biểu hiện suy giảm vận động liên quan đến chi trên [2]. Mức độ của chi trên là tương quan với các hoạt động cơ bản của cuộc sống hàng ngày cũng như sự tham gia hòa nhập vào xã hội sau đột quỵ [3].

Phương pháp điều trị Cưỡng bức vận động bên liệt (Constraint Induced Movement Therapy - CIMT) là phương pháp thúc đẩy vận động chi bên liệt ở bệnh nhân đột quỵ. Một số sự hạn chế khi sử dụng CIMT nguyên bản đòi hỏi sự giám sát liên tục đòi hỏi phải mất nhiều nhân lực để giám sát. Hơn nữa CIMT nguyên bản cưỡng bức hoạt động bàn tay không liệt trong khoảng 90% số giờ thức giấc nên một số bệnh nhân liệt nửa người không thể chịu được giới hạn này. So với chương trình CIMT nguyên bản, chương trình CIMT đã được sửa đổi (mCIMT) là khả thi và phù hợp với bệnh nhân TBMMN do nhồi máu não. Các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng đã chứng minh mCIMT có thể cải thiện chức năng bàn tay của người bệnh [4].

Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phục hồi chức năng chi trên của phương pháp mCIMT trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 60 bệnh nhân liệt nửa người được chẩn đoán nhồi máu não giai đoạn hồi phục theo lâm sàng và cận lâm sàng (CT- Scan hoặc MRI sọ não) dựa theo tiêu chuẩn của Tổ Chức Y Tế Thế Giới, đang điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ 6/2018-5/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nhồi máu não lần đầu giai đoạn hồi phục, được đánh giá mức độ đột quỵ nhẹ và vừa thông qua thang điểm NIHSS (dưới 15 điểm).
- Bệnh nhân không có rối loạn nhận thức dựa vào thang đánh giá tâm thần tối thiểu cơ bản của Folstein (MMSE) ≥ 24 điểm.
- Chi bên liệt bị liệt không hoàn toàn có thể nâng được vai và vận động cổ tay có điểm điểm Fugl - Meyer Arm Test từ 10 điểm trở lên.
- Tuổi từ 18 trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có khuyết tật về vận động chi bên liệt trước khi xuất hiện TBMMN.
- Có mắc các bệnh lý động kinh, tim mạch không ổn định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp tiến cứu can thiệp lâm sàng so sánh trước và sau điều trị.

2.2.2. Quy trình điều trị

- Bệnh nhân đeo găng tay ức chế hoạt động tay bên lành của bệnh nhân.
- Thời gian thực hiện mCIMT:

1 tuần đầu:Bệnh nhân thực hiện đeo găng 30 phút/ lần x 2 lần/ ngày. Trong thời gian này bệnh nhân được kỹ thuật viên hoạt động trị liệu hướng dẫn bệnh nhân những hoạt động trong chương trình hoạt động trị liệu thường quy và tập các kỹ năng trong hoạt động tự chăm sóc bản thân.

Từ tuần thứ 2 đến tuần 4:

- Bệnh nhân thực hiện mCIMT 30 phút/ lần x 2 lần/ ngày thực hiện các kỹ thuật hoạt động trị liệu thường quy.
- 60 phút/ lần x 2 lần/ ngày thực hiện các hoạt động trong sinh hoạt hằng ngày: ăn, uống, vệ sinh cá nhân…

2.2.3. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả nghiên cứu

- Đánh giá nhận thức thông qua theo trắc nghiệm Folstein (Mini Mental Status Examination - MMSE).
- Đánh giá mức độ đột quỵ dựa trên thang điểm đột quỵ của các viện sức khỏe Hoa kỳ (National Institudes of Health Stroke Scale - NIHSS).
- Đánh giá chức năng vận động chi trên (Fugl - Meyer Arm Test - FMA).
- Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày theo Barthel.

2.2.4. Thời điểm đánh giá. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả tại thời điểm

khi vào viện, sau 2 tuần và sau 4 tuần điều trị phục hồi chức năng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Liên quan giữa mức độ đột quỵ (NIHSS) và bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Nhẹ		Vừa		p
		n	%	n	%	
Tuổi	< 60	9	56,25%	19	39,60%	0,244
	≥60	7	43,75%	29	60,40%	
Giới	Nam	11	78,57%	32	35,42%	0,325
	Nữ	4	21,43%	17	35,42%	
Bên liệt	Trái	9	64,29%	37	77,08%	0,336
	Phải	6	35,71%	12	22,92%	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ đột quỵ giữa các nhóm tuổi, giới và bên liệt (p>0,05).

Bảng 3.2. Liên quan giữa chức năng vận động chi trên (FMA) bệnh nhân nghiên cứu

FMA		Tốt		Khá		Trung bình		p
		n	%	N	%	n	%	
Tuổi	< 60	4	57,1%	17	38,6 %	7	53,84%	0,46
	≥ 60	3	42,9 %	27	61,4%	6	46,16%	
Giới	Nam	5	83,33%	29	67,44%	8	61,54%	0,638
	Nữ	1	16,67%	14	32,56%	5	38,46%	
Bên liệt	Trái	1	16,67%	11	25,58%	4	30,77%	0,806
	Phải	5	83,33%	32	74,42%	9	69,23%	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ phục hồi vận động chi trên giữa các nhóm tuổi, giới và bên liệt (p>0,05).

Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan giữa chức năng SHHN (Bathel) và bệnh nhân nghiên cứu

Barthel		Trợ giúp trung bình		Trợ giúp ít		p
		n	%	n	%	
Tuổi	<60	6	66,7%	22	40,0%	0,13
	≥60	3	33,3%	33	60,0%	
Giới	Nam	5	62,5%	37	68,52%	0,734
	Nữ	3	37,5%	17	31,48%	
Bên liệt	Trái	6	75%	40	74,07%	0,955
	Phải	2	25%	14	25,93%	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về mức độ độc lập trong sinh hoạt giữa các nhóm tuổi, giới và bên liệt (p>0,05).

Bảng 3.4. Các yếu tố liên quan giữa khả năng độc lập chức năng SHHN (Bathel) và các yếu tố nguy cơ.

Đặc điểm		Trợ giúp TB		Trợ giúp ít		p
		n	%	n	%	
Tăng HA	Có	7	87,5%	49	90,74%	0,772
	Không	1	12,5%	5	9,26%	
ĐTĐ	Có	4	50%	9	16,67%	**0,031**
	Không	4	50%	45	83,33%	
RL Lipid	Có	4	50%	20	37,04%	0,482
	Không	4	50%	34	62,96%	
Hẹp 2 lá	Có	0	0	3	5,56%	0,656
	Không	8	100%	51	94,44%	
Thuốc lá	Có	2	25%	13	24,07%	0,954
	Không	6	75%	41	75,93%	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm có và không có đái tháo đường, p < 0,05. Không có sự liên quan có ý nghĩa về chức năng SHHN và nhóm tăng huyết áp, nhóm rối loạn lipid máu, nhóm hẹp 2 lá, nhóm hút thuốc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Liên quan giữa mức độ đột quỵ và

bệnh nhân nghiên cứu. Mọi lứa tuổi đều có nguy cơ bị đột quỵ. Trong nghiên cứu này chúng tôi không thấy sự liên quan giữa mức độ đột quỵ và tuổi của bệnh nhân. Kết luận này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu trên 515 bệnh nhân TBMMN cấp của Nakayama H và CS (1994) [5].

Trong nghiên cứu này không thấy có liên quan giữa mức độ đột quỵ với giới tính. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Theo Appelros thì đột quỵ là phổ biến hơn ở nam giới, nhưng phụ nữ bị bệnh nặng hơn [6].

Nghiên cứu không thấy có sự liên quan có ý nghĩa giữa mức độ liệt và bên liệt. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Theo Appelros có sự liên quan có ý nghĩa giữa mức độ liệt và bên liệt ($p<0,05$). Với điểm đột quỵ NIHSS ở những bệnh nhân liệt bên trái cao hơn nhóm bệnh nhân liệt bên phải [6].

4.2. Liên quan giữa phục hồi vận động chi trên và bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự hồi phục vận động của các bệnh nhân giữa hai nhóm tuổi < 60 tuổi vả > 60 tuổi lại không có sự khác biệt, điều này có thể giải thích do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, có thể chưa đại diện hết cho các bệnh nhân sau TBMMN.

Trong nghiên cứu, nhóm bệnh nhân nam có khả năng phục hồi vận động tốt cao hơn nhóm bệnh nhân nữ với tỷ lệ 5/1. Điều này có thể phụ thuộc vào sự khác nhau về yếu tố thể chất và tâm lý giữa hai giới. Đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng trầm cảm, lo âu là yếu tố tâm lý xuất hiện nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân nữ so với nhóm bệnh nhân nam sau TBMMN.

Nghiên cứu củng chỉ ra nhóm bệnh nhân liệt tay phải có khả năng phục hồi vận động tốt hơn nhóm bệnh nhân liệt tay trái. Tổn thương bán cầu não phải và bán cầu não trái gây ra những biểu hiện lâm sàng khác nhau. Nhưng sự khác nhau về khả năng phục hồi vận động giữa liệt nửa người bên phải và liệt nửa người trái đang là vấn đề tranh cãi của nhiều tác giả.

4.3. Liên quan giữa chức năng SHHN và bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau điều trị các bệnh nhân thuộc nhóm tuổi <60 tuổi phải trợ giúp mức trung bình 66,7% cao hơn nhóm tuổi ≥ 60 với 33,3% và trợ giúp ít nhóm < 60 tuổi 40%, thấp hơn nhiều so với các bệnh nhân thuộc nhóm tuổi ≥ 60 có mức trợ giúp ít 60%. Tuy vậy sự liên quan này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Điều này được giải thích tuổi càng cao, khả năng mắc các bệnh mạn tính càng nhiều, cùng với sự lão hóa các cơ quan theo tuổi, do đó khả năng hồi phục kém so với tuổi trẻ.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân nam có nhu cầu trợ giúp cao hơn nhóm bệnh nhân nữ, trong đó nhu cầu cần mức trợ giúp trung bình là 62,5%, mức trợ giúp ít là 68,52%. Phụ nữ Việt Nam thường có tâm lý chịu đựng cao hơn nam giới, có tâm lý không muốn làm phiền người khác do đó họ có khả năng thích nghi với tình trạng bệnh tật của mình nhiều hơn, có cố gắng sử dụng chức năng bù trừ để tự mình thực hiện được các tác vụ sinh hoạt hàng ngày để giảm mức phụ thuộc vào người khác một cách tối đa.

Theo Trần Văn Tuấn (2019) nghiên cứu mối liên quan trên 171 bệnh nhân TBMMN, Tại thời điểm sau khi ra viện 3 tháng, có sự liên quan giữa hai giới và mức độ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày ($p < 0,05$) [7].

Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy kết quả nhóm bệnh nhân bị liệt bên trái có nhu cầu cần sự trợ giúp cao hơn nhóm bệnh nhân bị liệt bên phải. Điều này có thể liên quan đến giải phẫu chức năng của bán cầu não tổn thương, liệt nửa người trái đồng nghĩa với tổn thương bán cầu não phải là bán cầu ưu thế khiến bệnh nhân thường mất các chức năng định hướng, giảm trí nhớ, lãng quên nửa người bên liệt do đó khả năng học lại các động tác sinh hoạt hàng ngày gặp nhiều khó khăn.

4.4. Liên quan giữa khả năng độc lập chức năng SHHN và yếu tố nguy cơ. Chúng tôi không tìm thấy có yếu tố liên quan giữa khả năng độc lập chức năng SHHN và yếu tố nguy cơ tăng huyết áp.

Theo Kusumaningsih W và CS (2017) nghiên cứu trên 44 bệnh nhân TBMMN do nhồi máu não cũng báo cáo không thấy có mối liên quan giữa khả năng độc lập chức năng sinh hoạt với yếu tố nguy cơ tăng huyết áp [8].

Chúng tôi thấy có yếu tố liên quan giữa khả năng độc lập chức năng SHHN và yếu tố nguy cơ tăng đái tháo đường.

Theo Kusumaningsih W và CS (2017) nghiên cứu trên 44 bệnh nhân nhồi máu não cũng báo cáo có mối liên quan giữa khả năng độc lập chức năng sinh hoạt với yếu tố nguy cơ đái tháo đường có ý nghĩa với $p< 0.05$[8]

Trên bệnh nhân này gánh nặng sức khoẻ gây ra bởi TBMMN là rất đáng kể và người ta cũng nhận thấy đái tháo đường là một trong những nguyên nhân gây tăng nguy cơ đột quỵ lên 1,5 đến 3 lần[9].

Chúng tôi chưa tìm thấy sự liên quan giữa các yếu tố khác như rối loạn lipid, hẹp 2 lá, hút thuốc lá v.v. với sự độc lập trong chức năng SHHN.

V. KẾT LUẬN

- Không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ đột quỵ, về mức độ phục hồi vận động chi trên, về chức năng khéo léo bàn tay cũng như về mức độ độc lập trong SHHN giữa các nhóm tuổi, giới, bên liệt với p>0,05.

- Có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hoạt động sinh hoạt hàng ngày với yếu tố nguy cơ nhồi máu não kèm theo đái tháo đường với p< 0.05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **C. L. Sudlow và C. P. Warlow** (1997), Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological types: results from an international collaboration. International Stroke Incidence Collaboration. Stroke, (3)
2. **P. Langhorne, Alex Coupar F Fau - Pollock và A. Pollock** (2009), Motor recovery after stroke: a systematic review. Lancet Neurol, 8 (8), 741-754.
3. **J. M. Veerbeek, Erwin E. H. Kwakkel G Fau - van Wegen, Johannes C. F. van Wegen Ee Fau - Ket et al** (2011), Early prediction of outcome of activities of daily living after stroke: a systematic review. Stroke, 42 (5), 1482-1488.
4. **Priyanka Singh và Bijayeta Pradhan** (2013), Study to assess the effectiveness of modified constraint-induced movement therapy in stroke subjects: A randomized controlled trial. Annals of Indian Academy of Neurology, 16 (2), 180-184.10.4103/0972-2327.112461.
5. **H Nakayama, H S Jorgensen, H O Raaschou và TSOlsen** (1994) The influence of age on stroke outcome. The Copenhagen Stroke Study.
6. **Theo Appelros P [1] , Stegmayr B , Terént A. (**2009), Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review,
7. **Trần Văn Tuấn (**2019), Thực trạng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não và hiệu quả can thiệp sau phục hồi chức năng tại nhà ở Thành phố Thái Nguyên.
8. **W Kusumaningsih, S Rachmayanti và R A Werdhani** (2017), Relationship between risk factors and activities of daily living using modified Shah Barthel Index in stroke patients.
9. **Jaakko T, Daiva R, Pekka J, Cinzia S and Erkki V** (2006), Diabetes melitus as a risk factor for death.

TIẾN TRIỂN CỦA HỞ HAI LÁ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Đỗ Thị Vân Anh*, Phạm Thị Tuyết Nga, Nguyễn Thị Bạch Yến****

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hở van hai lá (HoHL) là biến chứng khá thường gặp ở bệnh nhân NMCT và đây là một yếu tố có ảnh hưởng xấu đến tiên lượng của bệnh nhân. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về sự thay đổi động học của HoHL của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau khi can thiệp mạch vành qua da thì đầu cũng như tìm hiểu những yếu tố liên quan đến tiến triển của HoHL trong giai đoạn cấp và mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng là 71 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định là nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, điều trị tại viện Tim mạch Việt Nam được can thiệp mạch vành qua da thành công. Bệnh nhân nghiên cứu được siêu âm tim đánh giá mức độ hở hai lá và chức năng thất trái theo dõi tại các thời điểm sau <48h sau PCI, theo dõi 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Mức độ hở hai lá nhẹ được thấy nhiều nhất tại các thời điểm sau can thiệp động mạch vành. Trong giai đoạn 1 tháng sau can thiệp, hở hai lá do thiếu máu cục bộ được cải thiện ở 4/71 bệnh nhân, xấu đi ở 8/71 bệnh nhân. Tuổi cao > 65 tuổi và chức năng tâm thu thất trái <40% là yếu tố dự báo hở hai lá vừa – nặng ngay sau can thiệp động mạch vành. Trong giai đoạn mạn tính, hở hai lá do thiếu máu cục bộ được cải thiện tốt hơn ở 7/71 bệnh nhân, xấu đi ở 5/71 bệnh nhân. Mức độ cải thiện thể tích cuối tâm trương thất trái, thể tích cuối tâm thu thất trái và chức năng tâm thu thất trái tăng dần ở nhóm có tiến triển tốt hở hai lá so với nhóm không thay đổi và nhóm tiến triển xấu. Vùng nhồi máu cơ tim sau – dưới, thời gian can thiệp sớm là những yếu tố dự báo sự tiến triển tốt hơn của hở hai lá sau can thiệp động mạch vành thì đầu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh. **Kết luận:** Sự cải thiện tốt của hở hai lá sau nhồi máu cơ tim ST chênh xuất hiện ở giai đoạn sớm sau can thiệp thì đầu không phải là yếu tố dự báo cải thiện tốt ở giai đoạn mạn tính. Tuổi cao>65, chức năng tâm thu thất trái giảm <40%, thời gian can thiệp sớm <12h và nhồi máu cơ tim vùng sau – dưới là những yếu tố dự báo cải thiện tốt của hở hai lá giai đoạn cấp và mạn tính.

Từ khóa: NMCT cấp ST chênh lên, hở van hai lá ở bệnh nhân NMCT cấp, sự cải thiện của hở hai lá.

**Bệnh viện Hữu Nghị*
***Viện Tim mạch Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Vân Anh
Email: vananhyhn@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020
Ngày duyệt bài: 8.12.2020

SUMMARY

ISCHEMIC MITRAL REGUGITATION IN PATIENT WITH FIRST-ONSET ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IMMEDIATELY AFTER PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Background: Ischemic mitral regurgitation (IMR) is a common complication in patients with MI and this is a factor that adversely affects patient prognosis. In Viet Nam, there are no studies on the changes of IMR after primary percutaneous coronary intervention (PCI) as well as investigating factors related to the progression of IMR from the early stage to the chronic stage. **Method:** Standard echocardiography was serially performed in 71 consecutive patients with first-onset acute myocardial infarction immediately after PCI at most 48 hours, followed by 1 months and 3 months. We evaluated the grade of ischemic mitral regurgitation on the basis of the percentage of Doppler jet area, left ventricular end-diastolic and end-systolic volumes, left ventricular wall motion score index (WMSI). **Results:** Mild mitral regurgitation was most commonly seen at all the time after coronary intervention. During the 1 month after PCI, ischemic mitral regurgitation improved in 4/71 patients, and worsened in 8/71 patients. Age> 65 years old and left ventricular systolic function <40% are predictors of moderate - severe mitral regurgitation immediately after PCI. In the chronic period, ischemic mitral regurgitation improved in 7/71 patients, and worsened in 5/71 patients. The degree of improvement in left ventricular end diastolic volume, left ventricular end systolic volume and left ventricular systolic function increased gradually in the group with well progressing mitral regurgitation compared with the unchanged group and the group that progressed badly. Inferior myocardial infarction area, early intervention time are factors predicting the better progression of mitral regurgitation after coronary intervention in the head in STEMI. **Conclusions:** A good improvement of mitral regurgitation after differential ST MI occurring in the early post-intervention period is not a good predictor of improvement in the chronic phase. Age> 65 years, left ventricular systolic function decreased <40%, early intervention time <12h and inferior myocardial infarction are good predictors for the improvement of acute and chronic mitral regurgitation.

Keyword: acute myocardial infarction, primary percutaneous coronary intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) là tình trạng hoại tử một vùng cơ tim, hậu quả của thiếu máu cục bộ cơ tim [1]. Chiến lược tái tưới máu sớm – can thiệp mạch vành qua da (PCI) trong nhồi máu cơ tim có ST chênh đã được chứng minh là cải thiện tỉ lệ tử vong của bệnh nhân và được khuyến cáo với mức độ 1A [1]. Thời gian tái tưới máu có tác động lớn đến mức độ hoại tử cơ tim, bảo tồn chức năng thất trái và ngăn chặn tái cấu trúc thất trái [3]. Tái cấu trúc thất trái là một nguyên nhân quan trọng làm xuất hiện hở van hai lá (HoHL) mới hoặc làm nặng thêm tình trạng HoHL sẵn có ở bệnh nhân NMCT cấp. Hiện nay chưa có nghiên cứu nào về sự thay đổi động học của HoHL của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau khi can thiệp mạch vành qua da cũng như yếu tố nào liên quan đến tiến triển của HoHL trong giai đoạn cấp và mãn tính. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài *"Tiến triển của Hở hai lá ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da"* với hai mục tiêu:

1. Khảo sát sự tiến triển của Hở hai lá ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da tại Viện tim mạch Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2019 đến tháng 08/2020.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự tiến triển của hở van hai lá ở các bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những BN vào viện được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, lần đầu được can thiệp PCI trong thời gian từ tháng 08/2019 đến hết tháng 08/2020.

❖ Tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT có S-T chênh **[1]**:

• NMCT cấp nên được sử dụng khi có tổn thương cơ tim cấp với bằng chứng lâm sàng của TTCT cấp và có sự tăng và /hoặc giảm của giá trị cTn với ít nhất một giá trị cao hơn 99th percentile URL.

• Điện tâm đồ có ST chênh lên ≥ 1mm ở ít nhất 2 chuyển đạo ngoại vi hoặc ở ít nhất 2 chuyển đạo trước tim liên tiếp trừ V2 - V3. Trường hợp ở V2 - V3 thì ST phải chênh lên ≥ 2mm ở nam giới≥ 40 tuổi; ≥2,5mm ở nam giới <40 tuổi; ≥ 1,5mm (ở nữ giới).

❖ Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nhóm nghiên cứu: Bệnh nhân NMCT cấp không có ST chênh lên, không đủ tiêu chuẩn khẳng định nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, có tiền sử NMCT cũ, đặt stent ĐMV hoặc tiền sử mổ bắc cầu nối chủ vành (CABG), có tiền sử suy tim, bệnh van tim, tim bẩm sinh trước đó, HoHL có hình ảnh siêu âm tim quá xấu, mắc các bệnh nội khoa nặng khác có nguy cơ tử vong cao vì các bệnh cấp tính khác kèm theo: ung thư giai đoạn cuối, hôn mê do đái tháo đường, HoHL cấp tính có chỉ định phẫu thuật thay VHL.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc theo thời gian. Chọn mẫu thuận tiện áp dụng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ cho đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu:

– Các bệnh nhân được hỏi tiền sử, bệnh sử, tìm hiểu các yếu tố nguy cơ, các bệnh mắc kèm, thăm khám lâm sàng kĩ lưỡng, làm các xét nghiệm cơ bản (điện tâm đồ, công thức máu, creatinine, men gan, bộ mỡ máu, điện giải đồ, Troponin-T, siêu âm tim).

– Các bệnh nhân nghiên cứu được can thiệp động mạch vành qua da được thu thập các

thông số tổn thương động mạch vành: thời gian khởi phát triệu chứng đến thời gian bệnh nhân được can thiệp, thu thập thông tin động mạch vành thủ phạm, số nhánh động mạch vành tổn thương có ý nghĩa, đánh giá dòng chảy TIMI trước và sau can thiệp ĐMV.

– Tiến hành siêu âm tim sau khi bệnh nhân được can thiệp mạch vành qua da thành công trong thời gian nằm viện 24-48h. Thu thập các thông số về siêu âm tim theo mẫu nghiên cứu.

– Theo dõi diễn biến lâm sàng và các thông số siêu âm tim của bệnh nhân nghiên cứu thời điểm 1 tháng, 3 tháng sau can thiệp mạch vành qua da.

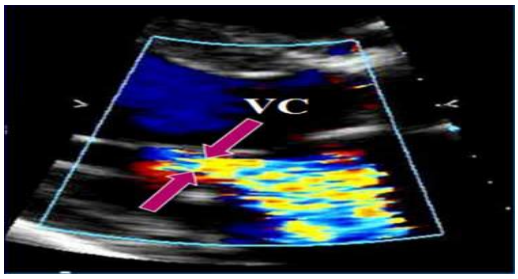
– Các thông số siêu âm tim trong nghiên cứu:

+ Các thông số đánh giá tái cấu trúc toàn bộ thất trái: Dd, Ds, Vd, Vs, phân suất tống máu thất trái EF Simpson, CSVĐV (đánh giá ở 16 vùng theo Hội siêu âm Hoa Kỳ) [4].

+ Các thông số đánh giá mức độ hở van hai lá: Đo diện tích dòng màu phụt ngược của HoHL lên nhĩ trái trong thời kỳ tâm thu bằng siêu âm Doppler màu trên mặt cắt trục dọc, 2B, 4B. Đo đường kính dòng hở van hai lá bằng Vena contracta là phần hẹp nhất của dòng HoHL ngay sau lỗ hở ở mặt cắt trục dọc cần đặt chế độ phóng đại tại chỗ, thu hẹp khung hình quạt màu, đặt độ sâu tối thiểu để tăng độ phân giải, đặt ngưỡng Nyquist ở 40-70 cm/s [3].



(A)



(B)

Hình 1. *(A) Đo diện tích dòng màu phụt ngược của HoHL lên nhĩ trái trong thì tâm thu trên mặt cắt 4 buồng từ mỏm. (B) đánh giá HoHL bằng đo độ rộng dòng hở (Vena contracta) [4]*

Xử lý thống kê số liệu nghiên cứu: Bằng phần mềm SPSS 16.0. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trong thời gian từ tháng 8/2019 đến tháng 8/2020 trên 71 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên lần đầu được can thiệp ĐMV qua da và được theo dõi dọc 3 tháng.

Bảng 1. Đặc điểm hở hai lá của đối tượng nghiên cứu

Mức độ hở hai lá n (%)	Sau can thiệp	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
Không hở	13 (18,31%)	10 (14.08%)	11 (15,48%)
Nhẹ	45 (63,38%)	47 (66.21%)	47 (66,21%)
Vừa	9 (12,68%)	10 (14.08%)	9 (12,68%)
Nặng	4 (5,63%)	4 (5.63%)	4 (5,63%)

Bảng 2. Tiến triển của HoHL sau NMCT được can thiệp ĐMV

Thông số NC	Ngay sau can thiệp $\bar{X}$ ± SD	Sau 1 tháng $\bar{X}$ ± SD	Sau 3 tháng $\bar{X}$ ± SD
Diện tích dòng hở (cm^2)	3,2±2,6	3,3±2,5	3,1±2,4
Mức thay đổi diện tích dòng hở (cm^2)		0,16±0,57	-0,06±1,1
Mức độ hở $\bar{X}$ ± SD	1,06±0,74	1,1±0,76	1,08±0,71
Tăng độ hở (%)		11,27	12,68
Giảm độ hở (%)		5,63	9,86

Nhận xét: Tỷ lệ hở hai lá nhẹ sau NMCT cao nhất tại các thời điểm can thiệp, trong đó số bệnh nhân hở nặng van hai lá không có sự thay đổi về mức độ hở sau 3 tháng nghiên cứu.

Bảng 3. Mối tương quan giữa các yếu tố nguy cơ với HoHL vừa – nặng sau can thiệp

Yếu tố	HoHL nhẹ và không hở	HoHL vừa – nặng	OR	95%CI	p
Tuổi >65	58,62 (34)	76,92 (10)	2,35	0,58-9,46	**p<0,05**
EF<40 (%)	10,34(6)	46,15 (6)	7,4	1,8-29,5	**p<0,05**
Vd≥80 (ml)	36,21(21)	76,92(10)	5,9	1,5-23,7	**p<0,05**

Nhận xét: tuổi cao >65, chức năng tâm thu thất trái thấp <40% và thể tích cuối tâm trương thất trái ≥80 ml có mối tương quan với sự xuất hiện của hở hai lá vừa – nặng sau can thiệp mạch vành.

Bảng 4. Liên quan giữa mức độ thay đổi thông số chức năng thất trái và sự tiến triển HoHL sau can thiệp

Thông số	Tiến triển hở hai lá			
	Tốt	**Xấu**	**Không thay đổi**	**p**
Sau 01 tháng				
ΔVd (ml)	-4,75±2,99*,**	6,87±5,79	2,85±16,9	**p<0,05**
ΔVs(ml)	-1,5±7,37*	4,6±6,2	0,9±11,3	p>0,05
ΔEF (%)	1,25±5,38	0,86±4,81	0.27±4,03	p>0,05
Sau 03 tháng				
ΔVd (ml)	-9.14±9.97*,**	-0.44±16.68	3,4±14,09	**p<0,05**
ΔVs (ml)	-3.0±8.23*,**	-0.22 ± 12.97	0.87±8.85	**P<0,05**
ΔEF (%)	2,71±4,61*	0,56±5,03	1,6±4,88	**p<0,05**

***p<0,05**: so sánh giữa nhóm tiến triển tốt và tiến triển xấu, **p<0,05: so sánh giữa nhóm tiến triển tốt và nhóm không thay đổi

Nhận xét: Tại thời điểm 3 tháng sau can thiệp cho thấy mối liên quan giữa sự thay đổi, thể tích cuối tâm thu và cuối tâm trương thất trái với tiến triển của hở hai lá có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tiến triển tốt của HoHL sau can thiệp

Thông số	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	OR	p	OR	p
Thời gian can thiệp <12h	5,04	0,171	11,5	**p<0,05**
NMCT sau – dưới	4,4	0,207	10	**p<0,05**

IV. BÀN LUẬN

Khảo sát sự tiến triển của hở van hai lá do thiếu máu cục bộ sau can thiệp: Sự tiến triển mức độ hở hai lá tăng lên hoặc giảm đi trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh có thể tìm thấy ngay sau thời điểm can thiệp mạch vành cho đến thời điểm theo dõi sau can thiệp sớm sau một tháng và sau ba tháng. Trong 71 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi phát hiện có 4/71 bệnh nhân có tình trạng hở van hai lá nặng sau can thiệp và không có sự cải thiện trên nhóm bệnh nhân hở hai lá nặng sau can thiệp 01 tháng và 03 tháng.

Tỷ lệ HoHL vừa trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được phát hiện sau PCI là 12,68% chiếm 9/71 bệnh nhân, sau 01 tháng có 3 bệnh nhân cải thiện tốt còn HoHL mức độ nhẹ còn 06 bệnh nhân vẫn giữ nguyên mức độ vừa. Theo dõi sau 03 tháng chỉ có 1 bệnh nhân cải thiện tốt mức độ hở hai lá còn 05 bệnh nhân vẫn giữ nguyên mức độ hở hai lá vừa. Kết quả của tác giả Shun Nishino (2016) [6]: trong 32 bệnh nhân có HoHL vừa – nặng sau can thiệp, sau 6 tháng có 20 bệnh nhân cải thiện tốt hơn thành HoHL nhẹ hoặc rất nhẹ hoặc không HoHL và có tới 12 bệnh nhân vẫn giữ nguyên mức độ hở vừa-nặng, tỷ lệ không cải thiện trong nhóm HoHL vừa sau can thiệp là 37,5%. Điều này cho thấy sự phát hiện HoHL vừa-nặng sau PCI có thể là một dấu hiệu không khả quan khi đánh giá tiên lượng sự tiến triển của HoHL sau can thiệp.

Tỷ lệ HoHL nhẹ được phát hiện sau PCI trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,38%, sau 01 tháng có 4 bệnh nhân tiến triển nặng hơn ban đầu thành HoHL vừa, 40 bệnh nhân giữ nguyên mức độ hở nhẹ và chỉ có 1 bệnh nhân tiến triển thành không HoHL. Trong 40 bệnh nhân không có thay đổi về mức độ hở nhẹ này sau 03 tháng lại có 02 bệnh nhân tiến triển nặng hơn thành HoHL vừa còn lại 38 bệnh nhân vẫn giữ nguyên mức độ hở nhẹ. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng nhất định với kết quả của tác giả Shun Nishino khi theo dõi 112 bệnh nhân có HoHL nhẹ sau PCI, sau 06 tháng theo dõi chỉ có 5/112 bệnh nhân tiến triển tồi hơn thành HoHL vừa – nặng, còn 48/112 bệnh nhân giữ nguyên mức độ HoHL nhẹ và 59/112 bệnh nhân thiện tốt hơn thành không hở hai lá [6]. Có thể thấy nhóm phát hiện HoHL nhẹ sau can thiệp mạch vành có số bệnh nhân tiến triển nặng lên thành hở hai lá vừa-nặng ít hơn rất nhiều so với số lượng giữ nguyên mức độ nhẹ và cải thiện tốt thành không còn hở hai lá.

Tỷ lệ không có HoHL sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi là 18,31% (13/71 bệnh nhân), sau 01 tháng có 4 bệnh nhân tiến triển thành hở hai lá nhẹ, 9 bệnh nhân giữ nguyên mức độ không hở và không có bệnh nhân nào tiến triển thành HoHL vừa – nặng ngay cả tại thời điểm theo dõi sau 3 tháng. Điều này cho thấy

sự phát hiện không có hở hai lá và hở hai lá nhẹ sau PCI ít có nguy cơ tiến triển nặng hơn tình trạng hở hai lá thành mức độ vừa và nặng về sau.

Một số yếu tố liên quan đến sự tiến triển của hở hai lá giai đoạn cấp và mãn tính sau can thiệp: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của nhóm hở hai lá vừa – nặng sau san thiệp mạch vành (74,8±10,8) cao hơn nhóm hở hai lá nhẹ và không hở (66,9±11,4) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Micha S. Feinberg trên 451 bệnh nhân NMCT cấp cho thấy tuổi trung bình của nhóm không HoHL sau PCI là 59±13 tuổi nhỏ hơn nhóm HoHL nhẹ: 66±12 tuổi, nhóm HoHL vừa hoặc nhiều: 69±11 tuổi với p<0,001 [6]. Chức năng tâm thu thất trái của nhóm hở hai lá vừa – nặng thấp hơn nhóm không hở và hở nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả của tác giả Sun Nishino khi nghiên cứu tại thời điểm sớm sau can thệp cũng cho thấy chức năng tâm thu thất trái nhóm hở hai lá có ý nghĩa thấp hơn so với nhóm hở hai lá không có ý nghĩa (46,6±11,7 và 55,2±12,4 với p <0,001) [5]. Điều này cho thấy tuổi cao hơn và chức năng tâm thu thất trái thấp hơn có liên quan tới mức độ hở hai lá vừa – nặng sau can thiệp mạch vành trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mức độ cải thiện thể tích cuối tâm trương, thể tích cuối tâm thu và chức năng tâm thu thất trái có xu hướng tăng dần trong nhóm cải thiện tốt mức độ hở hai lá so với nhóm không có cải thiện hở hai lá và nhóm không thay đổi mức độ hở hai lá. Mặc dù tại thời điểm 1 tháng sau can thiệp không có sự thay đổi rõ rệt giữa mức độ thay đổi của các thông số chức năng thất trái với mức độ thay đổi hở hai lá nhưng tại thời điểm 3 tháng sau can thiệp, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra mức độ thay đổi của thể tích cuối tâm trương và cuối tâm thu thất trái cùng mức thay đổi phân suất tống máu thất trái tăng hơn trong nhóm tiến triển tốt so với nhóm không thay đổi và tiến triển xấu của hở hai lá sau can thiệp mạch vành với p<0,05. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Sun Nishino (2016) với p<0,01 [5].

Kết quả của chúng tôi cho thấy nhồi máu cơ tim vùng sau dưới có liên quan đế sự tiến triển tốt hơn của hở hai lá do thiếu máu cục bộ sau PCI.Nghiên cứu của tác giả Amgad Metias khi so sánh kết quả của HoHL do thiếu máu cục bộ giữa NMCT thành trước và thành sau dưới cho thấy hở hai lá nghiêm trọng và phổ biến hơn ở NMCT thành dưới nhưng kết quả và sự tăng mức độ của HoHL ở NMCT thành trước lại xấu hơn khi theo dõi [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian tái tưới máu sớm hơn 12 giờ có liên quan đến tỷ lệ cải thiện tốt của hở hai lá so với nhóm can thiệp muộn sau 12h, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng của tác giả Sun Nishino khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy thời gian tái thông mạch máu có ảnh hưởng đến tỷ lệ cải thiện tốt sớm sau can thiệp động mạch vành với tỷ xuất chênh là 0,950, khoảng tin cậy 95%Cl (0,913-0,990), p<0,01[5]. Thời gian tái thông mạch vành càng sớm thì càng tăng cơ hội cứu sống các tế vào vùng cơ tim bị hoại tử trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh, vì thế ngăn ngừa tái cấu trúc thất trái dẫn đến khả năng cải thiện tốt hở hai lá do thiếu máu cục bộ trong giai đoạn cấp và mạn tính cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Sự tiến triển tốt và xấu của mức độ hở hai lá hiện diện trong cả giai đoạn cấp tính và giai đoạn mạn tính sau can thiệp động mạch vành. Tỷ lệ hở hai lá nhẹ gặp cao nhất tại tất cả các thời điểm theo dõi trong nghiên cứu. Tuổi cao, chức năng tâm thu thất trái thấp trên đối tượng NMCT cấp ST chênh là một trong những yếu tố liên quan đến sự tiến triển nặng hơn của hở hai lá sau can thiệp ĐMV. Mức độ cải thiện thể tích cuối tâm trương thất trái, thể tích cuối tâm thu thất trái và chức năng tâm thu thất trái tăng dần ở nhóm có tiến triển tốt hở hai lá so với nhóm không thay đổi và nhóm tiến triển xấu. Nhồi máu thành sau – dưới và thời gian can thiệp mạch vành sớm là một trong yếu tố giúp cải thiện mức độ hở van hai lá sau nhồi máu cơ tim cấp giai đoạn mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. và cộng sự. (2018)**. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). J Am Coll Cardiol, **72**(**18**), 2231–2264.
2. **Sabia P.J., Powers E.R., Ragosta M. và cộng sự. (1992).** An Association between Collateral Blood Flow and Myocardial Viability in Patients with Recent Myocardial Infarction. N Engl J Med, **327**(**26**), 1825–1831.
3. **Phạm Thị Tuyết Nga (2019).** Siêu âm tim trong bệnh lý hở van hai lá. Thực Hành Siêu Âm Tim Cơ Bản - Viện Tim Mạch Việt Nam. Nhà xuất bản y học., tr. 234-257.
4. **Ledesma-Carbayo M.J., Kybic J., Desco M. và cộng sự. (2005)**. Spatio-temporal nonrigid registration for ultrasound cardiac motion

estimation. IEEE Trans Med Imaging, **24**(**9**), 1113–1126.
5. **Nishino S., Watanabe N., Kimura T. và cộng sự. (2016).** The Course of Ischemic Mitral Regurgitation in Acute Myocardial Infarction After Primary Percutaneous Coronary Intervention: From Emergency Room to Long-Term Follow-Up. Circ Cardiovasc Imaging, **9**(**8**).
6. **Feinberg M.S., Schwammenthal E., Shlizerman L. và cộng sự. (2000).** Prognostic significance of mild mitral regurgitation by color Doppler echocardiography in acute myocardial infarction. The American Journal of Cardiology, **86**(**9**), 903–907.
7. **Mentias A., Raza M.Q., Barakat A.F. và cộng sự. (2016).** Outcomes of ischaemic mitral regurgitation in anterior versus inferior ST elevation myocardial infarction. Open Heart, **3**(**2**), e000493.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Anh Tuấn[1], Nguyễn Mạnh Khánh[2]
Hoàng Văn Dung[1], Nguyễn Ngọc Sơn[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy đầu trên xương cánh tay chiếm từ 4-5% tổng số gãy xương, tỷ lệ này tăng lên với người cao tuổi. Để có chỉ định phẫu thuật dựa vào phân loại theo Neer. Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít là phương pháp kết xương vững chắc, giúp phục hồi lại giải phẫu xương, tập phục hồi chức năng sớm. **Mục tiêu**: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay và nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu 40 bệnh nhân gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít từ tháng 1/2019 đến tháng 8/2020. Thời gian theo dõi trên 6 tháng. Đánh giá chức năng dựa trên thang điểm Neer C.S 1970 và hình ảnh XQuang sau phẫu thuật. **Kết quả:** Đánh giá chức năng dựa trên thang điểm Neer C.S: 26/40 (65%) hết đau; 14/40 (35%) đau nhẹ. 29/40 (72,5%) chức năng chi gãy phục hồi tốt; 10/40 (25%) phục hồi khá; 1/40 (2,5%) trung bình. 24/40 (60%) vận động khớp vai tốt; 15/40 (37,5%) khá; 1/40 (2,5%) trung bình. Kết quả chung: 22/40 (55%) tốt; 8/40 (20%) khá; 8/40 (20%) trung bình; 2/40 (5%) kém. Biến chứng không. Kết quả điều trị phụ thuộc vào hết di lệch của xương sau kết xương. **Kết luận:** Kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay là cố định xương vững chắc, tập vận động sớm, cải thiện chức năng khớp vai.

Từ khóa: kết hợp xương bằng nẹp vít, gãy đầu trên xương cánh tay.

SUMMARY

OUTCOME OF SURGICAL TREATMENT WITH INTERNAL FIXATION TECHNIQUE FOR FRACTURES OF PROXIMAL HUMERUS AT VIET DUC HOSPITAL

Background: Proximal humeral fractures are account for 4%-5% of all fractures and increasing in incidence. For surgical indications based on the Neer classification. Treatment with internal fixation is a method of solid bone consolidation, helping to restore bone anatomy, early rehabilitation practice. **Purpose:** Evaluate the outcome of surgical treatment with internal fixation technique for fractures of proximal humerus and commented on a number of factors related to surgical outcomes. **Material and method:** A restrospective and prospective study of 40 patient with complex proximal humerus fractures who surgical treatment with internal fixation technique between 1/2019 and 10/2020. Functional evaluation based on Neer C.S and radiological assessment by X-rays were done. **Results:** Functional evaluation based on Neer C.S: 26/40 (65%) no pain; 14/40 (35%) only slight pain. 29/40 (72,5%) Good recovery in fracture limb function; 10/40 (25%) pretty good recovery ; 1/40 (2,5%) medium. Astir of shoulder : 24/40 (60%) very good; 15/40 (37,5%) good; 1/40 (2,5%) medium. Outcomes: 22/40 (55%) very good; 8/40 (20%) good; 8/40 (20%) medium; 2/40 (5%) bad. No symtoms. The outcome of treatment depends on all bone deflection after bone resorption. **Conclusion:** Surgical treatment with internal fixation technique for fractures of proximal humerus is stabilize bones, practice early movements, improve shoulder joint function.

Keywords: Surgical treatment with internal fixation technique, complex proximal humerus fractures.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay chiếm 4-5% trong tất cả các loại gãy xương và là vị trí hay gặp nhất trong gãy xương cánh tay (45%). Được phân loại với 4 phần bởi Neer. Gãy đầu trên xương cánh tay có thể do cơ chế trực tiếp (67,7%) hoặc gián tiếp (33,3%). Gãy đầu trên xương cánh tay có khoảng 75% có thể điều trị bảo tồn, 25% còn lại là gãy phức tạp cần phẫu thuật nắn chỉnh kết hợp xương. Mục đích chính

[1]*Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên*
[2]*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Anh Tuấn
Email: phamanhtuanyktn@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 30.11.2020
Ngày duyệt bài: 7.12.2020

của phẫu thuật là phục hồi giải phẫu xương , nắn chỉnh lại diện khớp vai, tạo điều kiện phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật, có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị gãy đầu trên xương cánh tay, mỗi kỹ thuật đều có ưu nhược điểm khác nhau và được ứng dụng cho từng bệnh nhân trên lâm sàng. Tuy nhiên phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít vẫn là phương pháp thông dụng và mang lại hiệu quả cao.

Mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay và nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu thực hiện trên 40 bệnh nhân gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại khoa chấn thương chi trên và y học thể thao bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2019 đến 10/2020.

1. Đối tượng nghiên cứu:

- ***Tiêu chuẩn lựa chọn:*** Bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được điều trị phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại bệnh viện Việt Đức.

- ***Tiêu chuẩn loại trừ:*** Bệnh nhân được chẩn đoán là gãy kín đầu trên xương cánh tay và được phẫu thuật hay điều trị bằng phương án khác, Các bệnh nhân không liên lạc được hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 10/2020, tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chúng tôi tiến hành nghiên cứu 40 bệnh nhân gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít, với thời gian theo dõi trung bình là từ 6 -12 tháng có kết quả như sau:

1. Tuổi: Trung bình 44,2± 16,8 tuổi (từ 14-75 tuổi)

2. Giới: Nam: 25 (62,5%) Nữ: 15 (37,5%)

3. Tay gãy: Tay phải 23 (57,5%) Tay trái: 17 (42,5%)

Trước chấn thương các bệnh nhân có tình trạng vận động tay bình thường, không điều trị bệnh lý khớp vai bên tay gãy.

4. Nguyên nhân chấn thương: Tai nạn giao thông: 27 (67,5%), Tai nạn sinh hoạt: 12 (30%) , Tai nạn lao động: 1 (2,5%).

5. Kết quả xa:

- Mức độ đau khớp vai: Có 26/40 (65%) bệnh nhân không đau, bệnh nhân đau nhẹ là 14 (35%) bệnh nhân.

- Phục hồi vận động khớp vai: Tốt 24/40 (60%), khá 15/40 (37,5%), trung bình 1/40 (2,5%)

- Phục hồi chức năng chi gãy: Tốt 29/40 (72,5%), khá 10/40 (25%), trung bình 1/40 (2,5%)

- Phục hồi hình thể giải phẫu trên phim Xquang: Tốt 21/40 (52,5%), khá 19/40 (47,5%).

- Phân loại kết quả chung theo Neer C.S

Kết quả chung	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	22	55
Khá	8	20
Trung bình	8	20
Kém	2	5
Tổng	40	100%

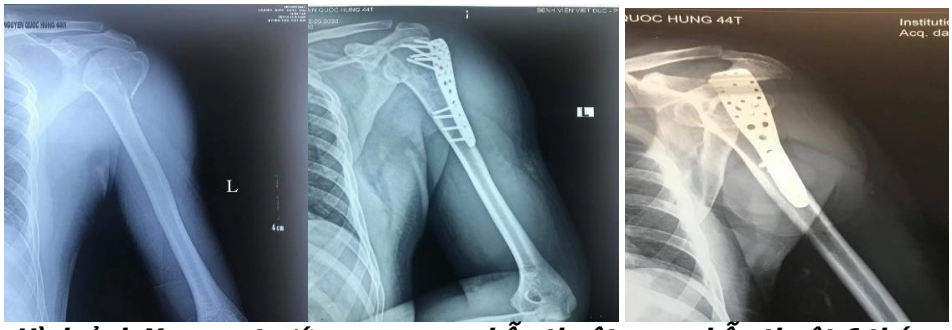
6. Biến chứng: - Không có nhiễm trùng vết mổ sau khi khám lại.

- Không có tổn thương thần kinh.

- Không có trường hợp nào hoại tử chỏm.

- Không có trường hợp nào cần can thiệp chỉnh sửa.

Bệnh nhân minh họa: Bệnh nhân Nguyễn Quốc H, 44 tuổi, được phẫu thuật kết hợp xương gãy đầu trên xương cánh tay tại khoa chi trên và Y học thể thao bệnh viện hữu nghị Việt Đức vào tháng 2/2020. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật là Tốt.



Hình ảnh Xquang trước, ngay sau phẫu thuật, sau phẫu thuật 6 tháng



Hình ảnh vận động khớp vai của bệnh nhân khám lại sau 6 tháng

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của nhôm nghiên cứu: Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân gãy đầu trên xương cánh tay được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại khoa Chấn thương chi trên và y học thể thao bệnh viện hữu nghị Việt Đức, chúng tôi thấy rằng: tuổi trung bình của các bệnh nhân gãy đầu trên xương cánh tay là tuổi, trong đó nhóm tuổi 14-39 chiếm 37,5%, nhóm tuổi 40-49 chiếm 40%, hai nhóm tuổi này chất lượng xương tốt tuy nhiên do chấn thương mạnh trực tiếp nên thường gãy rất phức tạp, nhóm trên 60 tuổi chiếm 22,5% đây là nhóm tuổi già, chất lượng xương không còn tốt nên thường dễ gãy. Nguyên nhân chủ yếu dẫn đến chấn thương là do tai nạn giao thông chiếm 67,5%, tai nạn sinh hoạt chiếm 30% và tai nạn lao động chiếm 2,5%. Chúng tôi nhận thấy rằng tỉ lệ chấn thương do tại nạn giao thông ngày căng tăng lên so với nghiên cứu của Đặng Nhật Anh là 64,71% và Đoàn Ngọc Giang Lâm chỉ chiếm 58,33%, chủ yếu gặp ở độ tuổi thanh niên và trung niên, tai nạn sinh hoạt chủ yếu gặp ở người cao tuổi có chất lượng xương kém.

2. Tình trạng đau: Đa số các tác giả cùng kết luận phẫu thuật kết hợp xương gãy đầu trên xương cánh tay gần như không đau hoặc đau nhẹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 65% bệnh nhân không đau hoặc đau thoang qua, 35% bệnh nhân đau nhẹ nhưng không ảnh hưởng đến sinh hoạt. Kết quả này là rất khả quan, góp phần lớn quyết định đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, nhất là với người già có nhu cầu vận động vừa phải, hầu hết không tham gia chơi thể thao mà chủ yếu tự tập thể dục nhẹ nhàng.

3. Phục hồi chức năng chi gãy và phục hồi chức năng khớp vai: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 72,5% bệnh nhân phục hồi chức năng chi gãy tốt, 25% phục hồi chức năng chi gãy ở mức độ khá và chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 2,5% phục hồi chức năng chi gãy ở mức độ trung bình. Về phục hồi chức năng khớp vai tỉ lệ bệnh nhân phục hồi tốt và khá chiếm 97,5% và tỉ lệ trung bình là 2,5%. Từ kết quả này cho thấy phẫu thuật kết hợp xương gãy đầu trên xương cánh tay mang lại khả năng hồi phục các chức năng của chi gãy và khớp vai tương đối tốt. Đa số các bệnh nhân đều được phục hồi chức năng sau phẫu thuật, điều này cũng góp phần làm tăng kết quả sau phẫu thuật.

4. Liên quan của loại gãy theo Neer, kết quả nắn chỉnh tới kết quả chung: Các tác giả trên thế giới đa số đều kết luận rằng loại gãy đầu trên xương cánh tay theo Neer càng phức tạp như loại IV, V thì kết quả chung kém,đối với phân loại I,II,III cho kết quả chung khả quan hơn. Các trường hợp trong quá trình phẫu thuật nắn chỉnh còn di lệch cho kết quả đánh giá sau phẫu thuật không cao, năn chỉnh hết di lệch cho kết quả chung tốt hơn vì phục hồi được tương đối giải phẫu đầu trên xương cánh tay.

V. KẾT LUẬN

Đối với các trường hợp gãy đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít cho kết quả tương đối tốt, phẫu thuật kết hợp xương là phương pháp thông dụng, mục đích chủ yếu là phục hồi giải phẫu và phục hồi chức năng khớp vai. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay kết hợp với phục hồi chức năng sau phẫu thuật giúp cho bệnh nhân giảm đau, sớm trở lại với sinh hoạt hằng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hoàng Anh.** Kết quả điều trị gãy kín cổ phẫu thuật xương cánh tay ở người cao tuổi, Tạp chí Y Dược học quân sự số 3. 2013.
2. **Đặng Nhật Anh.** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Luận văn thạc sĩ y học, 2018.
3. **Nguyễn Ngọc Sơn, Nguyễn Mạnh Khánh, Lưu Danh Huy,** Kết quả thay khớp vai bán phần điều trị gãy phức tạp đầu trên xương cánh tay tại bệnh

viện Việt Đức, Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam. 2019.
4. **Anshuman, K. and G.J.I.J.o.O. Patnaik,** A comparative study of closed reduction and fixation with percutaneous k-wires versus open reduction and internal fixation with philos plate for proximal humerus fractures in the elderly. 2018. **4**(3): p. 398-407.
5. **Südkamp, N., et al.,** Open reduction and internal fixation of proximal humeral fractures with use of the locking proximal humerus plate: results of a prospective, multicenter, observational study. 2009. **91**(6): p. 1320-1328.
6. **Murray, I., et al.,** Proximal humeral fractures: current concepts in classification, treatment and outcomes. 2011. **93**(1): p. 1-11.
7. **Steven MC anany, B.O.P.,** Treatment of proximal humeral fractures. J Bone Joint Surg Am 2014: p. 8.
8. **Walsh, S., et al.,** Biomechanical comparison of a unique locking plate versus a standard plate for internal fixation of proximal humerus fractures in a cadaveric model. 2006. **21**(10): p. 1027-1031.

KẾT QUẢ 32 BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GÓC LÁCH

Nguyễn Anh Tuấn[1], Lê Trung Hiếu[2], Lô Quang Nhật[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái cao điều trị ung thư đại tràng góc lách ngày càng được ứng dụng rộng rãi ở nhiều nơi trên thế giới cũng như ở Việt Nam, phương pháp này đã được chứng minh an toàn và hiệu quả. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả sớmcủa phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái cao điều trị ung thư đại tràng góc lách tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**nghiên cứu tiến cứu, mô tả 32 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái cao điều trị ung thư đại tràng góc lách tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 7/2017 đến tháng 6/2020. **Kết quả:** 32 bệnh nhân được phẫu thuật (nam/nữ =21/11), tuổi trung bình 54,8 ± 13,4 tuổi. Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa chiếm 68.8%. Thời gian phẫu thuật trung bình 108.3 ± 37.45 phút. Thời gian nằm viện sau mổ 8.16 ± 2.02 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái cao điều trị ung thư đại tràng góc lách là phẫu thuật an toàn, tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại tràng trái, ung thư đại tràng góc lách.

SUMMARY

RESULTS OF 32 PATIENTS UNDERWENT LAPAROSCOPIC LEFT COLECTOMY FOR TREATMENT OF SPLENIC FLEXURE COLON CANCER

Background: Laparoscopic left colectomy to treat splenic flexure colon cancer is increasingly widely used in many parts of the world as well as in Vietnam, and this method has been proven safe and effective. **Objective:** Evaluate the results soon 32 patients underwent laparoscopic left colectomy for treatment of splenic flexure colon cancer at 108 Military Central Hospital. **Subjects and research methods:** prospective research study, describing 32 cases of high left left colon laparoscopic surgery for splenectomy colon cancer at 108 Central Hospital from July 2017 to June 2020. **Result:** 32 patients underwent surgery (male / female = 21/11), average age 54.8±13.4 years. Moderate differentiated adenocarcinoma accounts for 68.8%. Average surgery time 108.3 ± 37.45 minutes. Postoperative hospital stay 8.16 ± 2.02 days. **Conclusions:** laparoscopic left colectomy for treatment of splenic flexure colon cancer is a safe surgery, with a low rate of complications and complications.

Key words: laparoscopic left colectomy, splenic flexure colon cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một bệnh lý khá phổ biến trên toàn thế giới. Theo Siegel RL và cộng sự, năm 2019 có khoảng 145.600 trường hợp mới được chẩn đoán mỗi năm tại Hoa Kỳ, trong đó 101.420 là đại tràng và phần còn lại là ung thư trực tràng. Ung thư đại tràng (UTĐT) gặp ở cả nam và nữ và gia tăng theo tuổi [6]. Ung thư đại tràng góc lách là ung thư đại tràng khi khối u nằm tại vị trí khoảng 1/3 trái của đại tràng ngang xuống dưới đại tràng góc lách khoảng 10 cm [9]. Ung thư đại tràng góc lách chiếm khoảng từ 3-8% trong ung thư đại tràng nói chung, cũng như có nguy cơ tắc ruột cao và tiên lượng xấu. Tại Việt Nam, ứng dụng PTNS điều trị ung thư đại tràng được thực hiện đầu tiên tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh vào năm 2002 [5]. Kỹ thuật này sau đó được triển khai tới nhiều bệnh viện có trang bị phương tiện PTNS. Hiện nay PTNS cắt đại tràng trái cao trong điều trị ung thư đại tràng góc lách nói riêng cũng đã và đang được áp dụng ngày càng rộng rãi [1], [4], [5]. Nghiên cứu được thực

[1]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
[2]*Trường Đại học Y dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Trung Hiếu
Email: lthieu.ydtn@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020
Ngày duyệt bài: 9.12.2020

hiện nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái cao điều trị ung thư đại tràng góc lách.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 32 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái cao tại bệnh viện trung ương quân đội 108 từ tháng 7/2017 đến tháng 6/2020.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang các trường hợp được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái cao điều trị ung thư đại tràng góc lách. Các bệnh nhân được thu thập thông tin theo mẫu nghiên cứu thống nhất.

Kỹ thuật mổ: thực hiện kỹ thuật phẫu tích từ giữa ra bên, phẫu tích cuống mạch máu trước, sau đó giải phóng đoạn đại tràng rồi đưa ra ngoài ổ bụng qua một vết mổ nhỏ khoảng 5cm. Thực hiện nối tận tận 1 lớp hoặc nối bên bên bằng SR75.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, vị trí u trong mổ, giai đoạn bệnh, thời gian phẫu thuật, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

***Tuổi và giới:** Nghiên cứu được tiến hành trên 32 bệnh nhân, 21 nam (65.5%) và 11 nữ (34.4%) với tuổi trung bình là 54,8 ± 13,4 tuổi, trog đó bệnh nhân trẻ nhất là 29 tuổi và cao tuổi nhất là 81 tuổi. Có tới 65,6% bệnh nhân ung thư đại tràng góc lách dưới 60 tuổi.

***Triệu chứng lâm sàng**

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đại tiện ra máu	17	53.16
Đau bụng	23	71.88
Rối loạn lưu thông ruột	10	31.25
Gầy sút cân	13	40.63
Mệt mỏi	30	93.75
Sờ thấy khối u	0	0.0
Buồn nôn	6	18.75
Thiếu máu	1	3.13
Bán tắc ruột	4	12.5

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là mệt mỏi và đau bụng, có đến 30 bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi chiếm 93.75%, 23 bệnh nhân có biểu hiện đau bụng chiếm 71.88%. Tiếp đến, các bệnh nhân trong nghiên cứu thường có biểu hiện đại tiện máu và gầy sút cân, chiếm lần lượt 53.16% và 40.63%. Không có bệnh nhân nào sờ thấy khối u.

***Số lượng trocar:** Tùy thuộc vào mức độ khó của phẫu thuật, kỹ năng, sở thích của phẫu thuật viên mà số lượng trocar có thể là 3, 4 hoặc 5. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số là phẫu thuật với 4 troca, chiếm tỷ lệ 78.1%.

***Vị trí u trên nội soi và trong mổ**

Bảng 3.2. Vị trí u trong phẫu thuật

Vị trí khối u	Số lượng	Tỷ lệ %
Đại tràng góc lách	18	56.3
Đại tràng ngang gần góc lách	3	9.4
Đại tràng xuống gần góc lách	11	34.4
Cộng	**32**	**100**

Nhận xét: I Vị trí u hay gặp nhất là đại tràng góc lách, gặp ở 18 trường hợp, chiếm tỉ lệ 56.3%. Ít gặp nhất là đại tràng ngang gần góc lách, chỉ gặp 3 trường hợp tương ứng với tỉ lệ 9.4%.

***Kích thước u trong mổ**

Bảng 3.3. Kích thước u khi phẫu thuật

Kích thước khối u trong mổ (cm)	Số lượng	Tỷ lệ %
< 3	5	15.6
3 - 5	21	65.6
> 5	6	18.8
Cộng	**32**	**100**

Nhận xét: Trong khi thực hiện nghiên cứu, đa số gặp các trường hợp có kích thước khối u từ 3-5cm, gồm 21 trường hợp, chiếm tỉ lệ 65.6%.

***Kết quả trong mổ:** Thời gian mổ trung bình là 108.3 ± 37.45 phút. Khi thực hiện phẫu thuật, không có trường hợp nào gặp tai biến và tử vong trong mổ.

***Giai đoạn bệnh theo TNM**

Bảng 3.4: Phân loại TNM sau mổ

Giai đoạn bệnh	TNM	Số lượng	Tỷ lệ %
I	$T_1N_0M_0$	2	6.25
	$T_2N_0M_0$	6	18.75
II	$T_3N_0M_0$	9	28.13
	$T_4N_0M_0$	12	37.5
III	$T_2N_1M_0$	0	0
	$T_3N_1M_0$	0	0
	$T_4N_1M_0$	1	3.12
	$T_4N_2M_0$	2	6.25
IV	$T_3N_1M_1$	0	0
	$T_4N_1M_1$	0	0
Tổng		**32**	**100%**

Nhận xét: Bệnh nhân ở giai đoạn T4 chiếm phần lớn, điều này cho thấy bệnh nhân đến viện khi giai đoạn đã tương đối muộn, khối u xâm lấn ra nhiều tổ chức xung quanh. Đa số các trường hợp đều chưa di căn hạch, chiếm tỉ lệ 90.6%. Không trường hợp nào phát hiện di căn xa. Hầu hết bệnh nhân được phẫu thuật ở giai đoạn II (65.63%).

***Loại tế bào và độ biệt hóa tế bào**

Bảng 3.5. Loại tế bào

Loại tế bào		Số lượng	Tỷ lệ %
Biểu mô tuyến nhầy		6	18.8
Biểu mô tuyến	Biệt hóa cao	1	3.1
	Biệt hóa vừa	22	68.8
	Kém biệt hóa	2	6.3
Các dạng khác		1	3.1
Tổng		**32**	**100**

Nhận xét: Đa số các trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, gặp ở 22 trường hợp, chiếm tỉ lệ 68.8%.

***Thời gian hồi phục sau mổ**: Thời gian hồi phục sau mổ của các bệnh nhân trong nghiên cứu đều tốt với thời gian trung tiện là 3.5±1.19 ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 7 ngày, thời gian ăn lỏng là 4.19±1.03 ngày, sớm nhất là ngày thứ 2 sau mổ và chậm nhất là ngày thứ 8 sua mổ. Thời gian vận động trung bình là 2.06±0.35 ngày, sớm nhất là ngày thứ 2 và chậm nhất là ngày thứ 4 sau mổ.

***Biến chứng sau mổ**:Đa số các bệnh nhân đều không gặp biến chứng sau mổ, chiếm tỉ lệ 90.61%, chỉ có 1 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, 1 trường hợp bán tắc ruột sau mổ được điều trị nội khoa và 1 trường hợp chảy máu sau mổ phải mổ lại.

***Ngày nằm viện sau mổ:** Ngày nằm viện trung bình: 8.16 ± 2.02 ngày

IV. BÀN LUẬN

Cho đến nay, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng nói chung cũng như phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái cao điều trị ung thư đại tràng góc lách nói riêng đã chứng minh được nhiều ưu điểm trên các khía cạnh như mất máu ít hơn, ít đau hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, ít biến chứng nhiễm trùng vết mổ hơn so với mổ mở.

Nghiên cứu được tiến hành trên 32 bệnh nhân với tuổi trung bình là 54,8 ± 13,4 tuổi, trog đó bệnh nhân trẻ nhất là 29 tuổi và cao tuổi nhất là 81 tuổi. Có tới 65,6% bệnh nhân ung thư đại tràng góc lách dưới 60 tuổi. Kết quả này thấp hơn so với tác giả Hữu Hoài Anh công bố năm 2017 (61,5 ± 11,1 tuổi) [2] và tương đương với tác giả Huỳnh Thanh Long công bố năm 2018 (tuổi trung bình là 54 tuổi) [7] và tuổi thấp hơn hẳn so với nghiên cứu của tác giả Daniela Rega công bố năm 2019 (65.8 tuổi). Điều này cho thấy ung thư đại tràng trái cũng như ung thư đại tràng góc lách đang ngày càng có xu hướng trẻ hóa, vì vậy cần có những chiến lược tầm soát ung thư nhằm phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Trong nghiên cứu, có 11 bệnh nhân nữ, chiếm tỉ lệ 34.4% và 21 bệnh nhân nam, chiếm tỉ lệ 65.6%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như công bố của các tác giả Việt Nam khác như Hữu Hoài Anh năm 2017 (52.6% nam) [2], Huỳnh Thanh Long năm 2018 (54.4% nam) [7], Đào Quang Minh năm 2019 (59.4% nam) [8] và cũng giống như tác giả Daniela Rega (58.3% nam giới). Tuy tỉ lệ giới tính mắc ung thư đại tràng trái có sự chên lệch giữa các tác giả, tuy nhiên hầu hết các tác giả đều ghi nhận tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới nhiều hơn nữ giới.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là mệt mỏi và đau bụng, có đến 30 bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi chiếm 93.75%, 23 bệnh nhân có biểu hiện đau bụng chiếm 71.88%, tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Hữu Hoài Anh năm 2017 (có 30.8% bệnh nhân mệt mỏi và 67.9% bệnh nhân đau bụng) [2] và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Đào Quang Minh năm 2019 (100% bệnh nhân đau bụng) [8]. Tiếp đến, các bệnh nhân trong nghiên cứu thường có biểu hiện đại tiện máu và gầy sút cân, chiếm lần lượt 53.16% và 40.63%, kết quả này tương đương với kết quả của Đào Quang Minh năm 2019 (triệu chứng phân nhày máu có 53.2% và gầy sút cân chiếm 46.8%) [8]. Không có bệnh nhân nào sờ thấy khối u. Nhìn chung, triệu chứng lâm sàng của ung thư đại tràng góc lách nói chung là mơ hồ, không rõ ràng, bệnh nhân chỉ tình cờ phát hiện bệnh. Chính vì vậy, những trường hợp thấy mệt mỏi và đau bụng mơ hồ nên được soi đại tràng sớm để tầm soát bệnh.

Về thời gian phẫu thuật, các tác giả đều nhận thấy rằng với bệnh nhân có u ở giai đoạn sớm và kỹ năng của phẫu thuật viên thành thạo sẽ giúp giảm thời gian phẫu thuật. Các báo cáo gần đây của các tác giả trong nước và nước ngoài thời gian mổ trung bình từ 105 đến 139 phút, như Đào Quang Minh(133.6± 21.4 phút) [8],Massimo Calini (105± 19,8 phút) [9], Nicolas A. Rotholtzt (139,9 phút). Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 108.3 ± 37.45 phút, tương đương với các tác giả khác.

Sau mổ giai đoạn II chiếm chủ yếu (12 bệnh nhân; 65.6%). Đánh giá về vị trí u, nghiên cứu gần đây của tác giả Pisani Ceretti chỉ ra u chủ yếu ở đại tràng góc lách và đại tràng ngang (n=19/23). Nghiên cứu của chúng tôi thì u chủ yếu ở góc lách (18/32 trường hợp) và đại tràng xuống gần góc lách (11/32).

Thời gian trung tiện trung bình 3.5 ± 1.19 ngày, thời gian nằm viện sau mổ trung bình 8.16 ± 2.02 ngày. Tương đương kết quả của nhóm

nghiên cứuHữu Hoài Anh (7.3 ± 2.1 ngày) [2], Đào Quang Minh (8.7 ± 2.6 ngày) [8], Massimo Calini (8,5 ngày)[9], Min Ki Kim (9 ngày). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp có biến chứng chảy máu phải mổ lại, 1 trường hợp tắc ruột sớm được điều trị nội khoa, và 1 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ lấy bệnh phẩm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái cao điều trị ung thư đại tràng góc lách là một phẫu thuật khả thi và an toàn. Biến chứng sau mổ thấp (9.38%). Khả năng hồi phục sau mổ tốt (Thời gian trung tiện 3.5 ngày), thời gian nằm viện ngắn (8.16 ± 2.02 ngày).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Mạnh An, Bùi Tuấn Anh, Phan Văn Hội và cộng sự (2011),** Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi đại trực tràng tại bệnh viện 103, Tạp chí Y Dược học Quân sự, số chuyên đề ngoại Bụng, tr 87 - 72.
2. **Hữu Hoài Anh, Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn cường Thịnh (2017),** "Kết quả 78 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng trái", Hội nghị khoa học phẫu thuật nội soi và ngoại khoa toàn quốc, tr23.
3. **Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh (2008),** "Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư: kinh nghiệm một phẫu thuật viên", Y học thành phố Hồ Chí Minh,, tập 11, tr. 11-15.
4. **Tống Văn Biên, Phạm Đức Huấn (2018),** "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái trong điều trị ung thư đại tràng trái tại bệnh viện trường Đại học Y Hà Nội", Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà nội, tr16.
5. **Phạm Như Hiệp, Lê Lộc (2006),** "Phẫu thuật nội soi trong ung thư đại - trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế", Y học Việt Nam, số đặc biệt, tr 20-28.
6. **Phạm Đức Huấn (2006),** "Ung thư đại tràng", Bệnh học ngoại khoa sau đại học, Tập 1, Nhà xuất bản y học, tr249-258.
7. **Huỳnh Thanh Long, Nguyễn Thành Nhân và cộng sự (2018),** "So sánh kết quả phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải và đại tràng trái do ung thư tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương", Tạp chí Y - dược học quân sự số chuyên đề ngoại bụng, tr51-56.
8. **Đào Quang Minh (2019),** "Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng tại bệnh viện Thanh Nhàn", Tạp chí Y học Việt Nam 475 - Tháng 2 - Số đặc biệt, tr203-209.
9. **Carlini M, Spoletini D, Castaldi F, et al. (2016),** "Laparoscopic resection of splenic flexure tumors", Updates Surg, 68 (1), pp. 77-83.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN TRÊN NHẪN

Nguyễn Minh Quỳnh[1], Lê Minh Kỳ[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân (BN) sau cắt thanh quản bán phần trên nhẫn. **Phương pháp nghiên cứu**: mô tả tiến cứu**. Địa điểm**: Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. **Đối tượng**: 31 bệnh nhân sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhẫn (7/2019-3/2020) được tái khám và đánh giá bằng hai bộ câu hỏi EORTC-C30 và EORTCH & N35 tại các thời điểm 1, 3 và 6 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả**: CLCS của BNdựa theo chỉ số đánh giá của hai bộ câu hỏi EORTC-C30 và EORTC-H&N35 bị ảnh hưởng,thấp nhất ở thời điểm 1 tháng và hồi phục ở thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.Thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật CLCS của BN bị ảnh hưởng cả về "CLCS chung", hai khía cạnh chức năng "vai trò xã hội", "hòa nhập xã hội" (điểm số tương ứng là 72,8; 73,7 và 76,6) và bốn khía cạnh triệu chứng "rối loạn giọng nói", "ho", "suy giảm tình dục" và "mất ngủ" (điểm số tương ứng là 46,3; 26,7; 33,8 và 36,3). **Kết luận:** Những thay đổi đáng kể về chất lượng cuộc sống sau khi phẫu thuật cắt bán phần thanh quản đã được xác định. Nghiên cứu này cung cấp thông tin quan trọng để cải thiện việc ra quyết định về mặt lâm sàng và bệnh nhân cũng như cung cấp thông tin về kỳ vọng cuộc sống cho những người trải qua phẫu thuật ung thư thanh quản.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống; Ung thư thanh quản; Cắt bán phần thanh quản

SUMMARY

EVALUATED LIFE QUALITY OF PATIENTS AFTER SUPRACRICOID PARTIAL LARYNGECTOMY

Objective: evaluated life quality of patients after supracricoid partial laryngectomy. **Method:** prospective and descriptive study. **Location:** National Otorhinorarynology Hospital of Vietnam. **Subject:** 31 patients after supracricoid partial laryngectomy were re- examinated and evaluated with two set questions EROTC-C30 and EORTCH&N35 at 1 month, 3 months and 6 months after surgery. **Result:** Patients' life quality on 2 set questions EROTC-C30 and EORTCH & N35 ' index show majority were effected, lowest at 1 month after surgery, and recover after 3 months and 6 months. The life quality of patients after 6 months was effected by the common life quality, the social's role and the social's intergration (with the respective

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Trường Đại học Quốc gia Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Quỳnh
Email: nguyenminhquynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 30.11.2020
Ngày duyệt bài: 9.12.2020

indexes are 72,8; 73,7 and 76,6) and 4 symtoms: voice dysfuntion, cough, reduce sexual activities and insomnia (with the respective indexs are 46,3; 26,7; 33,8; 36,3). **Conclusion:** The significant changes about Life quality after supracricoid partial laryngectomy have been defined. This study provided the nessecery informations to improve the decision in clinical and patients as well as the faith of patients with laryngeal cancer.

Keywords: Life quality, Laryngeal cancer, partial laryngectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng cuộc sống (quality of life) theo WHO là nhận thức của một cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống trong bối cảnh văn hóa và hệ thống giá trị mà họ sống liên quan đến mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ [1],[2]. Chúng ta quan tâm nhiều đến CLCS sau điều trị, đặc biệt là đối với nhóm bệnh ung thư vì các phương pháp điều trị ung thư mặc dù có thể loại bỏ khối u nhưng đều ít nhiều gây ảnh hưởng lên CLCS của BN trong thời gian sống thêm sau điều trị [3],[4]. Hiện đang thiếu các nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thanh quản (UTTQ) sau phẫu thuật cắt thanh quản do vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân sau cắt thanh quản bán phần trên nhẫn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. 31 bệnh nhân được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhẫn tại Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương (tháng 7/2019 – 3/2020)

2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Chẩn đoán xác định UTTQ được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhẫn, có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ, rõ ràng
- Đồng ý tham gia nghiên cứu
- Theo dõi và tái khám theo hẹn, trả lời đầy đủ bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân không điều trị hóa xạ trị kết hợp, sau mổ không tái phát trong thời gian theo dõi

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu

- Cỡ mẫu: 31 bệnh nhân

- Phương tiện nghiên cứu: Bệnh án mẫu; Hai bộ câu hỏi EORTC-C30 và EORTC-H&N35

2.3 Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu được sẽ được tính toán và xử lý bằng phần mềm Microsft Excel

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung

- Tất cả các bệnh nhân đều là nam giới
- Độ tuổi từ 45-71 , trung bình 59,9 ± 6,57, nhóm 50-69 chiếm >90%
- Tất cả các bệnh nhân đều ở giai đoạn T2N0M0

3.2 CLCS của BN sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhẫn

Bảng 3.1 CLCS của BN sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhẫn theo bộ câu hỏi EORTC-C30

Chỉ số	Kết quả		
	1 tháng $\bar{X}$ (SD)	3 tháng $\bar{X}$ (SD)	6 tháng $\bar{X}$ (SD)
Hoạt động thể lực	76,8	85,9	92,1
	16,5	**15,8**	**10,3**
Vai trò xã hội	54,0	66,7	73,7
	22,8	**20,5**	**16,3**
Hòa nhập xã hội	59,0	73,6	76,6
	22,8	**18,9**	**15,8**
Tâm lý – cảm xúc	78,2	88,5	96,2
	17,1	**12,6**	**10,4**
Khả năng nhận thức	82,1	93,2	95,4
	17,2	**14,6**	**12,9**
CLCS nói chung	56,2	64,7	72,8
	14,6	**13,5**	**10,5**
Mệt mỏi	29,7	17,6	12,3
	15,1	**13,2**	**11,1**
Cảm giác đau	25,2	9,0	2,6
	12,7	**15,5**	**9,1**
Mất ngủ	54,8	42,1	36,3
	23,6	**24,2**	**20,8**
Khó thở	42,3	30.1	17,8
	18,0	**22,2**	**17.1**
Khó khăn tài chính	25,7	21,6	15,7
	18,5	**20,5**	**18,6**
Nôn – buồn nôn	18,2	7,8	3,3
	14,7	**6,8**	**2,1**
Chán ăn	40,5	23,1	16,5
	25,6	**19,0**	**16,4**
Táo bón	11,2	13,2	17,4
	15,9	**14,3**	**19,4**
Tiêu chảy	8,0	6,7	5,3
	13,6	**12,1**	**17,1**

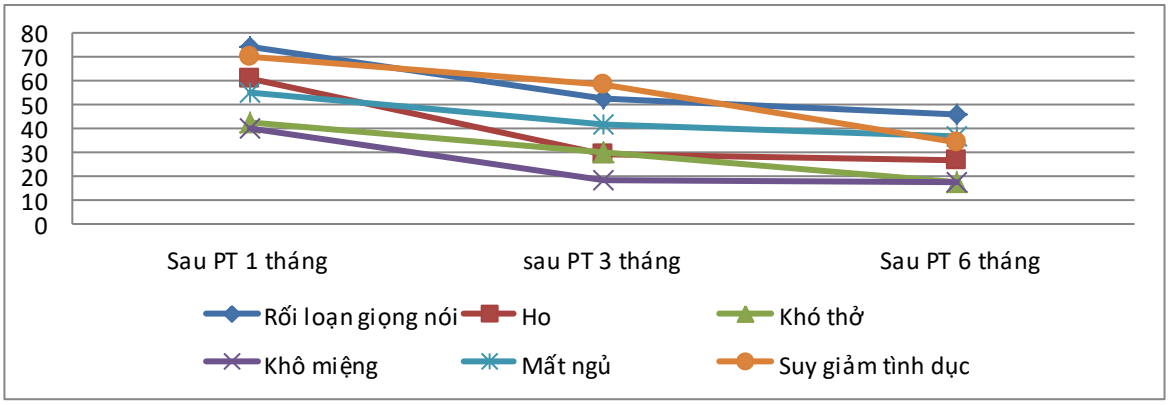
Bảng 3.8 CLCS của BN sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần theo bộ câu hỏi EORTC-H&N35

Chỉ số	Kết quả		
	1 tháng $\bar{X}$	3 tháng $\bar{X}$	6 tháng $\bar{X}$

	(SD)	(SD)	(SD)
Rối loạn giọng nói	74,5	52,3	46,3
	20,1	**14,6**	**12,1**
Rối loạn nuốt	33,2	19,2	11,7
	15,6	**14,7**	**9,2**
Khả năng ăn uống	40,2	21,2	14,7
	21,1	**12,9**	**10.3**
Giảm khứu – vị giác	18,1	8,7	6,5
	13,4	**10,8**	**8,9**
Cảm giác đau (vùng họng miệng)	30,2	15,3	7,3
	17,9	**9,2**	**8,2**
Khó há miệng	20,3	9,8	4,8
	18,4	**17,3**	**10,4**
Khô miệng	40,2	18,1	17,3
	20,5	**16,7**	**15,4**
Nước bọt quánh	25,1	16,4	13,9
	20,1	**18,5**	**10,6**
Tình trạng răng	24,0	16,1	17,3
	20,8	**19,6**	**14,5**
Ho	60,9	29,3	26,7
	30,1	**15,4**	**13,2**
Cảm giác bị ốm	32,1	17,3	8,7
	23,3	**18,3**	**9,5**
Khả năng giao tiếp	42,0	16,9	10,2
	14,8	**10,4**	**13,7**
Suy giảm tình dục	70,3	58,4	33,8
	38,0	**24,7**	**20,1**

Nhận xét: Về các triệu chứng do bệnh và / hoặc quá trình điều trị bệnh UTTQ gây ra:

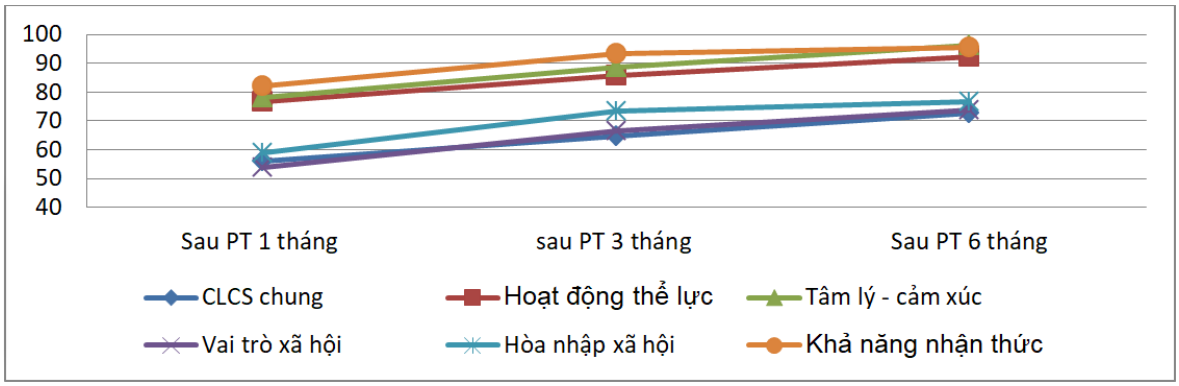
Theo các bảng 3.1 và bảng 3.2, những chỉ số kémnhất là: "rối loạn giọng nói", "ho", "khó thở" "mất ngủ" và "suy giảm tình dục". Điểm số ở những chỉ số này đều kém nhất ở thời điểm 1 tháng và cải thiện kể ởthời điểm 3 và 6 tháng sau phẫu thuật. Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, những chỉ số có điểm trung bình cao nhất là: "rối loạn giọng nói", "ho", "khô miệng", "mất ngủ" và "suy giảm tình dục".



Biểu đồ 3.1: Biến đổi một số triệu chứng chính

*Về CLCS chung và các khía cạnh chức năng:

Theo bảng 3.2, chỉ số "CLCS chung" và 4 khía cạnh chức năng "hoạtđộng thể lực", "khả năng nhận thức", "vai trò xã hội" và "hòa nhập xã hội" đều kém nhất tại thời điểm 1 tháng và cải thiện kể từ thời điểm 3 và 6 tháng sau phẫu thuật. Đến thời điểm 6 tháng "CLCS chung" và hai chỉ số "vai trò xã hội", "hòa nhập xã hội" vẫn thấp dưới 80.



Biểu đồ 3.2: Biến đổi CLCS chung và 5 khía cạnh chức năng

IV. BÀN LUẬN

Các chỉ số về CLCS của BN theo hai bộ câu hỏi EORTC-C30 và EORTC-H&N35 đều bị biến đổi, Mỗi BN sẽ được tính điểm cho từng chỉ số ở thời điểm đánh giá theo cách tính điểm được EORTC quy định. Cụ thể theo thang điểm 100, các chỉ số chức năng điểm số dưới ngưỡng 80/100, còn các chỉ số triệu chứng điểm số trên ngưỡng 20/100 bắt đầu được coi là có ảnh hưởng đến CLCS. Với chỉ số "CLCS chung" điểm càng cao tương ứng với CLCS càng tốt.

Các chỉ số triệu chứng. Nhiều chỉ số CLCS về triệu chứng của BN có điểm thấp là: "rối loạn nuốt", "khả năng ăn uống", "rối loạn giọng nói", "khả năng giao tiếp", "ho", "cảm giác bị ốm" và "suy giảm tình dục". Thấp nhất ở thời điểm 1 tháng và thiện kể ở thời điểm 3 và 6 tháng sau phẫu thuật. Trong đó, ba chỉ số "rối loạn giọng nói", "ho", "suy giảm tình dục" thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật có ảnh hưởng rõ lên CLCS của BN.

Có sự song hành giữa biến đổi chỉ số "ho" với các chỉ số "rối loạn nuốt" và "khả năng ăn uống". Điều này được giải thích do triệu chứng "ho" sau phẫu thuật cắt TQBP thường liên quan đến động tác nuốt và đến bữa ăn, BN ho nhiều sẽ làm gián đoạn động tác nuốt và làm giảm khả năng ăn uống, thời gian ăn bị kéo dài.

Bảng 4.1: So sánh các chỉ sốCLCS của nghiên cứu với các nghiên cứu khác

Các chỉ số	Braz (n = 16)	Batiolu Karaaltin (n = 36)	Bùi Thế Anh (n= 50)	Nghiên cứu này (n=31)
Hoạt động thể lực	92,1	86,1	91,5	92,1
Vai trò xã hội	95,8	87,0	73,7	73,7
Tâm lý - cảm xúc	81,8	85,2	95	96,2
Khả năng nhận thức	94,8	88,9	94	95,4
Hòa nhập xã hội	93,7	87,0	75,3	76,6
Rối loạn giọng nói	21,5	40,6	48,9	46,3
Khả năng giao tiếp	20,0	13,7	9,1	10,2
Ho	27,1	40,7	28,7	26,7
Mất ngủ	8,3	14,8	35,3	36,3
Khô miệng	14,3	27,8	18,0	17,3
Cảm giác bị ốm	4,2	14,8	9,3	8,7
Suy giảm tình dục	5,2	24,1	35,1	33,8

* Các chỉ số về mặt chức năng và "CLCS chung"

Tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật: ở các chỉ số "hoạt động thể lực", "vai trò xã hội", "hòa nhập xã hội" và chỉ số "CLCS chung" có điểm thấp <80. Các chỉ số này tăng lêntại 3 và 6 tháng sau phẫu thuậthai chỉ số "hoạt động thể lực" và "tâm lý – cảm xúc" đã trở về gần như bình thường ; tuy nhiên hai chỉ số "vai trò xã hội", "hòa nhập xã hội"và chỉ số "CLCS chung"vẫn chưa hồi phục được về mức trên 80, và vẫn gây ảnh hưởng đến CLCS của BN.

Theo bảng 4.1, các nghiên cứu của Braz và của Batioglu-Karaaltin đánh giá CLCS của BN sau phẫu thuật cắt TQBP cũng thấy các chỉ số "hoạt động thể lực", "khả năng nhận thức" và "tâm lý - cảm xúc" có giá trị tương đương kết quả nghiên cứu của chúng tôi [5], [6]. Riêng các chỉ số "vai trò xã hội" và "hòa nhập xã hội" đều đạt cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.Trong khi đó kết quả của nhóm bệnh nhân nghiên cứu trong nước của tác giả Bùi Thế Anh lại tương đương với chúng tôi [7].

Qua biểu đồ 3.1 và biểu đồ 3.2, có thể thấy sau phẫu thuật hai chỉ số "rối loạn giọng nói" và "khả năng giao tiếp" có sự biến đổi song hành với hai chỉ số "vai trò xã hội" và "hòa nhập xã hội". Tình trạng rối loạn giọng nói và suy giảm khả năng giao tiếp cản trở BN khi thực hiện các vai trò của mình trong gia đình và ngoài xã hội, do đó ảnh hưởng rõ rệt đến CLCS của BN sau cắt TQBP ở cả hai khía cạnh "vai trò xã hội" và "hòa nhập xã hội".

V. KẾT LUẬN

CLCS của BN sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trên nhẫn

- CLCS của BN đánh giá theo hai bộ câu hỏi EORTC-C30 và EORTC-H&N35 đa số các chỉ số đều bị ảnh hưởng, điểm thấp ở thời điểm 1 tháng và tăng lên thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.
- Thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật CLCS của BN bị ảnh hưởng cả về"CLCS chung", hai khía cạnh chức năng "vai trò xã hội", "hòa nhập xã hội" (với điểm số tương ứng là 72,8; 73,7 và 76,6) và bốn khía cạnh triệu chứng "rối loạn giọng nói", "ho", "suy giảm tình dục" và "mất ngủ" (với điểm số tương ứng là 46,3; 26,7; 33,8 và 36,3).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (1998).** Health promotion glossary. WorldHealth Organization, Geneva.
2. **Fallowfield L. (2009).** What is quality of life? 2nd edition, Hayward Medical Communications, Sussex.
3. **Velikova G., Coens C., Efficace F. et al (2012).** Health-related quality of life in EORTC clinical trials – 30 years of progress from methodological developments to making a real impact on oncology practice. Eur J Ca,suppl 10(1),141 -149.
4. **Fairclough D.L. (1998).** Quality of life, cancer investigation and clinical practice. Ca Investigation, 16(7),478-484.
5. **Braz D.S.A., Ribas M.M., Deivitis M.A et al (2005).** Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. Clinics, 60(2),135-142.
6. **Batioglu-Karaaltin A., Binbay Z, Yigit O. et al (2017).** Evaluation of life quality, self-confidence and sexual functions in patients with total and partial laryngectomy. Auris Nasus Larynx, 44(2),188-194.
7. **Bùi Thế Anh (2019).** "Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thanh quản trước và sau phẫu thuật". Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN PHỔI GIAI ĐOẠN IV BẰNG PHÁC ĐỒ BEVACIZUMAB/CARBOPLATIN/PACLITAXEL

Đặng Văn Mạnh*, Trần Thắng*, Phùng Thị Huyền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV, không có đột biến gen EGFR và đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Paclitaxel - Carboplatin kết hợp Bevacizumab trên bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. 62 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV, không có đột biến gen EGFR được điều trị bước 1 bằng Paclitaxel - Carboplatin kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện K từ T1/2016 đến hết tháng T4/2020. Tiêu chí chính là nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, PFS, tiêu chí phụ là đánh giá độc tính của phác đồ. **Kết quả:** Đối tượng gặp nhiều nhất ở độ tuổi ≥ 50 tuổi chiếm 83,9%, Nhóm hút thuốc kéo dài ≥ 20 năm chiếm 58,6%, tỷ lệ nam/nữ là 1,8/1. Vị trí hay gặp là u thùy trên hai phổi. Triệu chứng hay gặp là đau ngực, ho khan và khó thở. Vị trí di căn thường gặp là tràn dịch màng phổi, di căn phổi đối bên, di căn xương, di căn một vị trí chiếm 64,5%. di căn ≥2 vị trí là 35,5%. Tỷ lệ đáp ứng một phần là 24,2%, bệnh ổn định là 43,5%, bệnh tiến triển là 32,3%. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 7,0 tháng. Tác dụng phụ hay gặp nhất là rụng tóc 82,3%, hạ huyết sắc tố 62,9%, thần kinh ngoại biên 40,3%, hạ bạch cầu hạt 38,6%, đau cơ khớp 35,5%, hạ tiểu cầu 14,5%, tăng men gan 11,3%. Hầu hết tác dụng phụ ở độ I,II ít gặp độ III,IV. **Kết luận:** Điều trị Paclitaxel - Carboplatin kết hợp Bevacizumab bước 1 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV, không có đột biến EGFR mang lại tỷ lệ đáp ứng, kiểm soát bệnh cao, cải thiện PFS, các độc tính ở mức độ nhẹ nhàng có thể dung nạp được.

**Bệnh viện K*

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Mạnh

Email: dangmanh186@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020

Ngày duyệt bài: 3.12.2020

Từ khóa: ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV, phác đồ Carboplatin/Paclitaxel kết hợp Bevacizumab

SUMMARY

ASSESSMENT OF TREATMENT RESULTS OF STAGE IV ADENO CARCINOMA LUNG CANCER BY BEVACIZUMAB/ CARBOPLATIN/PACLITAXEL

Objectives: Describe clinical and laboratory features and assess treatment results of patients with stage IV adenocarcinoma lung cancer without EGFR mutations treated with paclitaxel/ carboplatin/ bevacizumab regimen. **Patients and methods:** retrospective-prospective combined, descriptive study, in 62 adenocarcinoma lung cancer patients withour EGFR mutations treated with paclitaxel/ carboplatin/ bevacizumab regimen in first line setting in the National Cancer Hospital (the K hospital) from January 2016 to April 2020. Primary study end-points included PFS and clinical and laboratory features. Secondary end-point was toxicity profile. **Results:** Patients of 50 years old or older accounted for 83.9% of the whole studied population. There were 58.6% of the patients were heavy smokers with ≥ 20 package year. The rate of male/female was 1.8/1. The most common location of the tumor was upper lobes of the lungs. The most common clinical features included chest pain, cough and dyspnea. The most common sites for metastases were the lung plural, contralateral lung and the bone. There were 64,5% and 35,5% of the patients with single and 2 or more metastases, respectively. The rate of patients achieved partial response, stable disease respectively was 35,5 % and 43,5%. There were 21,0% of the studied patients had diseases progression. The PFS median was 7.0 months. The most common toxicities included alopecia (82.3%), anemia (62.9%) peripheral neural toxicity (40.3%), neutropenia (38.6%), arthralgia (35.5%), thrombocytopenia (14.5%) and elevated liver enzymes (11.3%), hypertension(4,8). Most of the toxicities

were at grade 1 or 2. Grade 3-4 toxicities were rare. **Conclusion:** Paclitaxel/carboplatin/bevacizumab regimen in first-line treatment for adenocarcinoma stage IV lung cancers without EGFR mutations yielded high response and disease control rates, improved PFS with tolerable toxicities.

Key words: Adenocarcinoma lung cancer stage IV, Carboplatin/Paclitaxel plus Bevacizumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới, theo Globocan 2018 có khoảng hơn 2 triệu ca mới mắc, chiếm 11.6% các loại ung thư nói chung với số ca mới mắc mỗi năm khoảng 2.093.876 ca, tăng trung bình 0.5% và cũng là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở cả 2 giới, với tỷ lệ tử vong là hơn 1,7 triệu ca.[1]

UTP có 2 nhóm giải phẫu bệnh lý chính là UTP không tế bào nhỏ(UTPKTBN) chiếm khoảng 85% và UTP tế bào nhỏ(UTPTBN) chiếm khoảng 15%.[2] Khoảng 3/4 các bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ đến viện trong giai đoạn muộn, điều trị chủ yếu là các phương pháp điều trị toàn thân, điều trị triệu chứng.[3]

Hơn 10 năm qua, các bằng chứng khoa học đã nhận thấy việc sử dụng hóa trị truyền thống dường như đã đạt hiệu quả đến mức cao nhất có thể trong điều trị UTPKTBN, cụ thể thời gian sống thêm toàn bộ không vượt quá 12 tháng. Tại Bệnh viện K từ trước tới nay phác đồ lựa chọn đầu tay cho UTPKTBN, không vảy, không có đột biến gen EGFR giai đoạn tiến xa hoặc giai đoạn IV là phác đồ Taxane kết hợp nhóm platinum. Các Platinium(bao gồm các thuốc Cisplatin, Carboplatin) là những thuốc cơ bản trong các phác đồ hóa chất điều trị UTPKTBN. Theo nhiều nghiên cứu cho thấy, Carboplatin có tác dụng phụ ít hơn, không làm giảm hiệu quả điều trị về tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ sống thêm chung.[4] Trong vài năm trở lại đây, ngày càng nhiều người bệnh được tiếp cận các thuốc điều trị kháng sinh mạch (bevacizumab) kết hợp hóa trị chuẩn trong điều trị UTPKTBN giai đoạn tiến xa hoặc giai đoạn muộn và đã cho kết quả khả quan. Hiện nay theo NCCN phác đồ Carboplatin/Paclitaxel kết hợp Bevacizumab là phác đồ được ưu tiên lựa chọn cho bệnh nhân UTPKTBN, không vảy giai đoạn IV[5], không có đột biến gen. Cho đến nay, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào nghiên cứu trên nhóm ung thư biểu mô tuyến của phổi, giai đoạn muộn và không có đột biến gen EGFR. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với 2 mục tiêu sau:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV không có đột biến EGFR

2. Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Paclitaxel – Carboplatin kết hợp Bevacizumab trên bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 62 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV, không có đột biến gen EGFR được điều trị bước 1 bằng Paclitaxel - Carboplatin kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện K từ T1/2016 đến hết tháng T4/2020

***Tiêu chuẩn lựa chọn.** Được chẩn đoán xác định UTPKTBN giai đoạn IV (AJCC 2017), khẳng định bằng kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, đột biến gen EGFR, ALK, ROS-1, BRAF âm tính hoặc không biết hoặc dương tính nhưng người bệnh từ chối điều trị đích, đánh giá chỉ số toàn trạng trước điều trị (ECOG PS): 0, 1, 2. Không mắc bệnh ung thư khác, Có các tổn thương đích để có thể đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST, được điều trị tối thiểu 3 chu kỳ tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Xử lý số liệu

- Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0
- Đánh giá sống thêm bằng phương pháp Kaplan – Meier

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

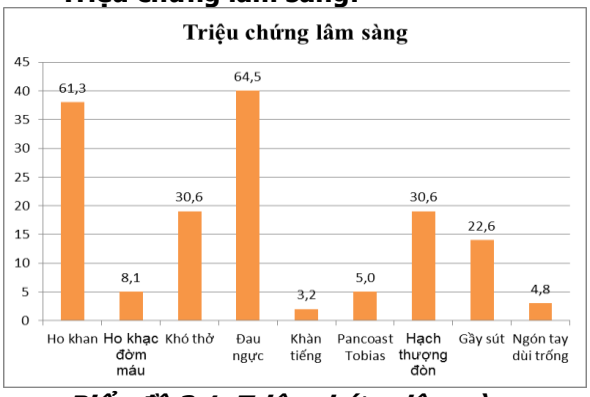
3.1. Đặc điểm bệnh nhân

- Tuổi: Chủ yếu ≥50 tuổi, 50-60 tuổi chiếm 45,2%, ≥60 tuổi là 38,7%,

≤50 tuổi chiếm 16,1%

- Giới: Nam 64,5%, nữ 35,5%.

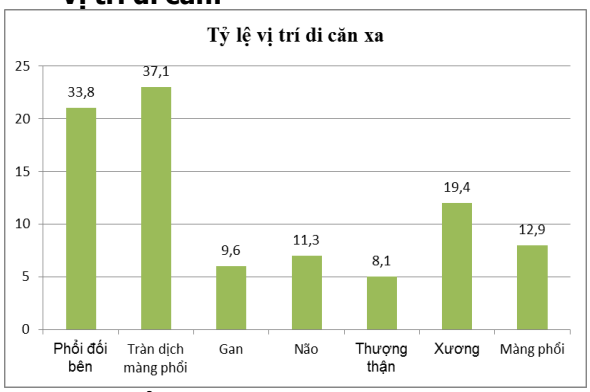
- Triệu chứng lâm sàng:



Biểu đồ 3.1. Triệu chứng lâm sàng

Nhận xét: Các triệu chứng chủ yếu là đau ngực 64,5%, ho khan 61,3%, khó thở và hạch thượng đòn là 30,6%.

- Vị trí di căn:



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ vị trí di căn

Nhận xét: Tràn dịch màng phổi 37,1%, di căn phổi đối bên chiếm 33,8%, di căn xương chiếm 19,4%, di màng phổi chiếm 12,9%, di căn não 11,3%, di căn gan 9,6%, di căn thượng thận 8,1%.

3.2.1 Đáp ứng điều trị

Bảng 3.2 Đáp ứng điều trị

Đáp ứng điều trị	Số bệnh nhân	%
Hoàn toàn	0	0
Một phần	22	35,5
Bệnh ổn định	27	43,5
Bệnh tiến triển	13	21,0

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào đạt đáp ứng hoàn toàn, có 35,5% bệnh nhân đạt được đáp ứng 1 phần, 43,5% đạt bệnh ổn định và 21,0% bệnh nhân tiến triển.

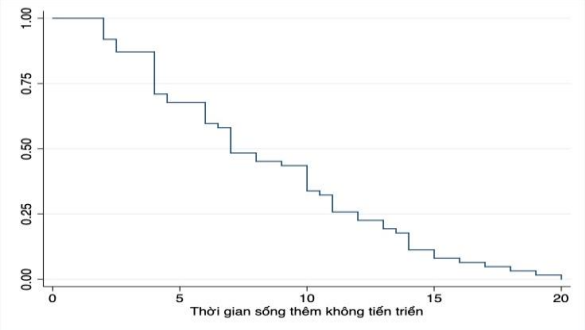
3.2.2 Đáp ứng điều trị theo từng nhóm bệnh nhân

Bảng 3.4 So sánh tỷ lệ đáp ứng theo từng nhóm bệnh nhân

	Tỷ lệ đáp ứng(%)	p
Nam	25,8	0,259
Nữ	9,7	
Hút thuốc	22,6	0,055
Không hút thuốc	12,9	
≤60 tuổi	21,0	0,068
>60 tuổi	14,5	
Di căn một vị trí	30,7	0,04
Di căn từ hai vị trí	4,8	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm đối tượng di căn một vị trí là 30,7% cao hơn nhóm di căn nhiều vị trí. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p=0,04. Tỷ lệ đáp ứng giữa các nhóm còn lại khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)



Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 7,0 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển dài nhất là 19 tháng, ngắn nhất là 2,5 tháng.

3.3.2 PFS theo từng nhóm bệnh nhân

Bảng 3.9 PFS theo từng nhóm bệnh nhân

	PFS (tháng)	p
Đáp ứng	10,0	0,001
Không đáp ứng	2,5	
Nam	7,0	0,268
Nữ	8,0	
≤60 tuổi	7,0	0,042
>60 tuổi	9,5	
PS ≤ 1	7,0	0,094
PS = 2	7,0	

Nhận xét: nhóm có đáp ứng PFS trung vị 10,0 (tháng) cao hơn so với nhóm không đáp ứng 2,5 (tháng), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p=0,001. Nhóm >60 tuổi có PFS cao hơn nhóm ≤60 tuổi, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p=0,042.

3.4 Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.5 Tác dụng không mong muốn

Chỉ số	Mức độ độc tính n(%)				
	Độ 0	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Huyết sắc tố	23(37,1)	28(45,2)	9(14,5)	2 (3,2)	0
Hạ BC TT	38 (61,4)	12(19,3)	10(16,1)	2(3,2)	0
Hạ TC	53(85,5)	9(14,5)	0	0	0
Tăng men gan	55(88,7)	5(8,1)	2(3,2)	0	0
Tăng creatinin	61(98,4)	1(1,6)	0	0	0
Tăng ure	62(100,0)	0	0	0	0
Buồn nôn	51(82,6)	11(17,4)	0	0	0
Nôn	58(93,6)	1 (1,6)	3(4,8)	0	0

Thần kinh ngoại vi	37(59,7)	7(11,3)	18(29,0)	0	0
Đau cơ/khớp	40(64,5)	22(35,5)	0	0	0
Dị ứng	57(91,9)	5(8,1)	0	0	0
Rụng tóc	11(17,7)	6(9,7)	45(72,6)		
Tăng huyết áp	59(95,2)	1(1.6)	2(3,2)		

Nhận xét: Hạ bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 38,6%, hạ huyết sắc tố là 62,9%, hạ tiểu cầu 14,5%, tăng men gan là 11,3%, rụng tóc là 82,3%, hệ thần kinh ngoại biên 40,3% , đau cơ khớp gặp 35,5%. Tăng huyết áp chiếm 4,8%. Hầu hết tác dụng phụ ở độ I-II, ít gặp độ III-IV.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên của chúng tôi độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 50-60 tuổi là 45,2% tương đồng với các nghiên cứu tác giả Lê Thu Hà (2009), và Lê Thị Huyền Sâm, Hoàng Trọng Tùng lần lượt là 48,9% và 44,8%.[6, 7]

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau tức ngực chiếm 64,5%, tiếp theo là ho khan chiếm 61,3%, khó thở chiếm 30,6%. Kết quả của chúng tôi có phần thấp hơn kết quả của tác giả Nguyễn Thanh Dương với đau ngực chiếm 87,7%, ho khan chiếm 69,9% và khó thở chiếm 41,1%[8] và tác giả Nguyễn Thắng Minh với đau ngực chiếm 80,7%, ho khan chiếm 82,1%, khó thở chiếm 23,1%[9]. Sự khác biệt này có thể do nhóm bệnh nhân của chúng tôi đến viện trong giai đoạn sớm nên tỷ lệ các triệu chứng thấp hơn.

Triệu chứng di căn hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi chiếm 37,1%, di căn phổi đối bên chiếm 33,8%, di căn xương là 19,4% và di căn não chiếm 11,3%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả của tác giả Trương Văn Sáng về di căn phổi đối bên là 69,5% và tương tự về di căn phổi đối bên chiếm 27,1%, di căn phổi xương chiếm 11,9%.

Tỷ lệ đáp ứng đạt 35,5%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 79%, đạt lợi ích lâm sàng 78,2%. Tỷ lệ đáp ứng khác nhau giữa nhóm di căn 1 vị trí là 30,7% so với nhóm di căn nhiều vị trí là 4,8% có ý nghĩa thống kê với p = 0,04. Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm người bệnh ≤60 tuổi là 21,0% và ở nhóm >60 tuổi là 14,5%. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê (p=0,068).Tỷ lệ đáp ứng ở nam cao hơn ở nữ, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê (p=0,259).Tỷ lệ đáp ứng của nhóm có hút thuốc 22,6% cao hơn nhóm không hút thuốc là 12,9% tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p=0.055. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu E4599 với tỷ lệ đáp ứng 35%, Nguyễn Thanh Dương 32,9%[8].

Trung vị PFS đạt được 7,0 tháng, PFS tại thời điểm 6 tháng đạt trên 60% và tại thời điểm 12 tháng là 25%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu E4599, PFS ở nhóm điều trị Bevacizumab kết hợp Paclitaxel-Carboplatin là 6,2 tháng, nghiên cứu SAil là 7,8 tháng, JO19907 là 6,9 tháng, còn trong nghiên cứu AVF0757 là 7.4 tháng.

Hạ bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 38,6%, hạ huyết sắc tố là 62,9%, hạ tiểu cầu 14,5%, tăng men gan là 11,3%, rụng tóc là 82,3%, hệ thần kinh ngoại biên 40,3%, đau cơ khớp gặp 35,5%, tăng huyết áp 4,8%. Hầu hết tác dụng phụ ở độ I-II, ít gặp độ III-IV. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Chính Đại, Phạm Cẩm Phương, hạ bạch cầu hạt là 35,3%, hạ huyết sắc tố là 35,3%, rụng tóc là 70,6%, thần kinh ngoại biên 41,1%, đau cơ khớp là 37,2%.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Đối tượng gặp nhiều ở độ tuổi ≥ 50 chiếm 83,9%. Đối tượng mắc tỷ lệ cao là nhóm người bệnh hút thuốc kéo dài trên 20 năm.
- Nam mắc nhiều hơn nữ tỷ lệ 1,8/1
- Vị trí hay gặp là thùy trên của phổi. Với phổi trái thùy trên chiếm 70,4 %. Với phổi phải thì thùy trên chiếm 45,7%.
- Triệu chứng giai đoạn muộn rất phong phú, chủ yếu là đau ngực, ho khan, khó thở.
- Tràn dịch màng phổi, di căn di căn phổi đối bên, di căn xương là hay gặp nhất chiếm lần lượt: 37,1%, 33,8% và 19,4%.
- Tỷ lệ di căn một vị trí là 64,5%, từ hai vị trí trở lên chiếm 35,5%

2. Kết quả điều trị và độc tính của phác đồ.

Tỷ lệ đáp ứng:

- Đáp ứng một phần đạt 35,5%; tỷ lệ kiểm soát bệnh 79%, tỷ lệ bệnh tiến triển là 21,0%
- Di căn một vị trí có tỷ lệ đáp ứng cao hơn so với di căn nhiều vị trí. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê p=0,04.

Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển: trung vị 7,0 tháng, dài nhất là 20 tháng, ngắn nhất là 2,0 tháng.

3. Tác dụng không mong muốn. Hạ bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 38,6%, hạ huyết sắc tố là 62,9%, hạ tiểu cầu 14,5%, tăng men

gan là 11,3%, rụng tóc là 82,3%, hệ thần kinh ngoại biên 40,3%, đau cơ khớp gặp 35,5%, tăng huyết áp 4,8%. Hầu hết tác dụng phụ ở độ I-II, ít gặp độ III-IV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/action/doSearch?** Contrib Author Stored=Bray%2C+Freddie. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. A cancer journal for clinicians. 2018;70(4):313-313.
2. **Tạ Văn Tờ LTTvĐTC.** Phân loại mô bệnh học ung thư phổi. Bệnh ung thư phổi Nhà xuất bản Y học. 2008;
3. **Hiếu NV.** Ung thư học. Nhà xuất bản y học, Hà Nội. 2015
4. **Ohe Y OY, Kubota K, et al.** Randomized phase III study of cisplatin plus irinotecan versus carboplatin plus paclitaxel, cisplatin plus gemcitabine, and cisplatin plus vinorelbine for advanced non-small-cell lung cancer: Four-Arm Cooperative Study in Japan. Ann Oncol 2007: 18: 317-323.
5. **guidelines N. Non** small cell lung cancer. 2018:81.
6. **Hà LT.** Đánh giá hiệu quả và độ an toàn phác độ Paclitaxel – Carboplatin trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB – IV. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2009;
7. **Tùng HT.** Đánh giá kết quả điều trị đa mô thức ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIb, IIIa tại Bệnh viện K Đại học Y Hà Nội. 2006;
8. **Dương NT.** Đánh giá hiệu quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng phác đồ Gemcitabine- Cisplatin tại Bệnh viện Phổi Trung ương,. Đại học Y Hà Nội. 2016;
9. **Minh NT.** đánh giá kết quả phác đồ paclitaxel/ carboplatin điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn xương tại Bệnh viện K. 2018.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XẠ TRỊ 3D BỆNH NHÂN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN T1-2N0M0 TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Đình Khanh[1], Ngô Thanh Tùng[2],

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xạ trị 3D bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn T1-2N0M0. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu có theo dõi trên 45 bệnh nhân UTVMH giai đoạn T1-2N0M0 được xạ trị bằng kỹ thuật 3D tại bệnh viện K. Thời gian điều trị từ năm 2014 – 2015. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 97,8%. Thời gian sống thêm toàn bộ là 76,4 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 97,8%; 5 năm toàn bộ là 95,6%. Tỷ kệ sống thêm không bệnh 3 năm là 97,8%; 5 năm không bệnh là 86,7%. **Kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng của xạ trị 3D trên bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn sớm là rất cao.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng; xạ trị 3D.

SUMMARY

TO EVALUATE THE RESULTS OF 3D RADIATION THERAPY IN PATIENTS WITH NASOPHARYNGEAL CANCER , STAGE T1-2N0M0 AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of 3D radiation therapy in patients with nasopharyngeal cancer, stage T1-2N0M0. **Subjects and Methods:** The retrospective study followed up on 45 patients with nasopharyngeal cancer stage T1-2N0M0 being treated with 3D radiotherapy at K hospital. Duration of treatment is from 2014 to 2015. **Results:** The complete response rate was 97.8%. The overall survival was 76.4 months. The 3-year overall survival rate was 97.8%; 5 years is 95.6%. The progression-free survival for 3 years, 5 years rates were 97.8%; 86.7%. **Conclusion:** The response rate of 3D radiation therapy in patients with nasopharyngeal cancer in early stage is very high.

Keywords: Nasopharyngeal cancer; 3D radiation therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở nước ta ung thư vòm họng (UTVH) là 1 trong những bệnh có tỷ lệ mắc cao, hằng năm Bệnh viện K nhận điều trị trung bình khoảng 500 - 600 trường hợp. Theo thống kê ung thư Hà Nội, UTVH là loại hay gặp nhất trong các UT vùng tai mũi họng (TMH) và đứng hàng thứ 5 trong 10 loại UT phổ biến ở Việt Nam.

Về mặt chẩn đoán bệnh, trước đây do phương tiện chẩn đoán còn thô sơ nên ung thư vòm thường phát hiện khi đã ở giai đoạn muộn, ngày nay với sự phát triển của chuyên ngành tai mũi họng, hệ thống nội soi ống cứng, ống mềm ngày càng phổ biến nên tỉ lệ bệnh nhân được phát hiện bệnh sớm ngày càng cao.

Việc điều trị UTVH ở Việt Nam nói riêng, cũng như trên thế giới nói chung vẫn chủ yếu là xạ trị. Hiện nay trên thế giới áp dụng kết hợp giữa hóa chất và xạ trị tùy tính chất và giai đoạn bệnh.

[1]Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương,
[2]BệnhViện K
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đình Khanh
Email: drphamkhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2020
Ngày duyệt bài: 4.12.2020

Một NC hồi cứu lớn ở Hồng Kông cho thấy tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 5 năm ở giai đoạn I từ 87-94%, giai đoạn II từ 74-84%.

Từ năm 1980 đến nay cùng với sự phát triển của khoa học, công nghệ thông tin, việc tính toán trường chiếu, liều xạ dần được vi tính hóa, các phương pháp xạ mới như Xạ trị 3D, Xạ trị điều biến liều (IMRT), Xạ trị điều biến cung thể tích (VMAT) lần lượt ra đời thay thế cho xạ Cobalt. Các phương pháp này đã thay đổi nhiều kết quả điều trị. Đặc biệt những bệnh nhân giai đoạn sớm, chưa có di căn hạch, xạ trị đơn thuần với máy gia tốc đem lại kết quả kiểm soát bệnh cao, hạn chế các biến chứng do xạ gây ra. Mặc dù đã có nhiều trung tâm áp dụng xạ trị kỹ thuật cao như IMRT, VMAT, nhưng do BN quá đông, trang thiết bị chưa đồng bộ, điều kiện kinh tế còn hạn chế nên đa số BN vẫn sử dụng kỹ thuật 3D.Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu nào đi sâu vào vấn đề này. Từ những thực tế nêu trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích: *"Đánh giá kết quả xạ trị 3D bệnh nhân ung thư vòm giai đoạn T1-2N0M0 tại Bệnh viện K".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm 45 bệnh nhân UTVMH giai đoạn T1-2N0M0 ở mọi lứa tuổi và cả hai giới được xạ trị 3D tại Bệnh viện K trong năm 2014 - 2015

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán bệnh dựa trên các dấu hiện lâm sàng, cận lâm sàng.Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, hóa mô miễn dịch tại U là UTBM vòm.
- Chẩn đoán ở GĐ T1-2N0M0 theo AJCC 2010
- Được chẩn đoán và điều trị lần đầu, xạ trị đơn thuần bằng máy gia tốc với kỹ thuật xạ 3D.
- Tất cả BN đều có thông tin quả kết quả thư trả lời theo mẫu hoặc gọi điện hoặc trực tiếp được khám tại khoa Xạ Bệnh viện K
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

+ Tiêu chuẩn loại trừ

- Kèm theo ung thư thứ 2
- Đã từng xạ trị các ung thư khác trước đó.
- Bệnh nhân đã được điều trị K vòm trước đó
- Bệnh nhân điều trị trước và sau thời gian nghiên cứu
- Các thể mô bệnh học khác như ung thư các tuyến, u lympho,…

Phương pháp nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu, có theo dõi

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7/2019 đến tháng 9/2020

Địa điểm nghiên cứu: Khoa xạ 1 bệnh viện K Trung ương cơ sở Tân Triều

Thu thập số liệu. Thu thập số liệu theo bệnh án mẫu

Tổng kết và xử lý số liệu

Xử lý số liệu. Xử lý, kiểm định các số liệu theo phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi và giới

	Nam		Nữ		Tổng số	
Lứa tuổi	**Số BN**	**Tỷ lệ %**	**Số BN**	**Tỷ lệ %**	**Số BN**	**Tỷ lệ %**
20 – 29	2	6,1	0	0	2	4,4
30 – 39	6	18,2	1	8,3	7	15,6
40 – 49	9	27,3	4	33,4	13	28,9
50 – 59	11	33,3	3	25	14	31,1
≥ 60	5	15,1	4	33,3	9	20
Tổng số	**33**	**100**	**12**	**100**	**45**	**100**

Nhận xét: Tuổi trung bình là 48, 5 ± 10,5. Nhỏ tuổi nhất là 23, lớn tuổi nhất là 63.Độ tuổi 40 – 59 gặp nhiều nhất ở cả 2 giới (60%).Nam gặp nhiều hơn nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 2,7/1.

Bảng 2.Thời gian phát hiện bệnh

Thời gian đến khám	Số BN	Tỷ lệ %
Dưới 1 tháng	11	24,4
Từ 1 – 3 tháng	25	**55,6**
Trên 3 tháng	9	20
Tổng	**45**	**100**

Nhận xét: Thời gian phát hiện bệnh đến khi nhập viện từ 1 – 3 tháng chiếm nhiều nhất với 55,6%. 24,4% số bệnh nhân đến viện dưới 1 tháng kể từ khi có triệu chứng.Có 20% số bệnh nhân đến viện trên 3 tháng từ khi phát hiện bệnh.

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng khi đến viện

	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau đầu	12/45	26,7
Ù tai	29/45	64,4
Chảy máu mũi	23/45	51,1
Không triệu chứng	2/45	4,4

Nhận xét: Khi đến viện, triệu chứng Ù tai gặp nhiều nhất 29/45 bệnh nhân, chiếm 64,4%. Tiếp theo là chảy máu mũi với 51,1%, không triệu chứng với hơn 4%.

Bảng 4 . Kết quả điều trị

	Số lượng	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	44	97,8
Đáp ứng một phần	1	2,2
Tổng	**45**	**100**

Nhận xét: Tính chung 100% số bệnh nhân có đáp ứng, trong đó đáp ứng hoàn toàn là 97,8%. Chỉ có 1 bệnh nhân đáp ứng không hoàn toàn chiếm 2,2%.

Bảng 5. Sống thêm toàn bộ

Sống thêm theo Kaplan-Meier	Sống thêm (Tháng)	Tỷ lệ sống thêm (%)		
		3 năm	4 năm	5 năm
Toàn bộ	76.4	97.8%	97.8%	95.6%

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ 3 năm, 5 năm lần lượt là 97,8% và 95,6%.

Bảng 6. Sống thêm không bệnh

Sống thêm không bệnh theo Kaplan-Meier	Sống thêm không bệnh (Tháng)	Tỷ lệ sống thêm không bệnh (%)			
		2 năm	3 năm	4 năm	5 năm
Toàn bộ	72.867	97.8%	95.6	88.9.7%	86.7%

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 97,8%; 5 năm là 86,7%.

IV. BÀN LUẬN

Về giới, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy UTVMH thường gặp ở nam với tỷ lệ 2,7/1, tương đương với nghiên cứu của tác giả Ngô Thanh Tùng 2,7/1[4], cao hơn so với các nghiên cứu của tác giả Bùi Quang Vinh[5] là1,97/1, đây cũng là tỷ lệ thường gặp theo các tác giả trên thế giới (2/1 – 3/1)[7]

Số bệnh nhân đến viện khám dưới 3 tháng kể từ khi có triệu chứng đầu tiên là 80%, trong đó 24,4% số bệnh nhân đến viện dưới 1 tháng kể từ khi có triệu chứng. Theo Ngô Thanh Tùng (2001), tỷ lệ bệnh nhân đến viện từ khi phát hiện triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện trước 3 tháng là 24,3%, từ 3 – 6 tháng là 31,1%[4], của Trần Thị Kim Phượng (2018) đến trước 3 tháng đầu là 56,5%[1]

Triệu chứng cơ năng đầu tiên có thể gặp ở các BN UTVMH là ù tai, chảy máu mũi, ngạt tắc mũi. Phần lớn UTVMH phát triển ở vùng hố Russenmuller, khi u lớn lên sẽ chèn ép vào vòi Eutachi nên các triệu chứng ở giai đoạn sớm thường là các triệu chứng của tai như ù tai, viêm tai ứ dịch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng của tai chiếm tỉ lệ cao nhất với 64,4%, tiếp đến là chảy máu mũi với 51,1%, của Trần Thị Kim Phượng[1], triệu chứng ù tai là 54,8%, của Phạm Tiến Chung, ù tai là 57,7%[3].

Kết quả nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều thực hiện đủ liều xạ (70Gy vào u). Liều xạ này thực hiện theo hướng dẫn chuẩn cho UTVMH của các trung tâm trên thế giới. Theo các nghiên cứu trên UTVMH giai đoạn sớm, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đều rất cao, Chen (2011) là 99,1%[5], Xu (2015) là 95,3%[6]; Trần Thị Kim Phượng là 96,8%[1]. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trong NC của chúng tôi là 97,8%; có 1 bệnh nhân đáp ứng 1 phần. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của chúng tôi cao là do giai đoạn nghiên cứu của chúng tôi sớm, khi giai đoạn u còn khu trú tại vòm.

Thời gian sống them. Trong số 45 BN nghiên cứu, có 1 bệnh nhân không đạt đáp ứng hoàn toàn, có chỉ định điều trị hóa chất bổ trợ. Với thời gian theo dõi trung bình 68,6 ± 9,5 tháng, ngắn nhất là 29 tháng, dài nhất là 78 tháng, đến thời điểm dừng nghiên cứu chúng tôi có 43/45 bệnh nhân còn sống, 2 bệnh nhân tử vong. Trong số 2 bệnh nhân tử vong có 1 bệnh nhân tử vong do các biến chứng của xạ trị, 1 bệnh nhân tử vong do tai nạn sinh hoạt. Với thời gian theo dõi từ 29 đến 78 tháng, chúng tôi thu được kết quả: thời gian sống thêm trung bình là 76,4 tháng; tỷ lệ sống thêm 3 năm là 97,8%, 5 năm là 95,6%; sống thêm không bệnh 3 năm là 97,8%, 5 năm là 86,7%.

V. KẾT LUẬN

UTVMH gặp ở cả hai giới, tỷ lệ nam/nữ là 2,7/1. Lứa tuổi hay gặp là 40 – 59 tuổi. Lý do chính đưa bệnh nhân đến khám bệnh là ù tai chiếm 64,4%. Thời gian đến nhập viện tập trung hiều nhất từ 1 đến 3 tháng, chiếm 55,6%.

Tất cả các bệnh nhân đều được xạ đủ liều (70Gy). Sau điều trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 97,8%, đáp ứng một phần là 2,2%. Sống thêm toàn bộ 3 năm là 97,8%; 5 năm là 95,6%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 97,8%; 5 năm là 86,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Kim Phương (2018).** Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời trong ung thư vòm mũi họng giai đoạn II tại bệnh viện K. Luận án Tiến sĩ Y học chuyên ngành ung thư.
2. **Bùi Vinh Quang. (2012).** Nghiên cứu điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn III, IV (M0) bằng

hóa xạ trị gia tốc 3 chiều (3D) theo hình dạng khối u, Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Phạm Tiến Chung,** "Nghiên cứu phác đồ hóa xạ trị đồng thời có hóa trị trước cho ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn hạch N2,3M0 tại Bệnh viện K", Luận án Tiến sỹ Y học 2017. Trường Đại học Y HN.
4. **Ngô Thanh Tùng (2001):** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả xạ trị ung thư biểu mô vòm họng tại bệnh viện K giai đoạn 1993 – 1995. Luận văn thạc sĩ y học.
5. **Chen Q.Y., Wen Y.F., Guo L., et al. (2011).** Concurrent chemoradiotherapy vs radiotherapy alone in stage II nasopharyngeal carcinoma: phase III randomized trial. J Natl Cancer Inst, 103 (23), 1761- 1770.
6. **Xu T., Shen C., Zhu G., et al. (2015).** Omission of Chemotherapy in Early Stage Nasopharyngeal Carcinoma Treated with IMRT: A Paired Cohort Study. Medicine (Baltimore), 94 (39), e1457.
7. **Su S.F., Han F., Zhao C., et al. (2012).** Long-term outcomes of early-stage nasopharyngeal carcinoma patients treated with intensity-modulated radiotherapy alone. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 82 (1), 327-333.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH BẰNG THANG ĐIỂM VAS

Nguyễn Như Đua*, Lương Thi Minh Hương, Trương Việt Dũng****

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT) là một trong những bệnh lý mạn tính phổ biến nhất. Bệnh gây ra các triệu chứng lâm sàng chính như ngạt tắc mũi, chảy mũi, đau đầu hoặc rối loạn khứu giác. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng VMXMT của rửa mũi hỗ trợ trong điều trị bệnh bằng thang điểm Visual Analogue Scale (VAS). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng ngẫu nhiên có đối chứng gồm 236 công nhân chẩn đoán VMXMT được lựa chọn - Tại Công ty than Nam Mẫu Uông Bí Quảng Ninh. **Kết quả và bàn luận:** Sau can thiệp triệu chứng ngạt mũi mức độ nhẹ nhóm chứng (32,20%) nhóm can thiệp (83,05%) khác biệt p<0,001; Chảy mũi mức độ vừa nhóm chứng (55,93%) nhóm can thiệp (7,63%) khác biệt p<0,001; Điểm trung bình VAS sau can thiệp 3 tháng, 6 tháng giữa hai nhóm khác biệt với p<0,01, p<0,001. **Kết luận:** Mức điểm triệu chứng VMXMT của nhóm can thiệp giảm rõ rệt so với nhóm chứng sau can thiệp rửa mũi hỗ trợ điều trị giúp giảm nhẹ bệnh và cải thiện chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

EVALUATE THE INTERVENTION RESULTS OF CLINICAL SYMPTOM IMPROVEMENT ON PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS BY VAS SCORE LEVEL

Background: Chronic rhinosinusitis (CRS) is one of the most common chronic diseases that causes symptoms such as nasal obstruction, rhinorrhea, headache and smell dysfunction. **Objective:** Evaluate the results of clinical symptom improvement of CRS with supportive nasal in disease treatment by Visual Analogue Scale (VAS). **Materials and methods:** randomized control community intervention study including 236 workers that were diagnosed with CRS selected At the Nam Mau Coal Company Uong Bi Quang Ninh. **Results and discussions:** After the intervention, mild congestion in the control group (32.20%) in the intervention group (83.05%) p <0,001; Moderate rhinorrhea in the control group (55.93%) in the intervention group (7.63%) difference was with p <0.001; The VAS mean score after the 3-month and 6-month intervention in the two groups was different with p <0,01, p <0,001. **Conclusions:** The symptomatic score level of CRS of the intervention group decreased much more significantly than the control group after the supportive nasal irrigation intervention to make the disease to reduce the and improve the quality of life.

Key words: Chronic rhinosinusitis, nasal irrigation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT) là một trong những bệnh lý mạn tính phổ biến nhất. Bệnh gây ảnh hưởng đến khoảng 15% dân số của các nước Châu Âu. Bệnh gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, thậm chí có thể so sánh với một số bệnh mạn tính như tiểu đường và suy tim sung huyết [1],[2].

VMXMT là quá trình viêm mạn tính niêm mạc đường hô hấp của mũi và xoang. Bệnh biểu hiện bởi các triệu chứng của mũi và xoang như ngạt mũi, chảy mũi, đau đầu, giảm khứu giác từ mức độ nhẹ đến nặng [3].

Trong ngành công nghiệp khai thác than người lao động phải tiếp xúc với yếu tố nguy cơ tình trạng ô nhiễm không khí nặng do bụi và các yếu tố độc hại khác tác động đến niêm mạc

**Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN*
***Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Đua
Email: nhuduanguyen@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 30.11.2020
Ngày duyệt bài: 11.12.2020

đường hô hấp [4], đặc biệt mũi xoang là cơ quan bị ảnh hưởng trước tiên. Để cải thiện triệu chứng lâm sàng giúp giảm nhẹ bệnh VMXMT, vì vậy đề tài được thực hiện với mục tiêu sau: "Đánh giá kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng VMXMT của rửa mũi hỗ trợ trong điều trị bệnh bằng thang điểm VAS" .

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Công nhân làm việc trong dây chuyền sản xuất khai thác than ≥ một năm. Không thay đổi công việc trong quá trình nghiên cứu. Gồm 448 công nhân được chẩn đoán VMXMT. Được hướng dẫn các bước rửa mũi cụ thể, được rửa mũi sau ca làm việc liên tục trong 6 tháng. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: không đảm bảo các tiêu chuẩn trên.

- Giai đoạn nghiên cứu từ năm 2015 đến năm 2017

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu cân thiệp cộng đồng ngẫu nhiên có đối chứng

- Cỡ mẫu nghiên cứu: nhóm chứng và nhóm can thiệp bằng nhau được tính theo công thức:

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2}\sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1)+P_2(1-P_2)}\right)^2}{\left(P_1-P_2\right)^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu ước lượng ($n_1 = n_2$)

α = 0,05 tương ứng mức độ tin cậy 95%.

β: Lực của test, 1- β = 0,95

p_1: Tỷ lệ khỏi VMXMT sau can thiệp bằng điều trị ước lượng = 0,05.

p_2: Tỷ lệ khỏi VMXMT sau can thiệp đơn điều trị kết hợp rửa mũi = 0,30.

Tính được n = 80, Để tăng thêm độ tin cậy chọn cỡ mẫu tăng thêm 1,5 lần, thực tế quá trình nghiên cứu n = 118 bệnh nhân.

2.3 Các tham số nghiên cứu. Bảng câu hỏi gồm 4 triệu chứng lâm sàng chính của VMXMT: Ngạt mũi, chảy mũi, đau nhức đầu, mất ngửi. Được đánh giá theo thang điểm từ mức nhẹ nhất của triệu chứng tương đương 0 điểm đến mức nặng nhất tương đương 10 điểm.

2.3 Phân tích số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 và các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả can thiệp của triệu chứng ngạt tắc mũi theo thang điểm VAS

Bảng 1: Phân tích kết quả ngạt tắc mũi sau can thiệp theo thang điểm VAS

Mức độ ngạt tắc mũi	Nhóm chứng (n=118)		Nhóm can thiệp (n=118)		P
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Mức độ nhẹ (0-3)	38	32,20(1)	98	83,05(2)	$p_{1,2}$<0,001 $p_{3,4}$<0,001 $p_{5,6}$<0,05
Mức độ trung bình (>3-7)	71	60,17(3)	18	15,25(4)	
Mức độ nặng (>7-10)	9	7,63(5)	2	1,70(6)	
Tổng	118	100,00	118	100,00	

Nhận xét: Triệu chứng ngạt mũi mức độ nhẹ và vừa sau can thiệp của hai nhóm chứng và nhóm can thiệp đều khác biệt với p<0,001, ngạt mũi nặng sau can thiệp khác biệt với p<0,05.

3.2. Kết quả can thiệp của triệu chứng chảy mũi theo thang điểm VAS

Bảng 2: Phân tích kết quả chảy mũi sau can thiệp theo thang điểm VAS

Mức độ chảy mũi	Nhóm chứng (n=118)		Nhóm can thiệp (n=118)		P
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Mức độ nhẹ (0-3)	48	40,68(1)	108	91,52(2)	$p_{1,2}$<0,001 $p_{3,4}$<0,001 $p_{5,6}$>0,05
Mức độ trung bình (>3-7)	66	55,93(3)	9	7,63(4)	
Mức độ nặng (>7-10)	4	3,39(5)	1	0,85(6)	
Tổng	**118**	**100,00**	**118**	**100,00**	

Nhận xét: Triệu chứng chảy mũi mức độ nhẹ và vừa sau can thiệp của hai nhóm chứng và nhóm can thiệp đều khác biệt với p<0,001, chảy mũi nặng sau can thiệp khác biệt với p>0,05.

3.3. Kết quả can thiệp của triệu chứng đau nhức đầu theo thang điểm VAS

Bảng 3: Phân tích kết quả đau nhức đầu sau can thiệp theo thang điểm VAS

Mức độ đau nhức vùng đầu mặt	Nhóm chứng (n=118)		Nhóm can thiệp(n=118)		P
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Mức độ nhẹ (0-3)	46	38,98(1)	109	92,37(2)	$p_{1,2}$<0,001 $p_{3,4}$<0,001 $p_{5,6}$>0,05
Mức độ trung bình (>3-7)	65	55,09(3)	7	5,93(4)	
Mức độ nặng (>7-10)	7	5,93(5)	2	1,70(6)	
Tổng	**118**	**100,00**	**118**	**100,00**	

Nhận xét: Triệu chứng đau nhức đầu mức độ nhẹ và vừa sau can thiệp của hai nhóm chứng và nhóm can thiệp đều khác biệt với p<0,001, đau nhức đầu nặng sau can thiệp khác biệt với p>0,05.

3.4. Kết quả can thiệp của triệu chứng mất ngửi theo thang điểm VAS

Bảng 4: Phân tích kết quả mất ngửi sau can thiệp theo thang điểm VAS

Mức độ mất ngửi	Nhóm chứng (n=118)		Nhóm can thiệp (n=118)		P
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Mức độ nhẹ (0-3)	77	65,25(1)	101	85,59(2)	$p_{1,2}$<0,001 $p_{3,4}$<0,001 $p_{5,6}$>0,05
Mức độ trung bình (>3-7)	36	30,51(3)	14	11,87(4)	
Mức độ nặng (>7-10)	5	4,24(5)	3	2,54(6)	
Tổng	**118**	**100,00**	**118**	**100,00**	

Nhận xét: Triệu chứng mất ngửi mức độ nhẹ và vừa sau can thiệp của hai nhóm chứng và nhóm can thiệp đều khác biệt với p<0,001, mất ngửi nặng sau can thiệp khác biệt với p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả can thiệp trên triệu chứng ngạt mũi: Ngạt mũi sau can thiệp mức độ nhẹ (0-3 điểm) của nhóm chứng chiếm tỷ lệ 32,20%(1) nhóm can thiệp chiếm tỷ lệ 83,05%(2) sự khác biệt có ý nghĩa với $p_{1,2}$<0,001. Mức độ trung bình (>3-7 điểm) của nhóm chứng là 60,17%(3) nhóm can thiệp là 15,25%(4) khác biệt có ý nghĩa với $p_{3,4}$<0,001. Mức độ nặng (>7-10 điểm) của nhóm chứng 7,63%(5) nhóm can thiệp là 1,70%(6) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p_{5,6}$<0,05. Cho thấy hiệu quả sau can thiệp của hai nhóm có sự khác biệt ở cả ba mức độ ngạt mũi với mức giảm điểm ở cả ba mức độ ngạt mũi trong đó triệu chứng nhẹ và trung bình cải thiện nhiều hơn triệu chứng nặng.

4.2. Hiệu quả can thiệp trên triệu chứng chảy mũi: Triệu chứng chảy mũi sau can thiệp mức độ nhẹ của nhóm chứng chiếm 40,68%(1) nhóm can thiệp là 91,52%(2) khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p_{1,2}$<0,001. Mức độ trung bình nhóm chứng chiếm 55,93%(3) nhóm can thiệp chiếm 7,63%(4) khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa với $p_{3,4}$<0,001. Mức độ nặng nhóm chứng 3,29%(5), nhóm can thiệp 0,85%(6) hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p_{5,6}$>0,05. Nhóm can thiệp chảy mũi nhẹ và vừa cải thiện rất tốt nhưng chảy mũi nặng không có sự khác điều này có thể đòi hỏi thời gian can thiệp dài hơn hoặc triệu chứng VMXMT nặng hơn nên cải thiện triệu chứng cũng chậm hơn.

4.3. Hiệu quả can thiệp trên triệu chứng đau nhức đầu: Theo thang điểm VAS hiệu quả sau can thiệp của nhóm chứng và nhóm can thiệp với mức độ nhẹ của nhóm chứng chiếm 38,98%(1) nhóm can thiệp chiếm 92,37%(2) khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p_{1,2}$<0,001, mức độ vừa của nhóm chứng tỷ lệ là 55,09%(3) nhóm can thiệp 5,93%(4) khác biệt có nghĩa với $p_{3,4}$<0,001, mức độ nặng của nhóm chứng 5,93%(5) nhóm can thiệp 1,70%(6) giữa hai nhóm không có sự khác biệt với $p_{5,6}$>0,05. Triệu chứng đau nhức đầu là triệu chứng chủ quan, đau nhức đầu mặt ngoài nguyên nhân viêm mũi xoang còn do một số bệnh lý do răng, thần kinh, tim mạch tuy nhiên sau can thiệp thấy mức độ đau nhức nhẹ và vừa cải thiện rõ rệt ở nhóm can thiệp.

4.4. Hiệu quả can thiệp trên triệu chứng mất ngửi: Đánh giá can thiệp mất ngửi theo thang điểm VAS sau can thiệp thấy mức độ nhẹ của nhóm chứng chiếm 65,25%(1) nhóm can thiệp chiếm 85,59%(2) hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p_{1,2}$<0,001, mức độ vừa của nhóm chứng là 30,51%(3) nhóm can thiệp là 11,87%(4) khác biệt có ý nghĩa với $p_{3,4}$<0,001, mức độ nặng của nhóm chứng chiếm tỷ lệ 4,24%(5) của nhóm can thiệp tỷ lệ 2,54%(6) khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p_{5,6}$>0,05. Tương tự như triệu chứng đau nhức đầu triệu chứng mất ngửi là triệu chứng chủ quan nên để đánh giá một cách chính xác rất khó, so với nghiên cứu của Soler ZM và Mace J, Lupoi D và Sarafoleanu C [5],[6] đều có sự khác biệt điểm VAS trước và sau can thiệp của triệu chứng mất ngửi với p<0,01 và p <0,05. Cũng qua đánh giá trên cho thấy mức độ nặng của các triệu chứng có thể phải cần thời gian can thiệp dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Mức điểm triệu chứng lâm sàng VMXMT theo thang điểm VAS giảm rõ rệt ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau thời gian can thiệp. Rửa mũi sau ca làm việc rất có ý nghĩa giúp loại bỏ các yếu tố nguy cơ bụi, hơi khí độc trên bề mặt niêm mạc mũi xoang các dịch tiết ứ đọng trong hốc mũi giúp cải thiện các triệu chứng, làm giảm nhẹ bệnh VMXMT đồng thời nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benninger MS, Khalid AN, Benninger RM et al

(2010). Surgery for chronic rhinosinusitis may improve sleep and sexual function. The Laryngoscope, Volume 120:1696-1700.
2. **Gliklich RE, Metson R.** The health impact of chronic sinusitis in patients seeking otolaryngologic care. Otolaryngol Head Neck Surg 1995;113:104-9.
3. **Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F et al. EPOS 2012:** European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. Rhinology 2012;50: 1–12.
4. **Phạm Văn Tố (2001).** Nghiên cứu môi trường lao động và tình trạng bệnh lý phổi-phế quản của công nhân khai thác than ở công ty Đông Bắc-Quảng Ninh, Luận văn Thạc sĩ Y học. Học viện Quân Y.
5. **Soler ZM, Mace J, Smith TL (2008).** Symptom-based presentation of chronic rhinosinusitis and symptom-specific outcomes after endoscopic sinus surgery. American Journal of Rhinology. Vol 22: 297-301.
6. **Lupoi D, Sarafoleanu C (2012).** SNOT-20 and VAS questionnaires in establishing the success of different surgical approaches in chronic rhinosinusitis. Romanian Journal of Rhinology, Vol. 2: 203-208.

PHÂN LẬP EXOSOME TỪ TẾ BÀO TUA BIỆT HÓA TỪ TẾ BÀO MONO MÁU DÂY RỐN CẢM ỨNG VỚI INTERFERON-α

Thân Thị Trang Uyên[2], Tô Thanh Thúy[1], Phạm Thị Cường[1], Hoàng Hương Diễm[1,2], Bùi Thị Hồng Huế[2], Hoàng Thị Mỹ Nhung[1,2]

TÓM TẮT

Tế bào tua (dendritic cells – DC), hay còn gọi là tế bào đuôi gai, thuộc nhóm tế bào trình diện kháng nguyên. Tế bào tua biệt hóa từ tế bào đơn nhân máu ngoại vi đang được tập trung nghiên cứu trong những năm gần đây để sử dụng trong vắc xin chống ung thư. Bên cạnh đó, các thể tiết exosome từ DC cũng được chứng minh là có hoạt tính tương tự các tế bào đó, đồng thời khắc phục được một số hạn chế trong việc sử dụng tế bào. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá khả năng tạo DC từ tế bào mono máy dây rốn bằng cách sử dụng phối hợp GM-CSF và interferon (IFN)-α, và khả năng thu nhận các thể tiết exosome từ môi trường nuôi cấy các tế bào DC này. Kết quả cho thấy hơn 80% các tế bào sau cảm ứng biệt hóa đã biểu hiện hình dạng cũng như các dấu ấn đặc trưng của DC. Các thể tiết từ môi trường nuôi cấy tế bào DC có hình cốc điển hình, và biểu hiện các dấu ấn miễn dịch của các exosome. Nghiên cứu đã bước đầu chứng minh khả năng thu nhận được tế bào tua từ các tế bào đơn nhân máu dây rốn khi cảm ứng bằng IFN-α và các thể tiết exosome từ các tế bào này.

Từ khóa: Tế bào tua (tế bào đuôi gai), máu dây rốn, tế bào mono, exosome, IFN- α

SUMMARY

EXOSOME ISOLATION FROM CORD BLOOD-DERIVED, INTERFERON- α-STIMULATED DENDRITIC CELLS

Dendritic cells (DC) are presenting antigen cells. DC differentiated from peripheral blood mononuclear cells are being focused on in recent years for the use in anti-cancer vaccines. In addition, DC-derived exosomes have also been shown to have similar activity to their parental cells, and at the same time, overcome some limitations in cell use. In this study, we evaluated the ability to generate DC from umbilical cord monocyte using a combination of GM-CSF and interferon (IFN) -α, and the ability to isolate exosomes from DC conditioned medium. Results showed that more than 80% of differentiated cells have the morphology and surface markers of DC. Extravesiculars isolated from DC culture medium have typical cup shapes and express immune markers of exosomes and DC. This preliminary study has demonstrated the probability to obtain dendritic cells from umbilical cord blood mononuclear cells induced by IFN-a and exosomes secreted from these cells.

Key words: dendritic cell, cord blood, monocyte, exosome, IFN-α

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tế bào tua hay đuôi gai (Dendritic cell – DC) là tế bào chuyên trình diện kháng nguyên của hệ thống miễn dịch trong đáp ứng miễn dịch thích ứng và gây ra đáp ứng miễn dịch của các tế bào T. Để thực hiện chức năng này, tế bào đuôi gai có khả năng bắt giữ, chế biến và trình diện kháng nguyên lạ trên bề mặt của chúng cùng với các phân tử đồng kích thích. Bên cạnh đó, DC đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì chức năng của tế bào lympho B và khả năng đáp ứng nhớ cũng như tạo ra sự dung nạp miễn dịch [2]. Nhờ khả năng thu thập kháng nguyên, di chuyển đến các hạch bạch huyết, trình diện kháng nguyên cho tế bào T, gây ra phản ứng miễn dịch liên quan đến tế bào T^{CD+},T^{CD8+}, cùng khả năng

[1]Trường Đại học Khoa học Tự nhiên, Đại học Quốc gia Hà Nội,
[2]Viện nghiên cứu Tế bào gốc và Công nghệ gen Vinmec, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Mỹ Nhung
Email: hoangthimynhungg@hus.edu.vn
Ngày nhận bài: 22.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020
Ngày duyệt bài: 8.12.2020

kích thích miễn dịch dịch thể của tế bào B, DC có thể điều khiển hệ miễn dịch một cách linh hoạt, do đó chúng là vắc-xin tiềm chủng chống ung thư lý tưởng [1-3, 8]. Sản phẩm vắc-xin DC đầu tiên đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ – FDA phê duyệt vào tháng 4 năm 2010 cho bệnh ung thư tuyến tiền liệt là Sipuleucel-T (Provenge) [3].

Bên cạnh DC, các sản phẩm tiết từ DC như exsosome cũng được chứng minh là có khả năng trình diện kháng nguyên hữu hiệu cũng như kích thích miễn dịch tương tự các tế bào DC. Exosomes là túi ngoại bào được sản xuất trong khoang nội sinh của hầu hết các tế bào nhân chuẩn tiết ra ngoài vi môi trường. Các hạt này có hình cầu, đường kính trung bình 40-100 nm, cấu tạo màng phopho lipit kép có nguồn gốc từ hệ thống màng nội bào, có khả năng vận chuyển DNA, miRNA, lipit, protein… và di chuyển đến phần lớn các mô trong cơ thể vì vậy chúng đóng vai trò truyền tải thông tin giữa các tế bào. Các exosomes sản xuất bởi tế bào đuôi gai mang nhiều dấu ấn đặc trưng của tế bào đuôi gai, bao gồm phức hợp MHC, các phân tử đồng kích thích trong chức năng trình diện kháng nguyên và các thành phần khác trong tương tác với các tế bào miễn dịch [6,7].

Máu cuống rốn là máu còn lại trong dây rốn và nhau thai sau khi sinh con. Máu cuống rốn có chứa tất cả các thành phần của máu gồm: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và huyết tương. Bên cạnh đó, máu cuống rốn cũng là một nguồn cung cấp tế bào gốc tạo máu rất phong phú, tương tự như tủy xương. Do vậy, máu cuống rốn có thể được sử dụng như một nguồn cung cấp các tế bào đơn nhân cho sự biệt hóa tạo tế bào DC [4].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá khả năng tạo DC từ tế bào mono máu dây rốn bằng cách sử dụng phối hợp GM-CSF và IFN-α, đồng thời đánh giá khả năng thu nhận các thể tiết exosome từ môi trường nuôi cấy tế bào DC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 03 mẫu máu dây rốn. Các mẫu máu dây rốn được thu nhận từ các sản phụ đã được xét nghiệm âm tính với HIV, CMV, HBV, HCV, và TPHA. Máu được thu từ tĩnh mạch dây rốn ngay sau khi sản phụ sinh thường và đồng ý cho mẫu. Người cho máu được thông báo đầy đủ về mục đích của nghiên cứu và đồng ý hiến tặng. Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của Viện nghiên cứu Y sinh Đinh Tiên Hoàng.

Phương pháp phân lập tế bào đơn nhân từ máu dây rốn. Pha loãng máu dây rốn bằng PBS 1X và cho vào ống đã có chứa sẵn dung dịch Ficoll theo tỉ lệ 2:1 về thể tích, ly tâm ở 840×g trong 20 phút, không phanh. Sau khi ly tâm, thu hồi lớp buffy coat chứa tế bào đơn nhân gồm tế bào mono và lympho. Rửa tế bào bằng PBS và đếm số lượng tế bào đơn nhân bằng buồng đếm tế bào chuyên dụng.

Phương pháp phân lập tế bào mono. Tế bào mono được phân lập bằng phương pháp bám dính: cho tế bào đơn nhân vào các chai nuôi cấy với mật độ 0.6-1.3×10^6 tế bào/cm2 trong môi trường AIM-V (BIJ, Japan) bổ sung 10% plasma tự thân. Ủ trong tủ ấm 37oC, 5% CO2 trong 1.5 giờ. Rửa loại bỏ các tế bào không bám dính. Sau 1.5 giờ, thu lấy toàn bộ các tế bào không bám dính. Rửa 2 lần bằng môi trường AIM-V để loại bỏ các tế bào không bám dính.

Nuôi cấy biệt hóa và trưởng thành tế bào mono thành tế bào đuôi gai. Giai đoạn nuôi cấy biệt hóa tế bào mono thành tế bào đuôi gai kéo dài trong 4 ngày (ngày 0 – ngày 4). Các tế bào mono được nuôi cấy trong môi trường AIM-V(BIJ, Japan), 10% plasma tự thân. Hỗn hợp cytokines I (BIJ, Japan) kích thích sự biệt hóa của tế bào mono thành tế bào đuôi gai chưa trưởng thành được đưa vào môi trường nuôi cấy tế bào để đạt nồng độ 1000 U/ml GM-CSF và 1000 U/ ml IFN-α. Vào ngày 4, hỗn hợp cytokines II (BIJ, Japan) kích thích sự trưởng thành của tế bào đuôi gai được thêm vào môi trường nuôi cấy với nồng độ 0.5%. Đồng thời, protein tổng số tách chiết từ dòng tế bào ung thư A549 cũng được thêm vào môi trường nuôi cấy (100µg/ml). Sau 24 giờ, thu hoạch tế bào và môi trường nuôi cấy tế bào. Để tiến hành so sánh, thiết kế mẫu đối chứng, có các tế bào đuôi gai chưa trưởng thành (ngày 4) được bổ sung 0.5% hỗn hợp cytokine II nhưng không được cảm ứng với protein tổng số của tế bào A549.

Tách chiết protein tổng số từ dòng tế bào ung thư biểu mô phổi A549. Tế bào ung thư biểu mô tuyến phổi người A549 được ly giải và thu protein tổng số theo các bước sau: chuẩn bị 100×10^6 tế bào A549 trong 10ml PBS 1X trong 2 ống lưu trữ 5ml. Làm lạnh (trong nito lỏng) 5 phút và rã đông (trong bể ổn nhiệt 37°C), thực hiện chu kỳ làm lạnh – rã đông 8 lần. Kiểm tra tỷ lệ sống chết của tế bào bằng trypan blue. Tại chu kỳ làm lạnh/rã đông cuối cùng tỷ lệ chết của tế bào phải đạt 100%. Ly tâm ở 2000×g, 10 phút. Thu dịch nổi, loại bỏ phần xác tế bào. Lọc qua màng lọc 0.2µm, thu dịch nổi có chứa protein tách chiết được. Đo nồng độ protein

bằng phương pháp Bradford.

Phương pháp xác định dấu ấn miễn dịch. Để xác định dấu ấn bề mặt của tế bào, chúng tôi sử dụng phương pháp phân tích tế bào bằng flow cytometry. Tế bào được ủ với các kháng thể kháng CD40, CD80, CD86, CD14, và HLA-DR gắn thuốc nhuộm huỳnh quang FITC, PE, APC, hoặc PC7 và các Isotype tương ứng. Phân tích bằng phần mềm chuyên dụng trên hệ thống Navios (Beckman Coulter, USA).

Phương pháp phân lập và tách exosome từ tế bào DC. Dịch nuôi tế bào được thu thập và ly tâm loại bỏ tế bào chết trước khi được ly tâm thu exosome. Do quần thể thể tiết ngoại bào gồm ba loại với kích thước khác nhau, bước ly tâm đầu tiên được thực hiện để ly tâm với lực 2000 x g/20 phút để loại bỏ quần thể thể tiết có nguồn gốc từ tế bào chết theo chương trình là quần thể thể tiết có kích thước lớn nhất. Bước ly tâm tiếp theo với lực 10000 x g/30 phút để thực hiện để loại bỏ quần thể microvesicles là quần thể có kích thước trung bình trước khi dịch nổi được ly tâm tiếp theo với lực 100000 x g/90 phút để thu thập exosomes. Cặn exososmes tiếp tục được rửa trong PBS và ly tâm với lực 100000 x g/90 phút để thu cặn exosome sạch.

Phương pháp Western Blot. Mẫu protein thu được sau khi ly giải tế bào DC hoặc exosome sẽ được chạy trên gel polyyacylamide SDS-PAGE (Invitrogen, USA), sau đó chuyển qua manggf PVDF (AmershamTM). Các protein trên màng sẽ được gắn kháng thể kháng CD63 hoặc CD86 (Mouse monoclonal IgG, Santa Cruz Biotechnology), và kháng thể thứ cấp gắn HRP (AmershamTM). Các protein sau đó được hiện băng bằng cơ chất quang hóa (AmershamTM), hình ảnh được thu nhận bằng phần mềm ImageQuant LAS 5500 (GE Healthcare Life Sciences).

Phương pháp xử lý số liệu. Sử dụng phương pháp thống kê để xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Excel để tính toán các giá trị của biến số, xử lý thống kê và xây dựng biểu đồ phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

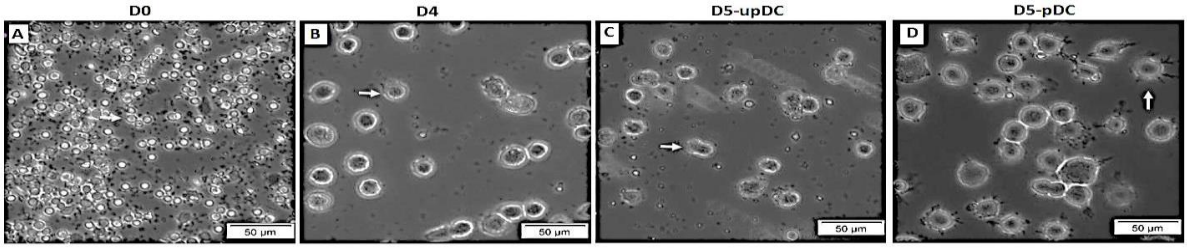
Phân lập tế bào mono từ tế bào đơn nhân máu dây rốn (MNC). Kết quả phân tích bằng kỹ thuật đếm tế bào theo dòng chảy cho thấy trong quần thể MNC sau khi phân lập, tế bào lympho chiếm tỷ lệ 67.1±4.67%, tế bào mono chiếm tỷ lệ trung bình là 12.8±5.03% (Bảng 1). Từ quần thể tế bào MNC đã phân lập, chúng tôi tiến hành tách tế bào mono bằng phương pháp bám dính. Các tế bào MNC được nuôi trong chai đã được xử lý bề mặt với mật độ trung bình của 3 mẫu là $1.10 \pm 0.05 \times 10^6$ tế bào/cm^2 trong thời gian 1.5 giờ trong tủ ấm CO_2. Sau khi ủ, đếm số lượng MNC không bám dính thu hồi từ chai nuôi cấy. Hiệu số của số lượng MNC trước và sau khi ủ chính là số lượng tế bào mono bám dính trên bề mặt chai nuôi cấy. Kết quả thu được số lượng tế bào bám dính trung bình của 3 mẫu là $20.7 \pm 3.99 \times 10^6$ tế bào (Bảng 1).

Bảng 1. Tỷ lệ (%) tế bào mono trong quần thể MNC sau khi phân lập bằng Ficoll và số lượng tế bào bám dính sau 1,5h nuôi cấy.

Mẫu	Tỷ lệ tế bào mono trong MNC (%)	Số lượng tế bào bám dính (tế bào)
1	14.5	24.6×10^6
2	16.7	20.8×10^6
3	7.1	16.6×10^6
Trung bình (GTTB±ĐLC)	12.8±5.03	$20.7 \pm 3.99 \times 10^6$

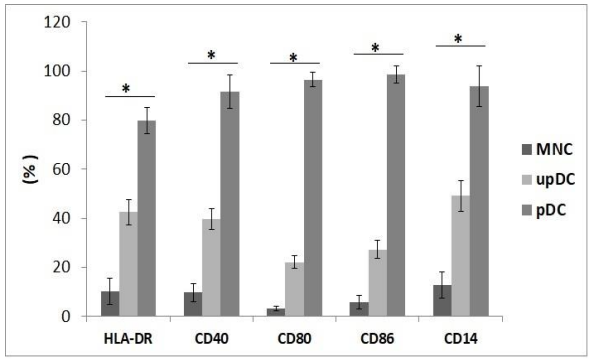
(Ghi chú: GTTB: Giá trị trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn)

Hình thái tế bào tua biệt hóa từ tế bào mono máy dây rốn. Tế bào mono sau khi được phân lập từ các tế bào đơn nhân bằng phương pháp bám dính được nuôi cấy trong môi trường AIM-V 10% plasma tự thân có chứa các cytokine như GM-CSF, IFN-alpha trong 4 ngày nhằm kích thích sự biệt hóa của tế bào mono thành DC. Vào ngày 0, tế bào mono (Hình 1A) có dạng hình tròn, kích thước nhỏ khoảng 10 μm và đồng nhất. DC ngày 4 (Hình 1B) có kích thước lớn hơn, tăng gấp 2 lần so với tế bào mono, đạt khoảng 20 μm và xuất hiện các gai ngắn. Có hai dạng hình thái của tế bào đuôi gai có thể quan sát được. Sau 24h nuôi cấy dưới kích thích của protein tổng số tách chiết từ tế bào ung thư biểu mô phổi A549 đóng vai trò là kháng nguyên, DC ngày 5 (Hình 1D) có sự gia tăng về kích thước tế bào và số lượng cùng chiều dài các đuôi gai so với DC không cảm ứng (Hình 1C). DC cảm ứng với kháng nguyên ung thư có kích thước trung bình khoảng 25-30μm và có thể dễ dàng thấy được các đuôi gai có nhiều nhánh, dài từ 5-15μm, phát triển xung quanh bề mặt tế bào. Ngoài ra, quan sát cho thấy các DC ngày 5 khi không được bổ sung protein tổng số của tế bào A549 vào ngày 4 có hình dạng, kích thước tương tự DC ngày 4, chứng tỏ quá trình trưởng thành không diễn ra ở những tế bào này.

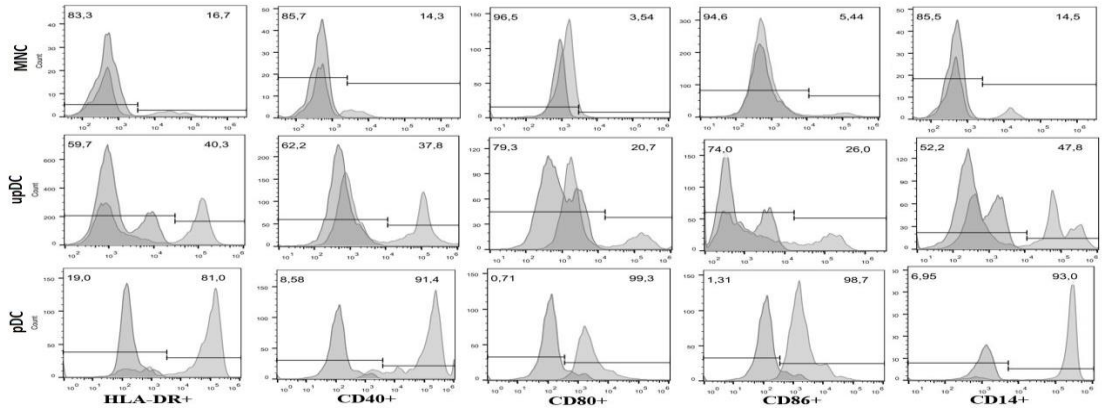


Hình 1. ***Hình thái tế bào khi nuôi cấy qua các giai đoạn biệt hóa và trưởng thành DC***. *(A) Tế bào mono bám dính trên bề mặt chai nuôi cấy tại thời điểm 1,5h sau khi gieo tế bào. (B) Tế bào bám dính trên bề mặt chai nuôi cấy vào ngày nuôi cấy thứ 4 trước khi trưởng thành hóa DC. (C) Tế bào DC tại ngày nuôi cấy thứ 5 không cảm ứng với kháng nguyên ung thư. (D) Tế bào DC tại ngày nuôi cấy thứ 5 cảm ứng với kháng nguyên ung thư. Mũi tên chỉ ….*

Sự biểu hiện các dấu ấn miễn dịch bề mặt của các tế bào DC biệt hóa từ tế bào mono máu dây rốn. Kết quả phân tích trên hệ thống đếm tế bào theo dòng chảy cho thấy có sự tăng biểu hiện của HLA-DR, CD40, CD80, CD86 ($p<0,05$) (Hình 2). Từ kết quả thu được, sự biểu hiện các kháng nguyên bề mặt được tóm tắt trong biểu đồ Hình 3. Các tế bào sau khi cảm ứng với kháng nguyên ung thư A549 tăng tỷ lệ biểu hiện các dấu ấn DC so với các tế bào chưa cảm ứng (Hình 3). Đặc biệt, các tế bào DC biệt hóa từ tế bào mono bằng cách sử dụng IFN-alpha vẫn duy trì sự biểu hiện CD14, và ở tế bào pDC tỷ lệ biểu hiện CD14 lớn hơn tế bào upDC ($p<0,05$) (Hình 2, 3).

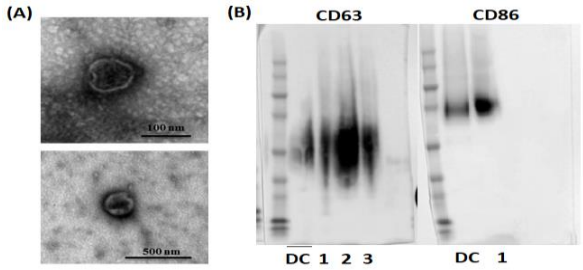


Hình 3. *Tỷ lệ phần trăm trung bình các tế bào biểu hiện các marker bề mặt trong quần thể MNC, upDC, và pDC (* $p<0.05$)*



Hình 2. Kết quả phân tích các kháng nguyên bề mặt tế bào trong quá trình biệt hóa và trưởng thành DC

Kết quả phân lập Exosome từ môi trường nuôi cấy tế bào DC. Exosome được phân lập bằng phương pháp siêu ly tâm. Các exosome sau khi thu nhận được chụp ảnh TEM để phân tích hình thái và kích thước. Kết quả cho thấy các thể tiết có hình cốc đặc trưng, với đường kính dao động từ 50 nm đến 200 nm. Không có sự khác biệt về hình dạng và kích thước của thể tiết exosome từ tế bào DC trưởng thành và chưa trưởng thành (Hình 4A). Phân tích các chỉ thị sinh học cho thấy các thể tiết thu nhận được đều biểu hiện CD63 là dấu ấn đặc trưng của các exosome tiết ra từ tế bào. Đặc biệt, các exosome này còn biểu hiện CD86 là dấu ấn của các tế bào DC (Hình 4B). Các kết quả này cho thấy chúng tôi đã thành công trong việc phân lập được các thể tiết exosome từ các tế bào tua biệt hóa từ tế bào mono máu dây rốn người.



Hình 4. Exosome phân lập từ các tế bào DC biệt hóa từ tế bào mono máu dây rốn. *(A) Hình* ảnh TEM của exsosome. (B) Hình ảnh western blot cho thấy exosome biểu hiệu CD63 và CD86. DC: mẫu tế bào DC 1; 1, 2, 3: exosome phân lập từ môi trường nuôi cấy 3 mẫu DC tương ứng.

IV. BÀN LUẬN

Theo các báo cáo trước đây, tế bào mono có đường kính trung bình từ 9-17 μm, trong khi DC có đường kính là 15-30 μm, thậm chí có thể đạt đến 50 μm [1]. Quan sát bằng kính hiển vi quang học quá trình biệt hóa và trưởng thành DC từ tế bào mono trong nghiên cứu này cho thấy sự thay đổi rõ rệt về hình thái và kích thước tế bào. Các tế bào dạng DC có sự tăng rõ rệt về kích thước và sự hình thành các tua gai bám dính trên bề mặt nuôi cấy. Đồng thời, những tế bào cảm ứng với kháng nguyên ung thư cũng có sự thay đổi rõ rệt hơn so với tế bào không cảm ứng. Sự biến đổi kiểu hình của tế bào trong quá trình biệt hóa tạo DC ở nghiên cứu này cũng tương đồng với các nghiên cứu đã công bố trước đây [1,3,4,6,8].

Trong mỗi giai đoạn của quá trình nuôi cấy, tế bào MNC, upDC và pDC lần lượt được đánh giá sự biểu hiện hiện các kháng bề mặt gồm: HLA-DR, CD40, CD80, CD86, CD14 bằng kỹ thuật đếm tế bào theo dòng chảy. Trong đó, CD14 đặc trưng cho tế bào mono, các kháng nguyên còn lại đặc trưng cho quá trình biệt hóa và trưởng thành của DC. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi biệt hóa tỷ lệ các tế bào biểu hiện các dấu ấn trên tăng lên rõ rệt ($p<0,05$), đặc biệt ở các tế bào cảm ứng với kháng nguyên ung thư, tỷ lệ tế bào biểu hiện các dấu ấn đạt hơn 80%. Bên cạnh đó, các tế bào DC này vẫn duy trì biểu hiện CD14. Đây là kiểu hình đặc trưng của các tế bào DC biệt hóa từ tế bào mono khi có mặt IFN-alpha. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu khác có cùng phương pháp biệt hóa DC nhưng thực hiện trên các tế bào mono từ máu ngoại vi [5]. Với những kết quả này, có thể thấy rằng chúng tôi đã bước đầu thành công trong việc tạo các tế bào DC từ tế bào mono máu dây rốn.

Như đã mô tả, các sản phẩm ngoại bào của DC vẫn giữ được các đặc điểm kích thích miễn dịch thiết yếu của DC như khả năng trình diện kháng nguyên cho các tế bào T. Đặc biệt, các sản phẩm này có ưu điểm so với tế bào đuôi gai là có thể được bảo quản trong điều kiện -80^{0}C lên đến trên 6 tháng, sản phẩm exosomes đông khô có thể giữ ở nhiệt độ 4^{0}C đến 36 tháng mà vẫn bảo đảm được các đặc điểm chức năng ổn định [6,7]. Ngoài ra, do không có bản chất tế bào nên chúng tránh được các rủi ro liên quan đến liệu pháp tế bào và sự ảnh hưởng chức năng dưới tác dụng của vi môi trường khối u. Theo đó, các thử nghiệm lâm sàng dựa trên exsosome từ tế bào tua trong liệu pháp miễn dịch ung thư đã và đang được tiến hành, nêu bật được tính khả thi và an toàn của vắc-xin sử dụng exosome phân lập từ DC.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã bước đầu thành công trong việc tạo các tế bào tua từ tế bào mono máu dây rốn, và thu nhận được các exosome từ các tế bào này. Các kết quả của nghiên cứu sẽ góp phần vào việc phát triển liệu pháp miễn dịch sử dụng tế bào đuôi gai và sản phẩm ngoại bào trong vắc-xin điều trị ung thư.

Lời cảm ơn. Nghiên cứu được tài trợ bởi Đề tài Nghiên cứu Khoa học cấp Đại học Quốc gia Hà Nội, mã số **QG 18.09**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dhodapkar, M.V., Steinman R.M., et al.,** "Rapid generation of broad T-cell immunity in humans after a single injection of mature dendritic cells", J Clin Invest. 1999, 104 (2), pp. 173-180.
2. **Frank O. N.,** "Dendritic cell vaccination for cancer therapy", Oncogene 2001, 19, pp. 6673-6679.
3. Kantoff, P.W., Higano C.S., et al., "Sipuleucel-T immunotherapy for castration-resistant prostate cancer", N Engl J Med. 2010, 363 (5), pp. 411-422.
4. **Kumar J., V. Kale and L. Limaye,** "Umbilical cord blood-derived CD11c$^+$ dendritic cells could serve as an alternative allogeneic source of dendritic cells for cancer immunotherapy", Stem Cell Research & Therapy, 6(184), pp. 1-15.
5. **Nieda, M., Terunuma H., Eiraku Y., Deng X., and Nicol A.J.,** "Effective induction of melanoma-antigen-specific CD 8+ T cells via Vγ9γδT cell expansion by CD 56high+ Interferon-α-induced dendritic cells", Exp Dermatol. 2015, 24 (1), pp. 35-41.
6. **Pitt, J.M., André F., et al.,** "Dendritic cell–derived exosomes for cancer therapy", J Clin Invest. 2016, 126 (4), pp. 1224-1232.
7. **Segura, E., Amigorena S., Théry C.J.B.C.,** "Mature dendritic cells secrete exosomes with strong ability to induce antigen-specific effector immune responses", Blood Cells Mol Dis. 2005, 35 (2), pp. 89-93.

THỰC TRẠNG NHU CẦU KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN TẠI SƠN LA NĂM 2019

Đỗ Xuân Thụ[1], Bùi Nhung Hằng[1], Lương Hữu Dũng[1], Vũ Thị Đức[2], Nguyễn Trung Khải[3], Nguyễn Tiến Sơn[3], Hà Việt Phương[3], Phạm Thị Thu Hương[3], Lê Phương Thúy[3], Nguyễn Tiến Dũng[4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng nhu cầu khám và điều trị THA, ĐTĐ của người trên 40 tuổi tại Sơn La năm 2019. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1.080 người trưởng thành (≥ 40 tuổi) hiện đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Sơn La từ 3/2019 – 06/2019. **Kết quả và kết luận:** Hầu hết mọi người tham gia khảo sát đều có nhu cầu tư vấn về dự phòng THA và ĐTĐ chiếm 90% với p=0.85 và 98% có nhu cầu điều trị khi bị THA/ĐTĐ với p=0.12; 93% đối tượng nghiên cứu mong muốn được biết thêm thông tin về bệnh THA và ĐTĐ. Kênh mà bệnh nhân mong muốn được nhận thông tin là đến TYT để được tư vấn (53%), tiếp đến là kênh YTT đến nhà tư vấn (48%), kênh thông tin đại chúng (tivi) được đối tượng ưu tiên ở vị trí thứ ba với 40% lựa chọn, 17% đối tượng thích nhận thông tin qua đài phát thanh xã và 13% muốn được bác sĩ tư vấn qua điện thoại; 72% đối tượng nghiên cứu mong muốn được khám sức khỏe định kỳ 06 tháng/lần, 88% đối tượng muốn được quản lý và điều trị THA/ĐTĐ tại TYT xã, 98% muốn được cán bộ TYT có năng lực khám chữa bệnh THA/ĐTĐ cho. Ngoài ra, 99% muốn TYT có thêm TTB cho công tác khám và điều trị THA/ĐTĐ, 98% muốn tham gia buổi truyền thông dự phòng THA/ĐTĐ và 99% ủng hộ các can thiệp dự phòng THA/ĐTĐ tại cộng đồng.

Từ khóa: tăng huyết áp, đái tháo đường, người trưởng thành.

SUMMARY

SITUATION OF NEEDS AND TREATMENT HYPERTENSION OF PEOPLE AGED 40 YEAR AND OVVER IN SONLA, 2019

Objective: To describe the current situation of hypertension and diabetes examination and treatment needs of people over 40 years old in Son La in 2019. **Objects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 1,080 adults (≥ 40 years old) currently living in Son La province from March 2019 to June 2019. **Results and conclusions:** Most people in the survey have counseling needs about hypertension prevention and diabetes accounts for 90% with p = 0.85 and 98% need treatment when having hypertension / diabetes with p = 0.12 ; 93% of study subjects want to know more information about hypertension and diabetes. The channel that patients want to receive information from is to CHS for counseling (53%), followed by the traditional health channel to the counselor (48%), the mass media channel (television) is relatively preferred in third place with 40% options, 17% of subjects prefer to receive information via commune radio and 13% want to be consulted by doctors by phone; 72% of the study subjects wanted to have regular check-ups every 06 months, 88% of the subjects wanted to be managed and treated for hypertension / diabetes at CHSs, 98% wanted to be qualified medical staff. THA / Phone for. In addition, 99% wanted CHSs to have more AF for the examination and treatment of hypertension / diabetes, 98% wanted to participate in communication sessions to prevent hypertension /diabetes and 99% supported interventions to prevent hypertension /diabetes in the community.

Keywords: hypertension, diabetes, adults.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) týp 2 và là hai bệnh lý mạn tính không chỉ chiếm tỷ lệ rất cao mà còn đang gia tăng với tốc độ nhanh chóng tất cả các quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Ở Việt Nam, tỉ lệ THA ở người từ 25 tuổi trở lên trong cộng đồng tăng từ 11,7% năm 1992, lên 16,3% năm 2002 (ở 4 tỉnh phía Bắc) và 27,2% năm 2008 (cả nước) [1]. Theo Nguyễn Văn Phát (2012) tỉ lệ người cao tuổi dân tộc thiểu số THA là 40% [6]. Theo Nguyễn Thị Hoàn, tỉ lệ người Tày cao tuổi bị THA là 35% [3]. Cùng với THA, ĐTĐ cũng là bệnh gia tăng nhanh chóng, tỉ lệ bệnh ĐTĐ ở Việt Nam đã tăng lên nhanh chóng lên 5,7% năm 2008 [1]. Nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Diệp và cs (2014) cho tỉ lệ bệnh ĐTĐ tại thành phố Hồ Chí Minh đã tăng lên 7,0% [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Lành (2014) ở người Khmer cho tỉ lệ hiện mắc ĐTĐ týp 2 là 11,91% [5]. Trên thực tế, có nhiều bệnh nhân THA, ĐTĐ chưa được chẩn đoán, điều này gây ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe bệnh nhân và tạo gánh nặng lớn cho hệ thống y tế. Bên cạnh đó, cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội, sự thay đổi lối sống mà tỉ lệ bệnh nhân THA, ĐTĐ sẽ ngày một tăng. Sơn La là một tỉnh miền núi, điều kiện kinh tế - văn hóa - xã hội còn

[1]*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La,*
[2]*Ban Y Dược -Trường Đại học Tây Bắc*
[3]*Sở Y tế Sơn La,*
[4]*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Xuân Thụ
Email: dothubvtsl@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 30.11.2020
Ngày duyệt bài: 10.12.2020

nhiều khó khăn. Sơn La có nhiều dân tộc anh em sinh sống với người Thái chiếm dân số đông trên địa bàn. Câu hỏi đặt ra là: Nhu cầu khám và điều trị THA, ĐTĐ của người trưởng thành tại Sơn La hiện nay ra sao? Đó chính là lý do chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: *Mô tả thực trạng nhu cầu khám và điều trị THA, ĐTĐ của người trên 40 tuổi tại Sơn La năm 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Nghiên cứu đã khảo sát 1.080 người dân, tuổi của đối tượng nghiên cứu là từ 40 tuổi trở lên, hiện đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Sơn La (là đối tượng nguy cơ cao mắc THA và ĐTĐ theo tiêu chuẩn của WHO và Bộ Y tế).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: từ 3/2019 – 06/2019 tại thành phố Sơn La, huyện Mai Sơn, huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu

p = 0,1459 [theo báo cáo chung tổng quan ngành Y tế (JAHR) năm 2016 (số liệu từ Viện chiến lược và chính sách y tế) về Tổng hợp kết quả nghiên cứu về tỷ lệ mắc ĐTĐ ở người cao tuổi Việt Nam, 2004 – 2015, tỷ lệ ĐTĐ chung năm 2015 ở người cao tuổi là 14,59%].

Z21-α/2: Hệ số giới hạn tin cậy, với mức tin cậy 95%, Z1-α/2 = 1,96

d: sai số mong đợi, chọn d = 0,03.

DE: design effect: Hệ số thiết kế cho chọn mẫu nhiều giai đoạn, chọn DE = 2

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu tính được là 1064 người, ta lấy tròn 1.080 mẫu.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu

- Chọn huyện, chọn chủ đích 03 huyện/thành phố:

+ Huyện Thuận Châu => chọn ra ba điểm xã, thị trấn phân theo vùng 1, vùng 2, vùng 3 => kết quả chọn được Thị trấn Thuận Châu (vùng 1), xã Chiềng Pấc (vùng 2), Muổi Nọi (vùng 3)

+ Thành phố Sơn La => chọn ra ba điểm xã, phường phân theo vùng 1, vùng 2 => Phường Tô Hiệu, Chiềng Sinh, Quyết Thắng.

+ Huyện Mai Sơn => chọn ra ba điểm xã, phường phân theo vùng 1, vùng 2, vùng 3 => Kết quả chọn được Thị trấn Hát Lót, xã Cò Nòi, xã Nà ớt.

Chọn ngẫu nhiên mỗi khu vực lấy 01 xã/phường theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

Tổng chọn được 03 xã/phường đại diện cho 03 khu vực thuộc huyện/thành phố vùng 1, 2, 3.

Chọn người dân tham gia nghiên cứu:

Tại xã/phường thuộc huyện/thành phố được chọn tham gia nghiên cứu ở bước trên, lập danh sách người trưởng thành ≥ 40 tuổi xã/phường.

Chọn ngẫu nhiên trong danh sách người trưởng thành của mỗi xã 120 người theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn: Lập danh sách tất cả người từ 40 tuổi trong xã, tìm khoảng cách chọn k bằng cách chia tổng số người từ 40 tuổi cho 120 (số người cần chọn của 1 cụm). Chọn người đầu tiên bằng cách bốc thăm 1 trong số người từ 40 tuổi có thứ tự 1 đến k. Chọn người tiếp theo bằng cách cộng số thứ tự của người được chọn thứ nhất với k; tổng thu được rơi vào số thứ tự của người nào thì người đó được chọn. Làm tiếp tục cho đến khi chọn được 120 người.

Tổng số người trưởng thành được chọn là: 120 người/xã x 3 xã/huyện x 3 huyện = 1.080 người.

2.4. Biến số nghiên cứu: tuổi, giới, trình độ học vấn, dân tộc, kinh tế hộ gia đình, có thẻ bảo hiểm y tế và nghề nghiệp. BMI, vòng eo, vòng mông, huyết áp, đường huyết lúc đói.

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 19.0.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên; Hội đồng khoa học Sở Y tế tỉnh Sơn La và các đơn vị liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Nhu cầu về dịch vụ khám và điều trị THA/ĐTĐ của ĐTNC

Chỉ số	Mai Sơn (n=360),%	Thuận Châu (n=360), %	TP Sơn La (n=360),%	Chung (n=1.080),%	Giá trị P
Có nhu cầu tư vấn về dự phòng THA và ĐTĐ	89,2	89,2	90,3	89,5	0,85
Có nhu cầu điều trị khi bị THA/ĐTĐ	99,2	96,7	98,6	98,2	0,12
Lý do không muốn	n=39	n=39	n=35	n=113	

được tư vấn					
Đã biết rõ thông tin	28,2	38,5	45,7	37,2	0,47
Không cần thiết	51,3	41,0	31,4	41,6	
Không có thời gian	20,5	15,4	20,0	18,6	
Khác	0	5,1	2,9	2,6	

Kết quả bảng 4.2 cho thấy 90% người tham gia nghiên cứu có nhu cầu tư vấn về dự phòng, 98% có nhu cầu điều trị khi bị THA/ĐTĐ và các tỷ lệ này không có sự khác biệt giữa 3 địa điểm nghiên cứu (p=0,85 và p=0,12). Trong những người không muốn được tư vấn thì lý do họ đưa ra chủ yếu là không cần thiết (42%), đã biết rõ thông tin (37%), tiếp đến là 19% cho rằng không có thời gian và 3% là lý do khác. Không có sự khác biệt về lý do không muốn được tư vấn tại 3 địa điểm nghiên cứu (p=0,47).

Bảng 3.2. Nhu cầu cung cấp thông tin về bệnh THA và ĐTĐ

Chỉ số	Mai Sơn (n=360), %	Thuận Châu (n=360),%	TP Sơn La (n=360), %	Chung (n=1.080), %	Giá trị P
Muốn biết thêm thông tin về phòng bệnh THA và ĐTĐ	91,9	93,9	93,3	93,1	0.57
Hình thức thông tin mong muốn được nhận	n=331	n=338	n=336	n=1.005	
Tivi	36,9	43,5	38,7	39,7	0,19
Đài phát thanh xã	20,8	14,8	15,5	17,0	0,08
Tài liệu phát tay	23,6[a]	13,0[b]	16,4[b]	17,6	**0,001**
Pano, băng rôn công cộng	9,1[a]	4,1[b]	7,1[b]	6,8	**0,04**
Nói chuyện nhóm	13,2[a]	10,4[a]	17,3[b]	13,6	**0,03**
YTT đến nhà tư vấn	55,7[a]	47,9[b]	39,3[c]	47,6	**<0,001**
Đến TYT đế được tư vấn	58,9[a]	50,3[b]	50,6[b]	53,2	**0,04**
Bác sĩ tư vấn qua điện thoại	12,7	10,9	15,8	13,1	0,17
Khác	0,6	1,2	0,9	0,9	0,73

Kênh thông tin đại chúng như Tivi được đối tương ưu tiên ở vị trí thứ ba với 40% lựa chọn và tỷ lệ này tương đồng tại 3 địa điểm nghiên cứu (p=0,19). Tài liệu phát tay (tờ rơi, sách mỏng …) được 18% đối tượng lựa chọn, tỷ lệ này tại Mai Sơn là 24% và cao hơn có ý nghĩa so với TP Sơn La (16%) và Thuận Châu (13%) với p<0,001. Khoảng 17% đối tượng thích nhận thông tin qua đài phát thanh xã; 13% muốn được bác sĩ tư vấn qua điện thoại và các tỷ lệ này không có sự khác biệt giữa 3 địa điểm (p lần lượt là 0,08 và 0,73).

Bảng 3.3. Nhu cầu can thiệp cộng đồng về khám chữa bệnh THA và ĐTĐ

Chỉ số / Tần suất muốn khám SK định kỳ	Mai Sơn (n=360), %	Thuận Châu (n=360),%	TP Sơn La (n=360),%	Chung (n=1.080), %	Giá trị P
06 tháng/lần	66,4[a]	69,7[a]	78,6[b]	71,6	**0,007**
12 tháng/ lần	13,6	12,5	9,2	11,8	
Khác (>12 tháng/lần)	20,0	17,8	12,2	16,7	
Muốn được quản lý và điều trị THA/ĐTĐ tại TYT xã	85,0[a]	91,1[b]	89,2[ba]	88,4	**0,03**
Muốn được cán bộ TYT có năng lực KCB THA/ĐTĐ cho	97,8	98,1	97,2	97,7	0,75
Muốn TYT có thêm TTB cho công tác khám và điều trị THA/ĐTĐ	98,9	98,1	98,6	98,5	0,64
Muốn tham gia buổi truyền thông dự phòng THA/ĐTĐ	99,2	96,7	98,9	98,2	0,09
Ủng hộ các can thiệp dự phòng THA/ĐTĐ tại cộng đồng	99,4	98,1	98,9	98,8	0,23

Phần lớn (72%) đối tượng nghiên cứu mong muốn được khám sức khỏe định kỳ 06 tháng/lần, tỷ lệ mong muốn cao nhất là tại TP Sơn La với 79% và có sự khác biệt ý nghĩa so với tại Mai

Sơn (64%) và Thuận Châu (70%) với p=0,007. Đa số (88%) đối tượng muốn được quản lý và điều trị THA/ĐTĐ tại TYT xã, tỷ lệ này tại Thuận Châu là 91% và TP Sơn La là 89%, cao hơn có ý nghĩa so với tại Mai Sơn (85%) với p=0,03. Hầu hết (98%) người tham gia nghiên cứu muốn được cán bộ TYT có năng lực khám chữa bệnh THA/ĐTĐ cho; 99% muốn TYT có thêm TTB cho công tác khám và điều trị THA/ĐTĐ, 98% muốn tham gia buổi truyền thông dự phòng THA/ĐTĐ và 99% ủng hộ các can thiệp dự phòng THA/ĐTĐ tại cộng đồng và không có sự khác biệt về các tỷ lệ này giữa 3 địa điểm khảo sát (tất cả giá trị p>0.05).

IV. BÀN LUẬN

Nhu cầu và khả năng tiếp cận DVYT. Trong những năm gần đây, điều kiện kinh tế xã hội của nước ta có nhiều thay đổi tích cực, mức sống được nâng cao, sức khỏe ngày càng được cải thiện. Tuy nhiên, kèm theo đó là những biến động và những yếu tố về môi trường, thói quen, lối sống… dẫn đến một số yếu tố nguy cơ không tốt cho sức khỏe. Mô hình bệnh tật có nhiều thay đổi, các bệnh không lây nhiễm có xu hướng gia tăng trong đó có bệnh THA/ĐTĐ. Tuổi càng cao nguy cơ mắc THA/ĐTĐ càng cao, bệnh tiến triển kéo dài, có nhiều biến chứng nguy hiểm gây tử vong hoặc tàn phế, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe. Tăng nhận thức cộng đồng là chìa khóa đề phát hiện sớm. Việc phát hiện sớm ở những người có nguy cơ cao, những người mắc THA/ĐTĐ để từ đó can thiệp các giải pháp phòng bệnh, ngăn chặn tiến triển của bệnh, hạn chế các biến chứng sảy ra. Trong tổng số 1.080 người tham gia nghiên cứu có 442 đối tượng không đi khám sức khỏe định kỳ trong vòng 6 tháng qua, lý do họ đưa ra phần lớn là chưa cần đi khám (83%), tại Mai Sơn tỷ lệ này là cao nhất với 91%, Thuận Châu với 90% cao hơn có ý nghĩa so với TP Sơn La (63%) nơi có đến 22% đối tượng không đi khám vì biết bệnh, tự mua thuốc. Lý do thứ 2 là họ đưa ra là đã biết bệnh, tự mua thuốc về chiếm 7.7%, cách xa CSYT họ ngại đi xa 6.8%, nhờ y tế đến nhà để điều trị chiếm số nhỏ 0.5%, các lý do khác 1.8% (p<0,001).

Hầu hết mọi người tham gia khảo sát đều có nhu cầu tư vấn về dự phòng THA và ĐTĐ chiếm 90% với p=0.85 và 98% có nhu cầu điều trị khi bị THA/ĐTĐ với p=0.12. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Hà Thị Huyền và các cộng sự chỉ có 81.2% có nhu cầu cung cấp thêm thông tin về bệnh [4].

Nhu cầu thông tin bệnh THA và ĐTĐ. Khi hỏi về nhu cầu cung cấp thông tin về bệnh THA và ĐTĐ khoảng 93% đối tượng tham gia nghiên cứu muốn biết thêm thông tin về bệnh THA và ĐTĐ, tỷ lệ này không có sự khác biệt giữa 3 địa điểm nghiên cứu (p=0,57). Mặc dù tỷ lệ của đối tượng tham gia nghiên cứu muốn biết thêm về thông tin bệnh THA và ĐTĐ cao nhưng so sánh với một số nghiên cứu khác thì thực tế kiến thức về bệnh THA và ĐTĐ vẫn còn ở mức thấp. Một nghiên cứu tại Bình Định (2014) cho thấy, tỷ lệ không đạt hiểu biết về kiến thức chung còn khá cao (89.6%). Nghiên cứu của Nguyễn Văn Lành (2013) tại Hậu Giang kết quả cho thấy, tỷ lệ người dân có kiến thức chung về ĐTĐ chiếm 25.4%[7]. Trong nghiên cứu Anju Gautam và cộng sự (2014) tiến hành cắt ngang trên 244 bệnh nhân chỉ có 12.3% có kiến thức đúng [8].

Nhu cầu can thiệp cộng đồng về bệnh THA và ĐTĐ. Hệ thống Y tế Việt Nam bao gồm mạng lưới y tế cơ sở được phát triển rộng khắp toàn quốc tạo điều kiện thuận lợi để người dân tiếp cận các dịch vụ phòng, chống bệnh KLN. Hiện nay 99% xã, phường, thị trấn đã có nhà trạm; 78% trạm y tế xã có bác sỹ làm việc (bao gồm cả các xã có bác sỹ làm việc từ 3 ngày/tuần trở lên); 78% thôn, bản, tổ dân phố đã có nhân viên y tế hoạt động, trong đó tỷ lệ này là 95% ở khu vực nông thôn, miền núi. Tỷ lệ các xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã khoảng 55% (tiêu chí mới). Khoảng 80% số trạm y tế xã trên toàn quốc đã triển khai khám chữa bệnh bảo hiểm y tế. Thông qua các dự án phòng chống bệnh KLN thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế, mạng lưới y tế y tế cơ sở (nơi có dự án bao phủ) đã được đào tạo, tập huấn, hướng dẫn về chuyên môn và từng bước nâng cao năng lực. Y tế cơ sở cũng đã tham gia tích cực và triển khai có hiệu quả các hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức của người dân về cách phòng bệnh, phát hiện bệnh sớm để đi khám và điều trị bệnh kịp thời. Một số hoạt động như tư vấn, dự phòng cho người có nguy cơ cao mắc bệnh KLN cũng đã được triển khai ở nhiều địa phương. Các dự án đã góp phần phát hiện, điều trị, quản lý khoảng 700.000 người tăng huyết áp, 250.000 người tiền đái tháo đường và mắc đái tháo đường.

Kết quả về nhu cầu can thiệp cộng đồng về khám chữa bệnh THA và ĐTĐ trong nghiên cứu này cho thấy phần lớn (72%) đối tượng nghiên cứu mong muốn được khám sức khỏe định kỳ 06 tháng/lần, tỷ lệ mong muốn cao nhất là tại TP Sơn La với 79% và có sự khác biệt ý nghĩa so với tại Mai Sơn (64%) và Thuận Châu (70%) với p=0,007. Việc đi khám sức khỏe định kỳ sẽ giúp

người dân phát hiện bệnh THA và ĐTĐ sớm có thể ngăn chặn các biến chứng nguy hiểm gây tử vong và tàn phế cao ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết mọi người tham gia khảo sát đều có nhu cầu tư vấn về dự phòng THA và ĐTĐ chiếm 90% với p=0.85 và 98% có nhu cầu điều trị khi bị THA/ĐTĐ với p=0.12; 93% đối tượng nghiên cứu mong muốn được biết thêm thông tin về bệnh THA và ĐTĐ. Kênh mà bệnh nhân mong muốn được nhận thông tin là đến TYT để được tư vấn (53%), tiếp đến là kênh YTT đến nhà tư vấn (48%), kênh thông tin đại chúng (tivi) được đối tượng ưu tiên ở vị trí thứ ba với 40% lựa chọn, 17% đối tượng thích nhận thông tin qua đài phát thanh xã và 13% muốn được bác sĩ tư vấn qua điện thoại; 72% đối tượng nghiên cứu mong muốn được khám sức khỏe định kỳ 06 tháng/lần, 88% đối tượng muốn được quản lý và điều trị THA/ĐTĐ tại TYT xã, 98% muốn được cán bộ TYT có năng lực khám chữa bệnh THA/ĐTĐ cho. Ngoài ra, 99% muốn TYT có thêm TTB cho công tác khám và điều trị THA/ĐTĐ, 98% muốn tham gia buổi truyền thông dự phòng THA/ĐTĐ và 99% ủng hộ các can thiệp dự phòng THA/ĐTĐ tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, Nhóm đối tác y tế (2013),** Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2012: Nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. **Đỗ Thị Ngọc Diệp, Phan Nguyễn Thanh Bình, Trần Quốc Cường và cs (2014),** "Dịch tễ học bệnh đái tháo đường tại thành phố Hồ Chí Minh và một số yếu tố liên quan", Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm, 10 (4), tr. 2-7.
3. **Nguyễn Thị Hoàn (2015),** Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi dân tộc Tày ở xã Năng Khả huyện Na Hang tỉnh Tuyên Quang và các yếu tố liên quan, Chuyên đề tốt nghiệp chuyên khoa I Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
4. **Hà Thị Huyền và các cộng sự (2016),** "Kiến thức, thái độ, hành vi và nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân Đái Tháo Đường tuýp 2 đang điều trị tại phòng khám nội tổng hợp bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum", Sở Y tế.
5. **Nguyễn Văn Lành (2014)**, Thực trạng bệnh đái tháo đường, tiền đái tháo đường ở người Khmer tỉnh Hậu Giang và đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp, Luận án tiến sĩ Y học, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương, Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Phát (2012),** Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi ở xã Du Tiến huyện Yên Minh tỉnh Hà Giang và các yếu tố liên quan, Chuyên đề tốt nghiệp chuyên khoa I Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
7. **Nguyễn Văn Lành (2013),** "Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống đái tháo đường của đồng bào người dân tộc Khmer tại Tỉnh Hậu Giang", Tạp chí Y học dự phòng, tr. 142 (150-156).
8. **A. Gautam, D. N. Bhatta and U. R. Aryal (2015),** "Diabetes related health knowledge, attitude and practice among diabetic patients in Nepal", BMC Endocr Disord. 15, tr. 25.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA DẦU ĂN HỖN HỢP CHỨA DẦU GẠO VÀ DẦU ÔLIU ĐỐI VỚI THÀNH PHẦN LIPID MÁU Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH 40 -60 TUỔI TẠI HÀ NỘI

Trương Hồng Sơn*, Nguyễn Xuân Ninh*, Lưu Liên Hương* và cs

TÓM TẮT

Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng trên 80 đối tượng 40-60 tuổi bị rối loạn lipid máu, có thừa cân/béo phì nhằm so sánh sự khác biệt về thành lipid trong máu giữa nhóm sử dụng dầu hỗn hợp có chứa dầu gạo với nhóm sử dụng dầu ôliu. Các đối tượng được phân thành hai nhóm sử dụng 20g dầu hỗn hợp chứa dầu gạo (nhóm Can thiệp RBO, n=41) hoặc 20g dầu ôliu (nhóm Chứng OO, n=39) được cung cấp qua một bữa ăn chính và một bữa ăn phụ trong 60 ngày. Kết quả cho thấy hiệu quả của hai loại dầu trong cải thiện thành phần lipid máu (TC, LDL-C, triglyceride) khá tương đương nhau. Mức giảm TC, LDL-C và triglyceride lần lượt là 0,5mmol/L; 0,87mmol/L và 0,49mmol/L ở nhóm can thiệp so với 0,38mmol/L; 1,05mmol/l; 0,55mmol/L của nhóm chứng. Sự thay đổi của 3 chỉ số lipid máu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05) giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Từ khoá: dầu gạo, dầu gạo lứt, dầu ôliu, tăng lipid máu

**Viện Y học ứng dụng Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Trương Hồng Sơn
Email: vienyhocungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 2.12.2020
Ngày duyệt bài: 15.12.2020

SUMMARY

THE EFFECT OF MIXED COOKING OIL CONTAINING RICE BRAN OIL AND OLIVE

OIL FOR DYSLIPIDEMIA IN ADULTS AGED 40-60 YEARS IN HANOI

A randomized control trial on 80 subjects 40 to 60 years old with dyslipidemia, and overweight/obesity aiming to compare the difference in blood lipid profile between the group using mixed oil containing rice bran oil (RBO) and the olive oil (OO) group. The subjects were divided into two groups using 20g RBO blended (intervention group) or 20g olive oil (control group) provided through a main meal and a snack for 60 days. The results showed that the effect on improving blood lipid composition of RBO blended and OO was quite similar. The reductions in TC, LDL-C and triglycerides were 0.5mmol/L, 0.87mmol/L and 0.49mmol/L in the intervention group, compared with 0.38mmol/L, 1.05mmol/L; 0.55mmol/L respectively. The changes of 3 lipid indices between two groups were not statistical significant (p>0,05).

Keywords: rice bran oil, olive oil, hyperlipidemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu được định nghĩa là sự thay đổi bất thường nồng độ trong máu của một trong những chất trên [1]. Có một số yếu tố có liên quan đến tăng nguy cơ rối loạn lipid máu, phải kể đến là chế độ ăn nhiều chất béo bão hòa và béo phì. Trên thế giới hiện đang nghiên cứu những loại dầu ăn có thể hạn chế được sự tiến triển của rối loạn lipid máu mà không ảnh hưởng đến thói quen chế biến của người sử dụng. Dầu gạo là một nguồn tiềm năng rất lớn có thể mang lại nhiều lợi ích tốt cho sức khỏe. Một nghiên cứu gần đây của Surano và cộng sự cho thấy trong dầu gạo chứa các axit béo không bão hòa như axit oleic, axit linoleic và axit α-linolenic đặc biệt tocotrienols (72–612 ppm) và gamma-oryzanol là những thành phần đặc trưng của dầu gạo có khả năng giảm lipid máu trong nhiều nghiên cứu [2]. Dầu gạo lại ngày càng phổ biến hơn ở các nước châu Á, tuy nhiên các nghiên cứu hiệu quả của dầu gạo trên người còn rất hạn chế. Dầu ô liu đã được biết đến từ lâu đời, được sử dụng rộng dãi trên thế giới, đặc biệt trong khẩu phần ăn hàng ngày của các nước Âu Mỹ, Địa Trung Hải, gắn liền với các tác dụng bảo vệ sức khỏe, hỗ trợ tốt chức năng tim mạch, thành phần lipid máu.

Để có nhiều bằng và hiểu biết đầy đủ hơn về tác dụng của sử dụng dầu gạo tới thành phần lipid máu, đặc biệt với người trưởng thành thừa cân béo phì có rối loạn lipid máu, đề tài này đã được triển khai với mục đích: *So sánh sự khác biệt về thành lipid trong máu giữa nhóm sử dụng dầu hỗn hợp có chứa dầu gạo với nhóm sử dụng dầu ô liu ở người trưởng thành từ 40-60 tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm can thiệp ngẫu nhiên có nhóm chứng

Đối tượng nghiên cứu: người trưởng thành có nguy cơ thừa cân béo phì (Có BMI ≥23, theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới) và rối loạn một trong hai chỉ số là cholesterol toàn phần hoặc LDL-C (dựa theo phân loại của Hội Tim mạch học Việt Nam) và trong độ tuổi 40-60 đang sinh sống tại Hà Nội. Các đối tượng đang thực hiện chế độ ăn kiêng, giảm cân hoặc mắc các tình trạng bệnh lý khác đều không đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Thời gian can thiệp: 60 ngày (không kể chủ nhật)

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh sự khác biệt giữa 2 giá trị trung bình của hai nhóm và ước tính tỷ lệ đối tượng bỏ cuộc là 10%, cỡ mẫu cần thiết tối thiểu là 78 đối tượng. Trên thực tế tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là 85, nhóm chứng 43 đối tượng, nhóm can thiệp 42 đối tượng.

Chọn mẫu nhiều giai đoạn. Giai đoạn 1: chọn chủ đích các đối tượng thừa cân béo phì và có chỉ số cholesterol hoặc LDL-C cao đến khám ở phòng khám chuyên khoa dinh dưỡng VIAM hoặc đăng ký tham gia qua mẫu phiếu online. Giai đoạn 2: phân tầng: tuổi, giới, BMI, LDL-C và TC; các đối tượng của từng tầng được chia vào 2 nhóm sao cho tương đồng về các chỉ số và đủ cỡ mẫu cần thiết.

Dầu nghiên cứu: hai loại dầu ăn được sử dụng trong nghiên cứu được đánh mã là dầu mẫu A (dầu hỗn hợp chứa dầu gạo) và dầu mẫu B (dầu ôliu) được đóng chai và nhãn mác giống hệt nhau, chỉ khác hai ký tự A, B trên nhãn. Hai loại dầu đều đạt chứng nhận an toàn vệ sinh thực phẩm và do một công ty duy nhất cung cấp cho nghiên cứu. Mỗi đối tượng sẽ được sử dụng một trong hai loại dầu này tùy thuộc vào nhóm được phân: nhóm can thiệp – dầu mẫu A, nhóm chứng – dầu mẫu B.

Chuẩn bị bữa ăn can thiệp: Mỗi đối tượng đều được cung cấp 01 bữa trưa và 01 bữa phụ có sử dụng 20g dầu nghiên cứu liên tục 06 ngày /tuần (từ thứ 2 đến thứ 7, và được cung cấp trong thời gian 60 ngày. Hàng ngày, đối tượng đến ăn trưa tại phòng khám chuyên khoa dinh dưỡng VIAM, bữa phụ đối tượng được mang về nhà sử dụng trong ngày. Năng lượng của bữa chính là 400-500kcal, thức ăn gồm có cơm trắng hoặc cơm gạo lứt (80g), 1 món rau (100g) và một món thịt, cá, tôm các loại 100g nấu bằng dầu nghiên cứu, đi kèm món canh (không sử dụng dầu nghiên cứu). Năng lượng bữa phụ là

100-200kcal bao gồm bánh bông lan chuối, burrito hoặc salad sử dụng dầu nghiên cứu. Thực đơn của một tuần không trùng nhau. Giá trị dinh dưỡng của thực đơn được tính toán dựa trên dữ liệu của Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam năm 2014, tần suất tiêu thụ thực phẩm của người Việt Nam từ Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2010 và Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị của người Việt Nam năm 2016.

Suất ăn cũng được đánh mã tương ứng với loại dầu sử dụng. Nghiên cứu viên sẽ dựa vào danh sách chia nhóm để phát suất ăn đúng với từng đối tượng nghiên cứu. Để đảm bảo việc sử dụng dầu ăn đồng nhất xuyên suốt quá trình nghiên cứu, mỗi 2 tuần, các đối tượng nghiên cứu được phát 01 chai dầu 01 lít tương ứng với loại dầu sử dụng trong nghiên cứu.

Xét nghiệm máu: Đối tượng được lấy máu tĩnh mạch, buổi sáng lúc đói, 3 lần tại 3 thời điểm (bắt đầu nghiên cứu D0, sau 1 tháng (D30), và 2 tháng nghiên cứu D60) để phân tích các chỉ số cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, triglyceride (máy Biosystem A25). Phân loại rối loạn lipid máu theo Hội Tim mạch học Việt Nam [3].

Phân tích xử lý số liệu: Chỉ những đối tượng ăn đủ 80% số bữa (> 48bữa) và thực hiện đủ các lần xét nghiệm mới được đưa vào đánh giá hiệu quả can thiệp. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata (nhập kép và làm sạch trước khi phân tích). Tất cả các số liệu được chuyển và phân tích bằng phần mềm Stata 12. Các số liệu định lượng trình bày phù hợp với phân bố và sử dụng test thống kê phù hợp.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua và chấp thuận của Hội đồng Đạo đức – Viện Y học ứng dụng Việt Nam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp. Tổng cộng có 85 đối tượng đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, bao gồm 43 đối tượng nhóm chứng và 42 đối tượng nhóm can thiệp. Tuy nhiên, sau 60 ngày can thiệp, có 05 đối tượng đã bỏ cuộc hoặc không đủ điều kiện để tiếp tục tham gia nghiên cứu. Do vậy, chỉ còn 80 đối tượng (39 đối tượng nhóm chứng và 41 đối tượng nhóm can thiệp) đủ điều kiện và được đưa vào phân tích số liệu.

Bảng 3.3: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp

Chỉ số	Nhóm chứng (n=39)	Nhóm can thiệp (n=41)	Chung (n=80)	p
Giới tính n (%): Nam	11 (28,2)	16 (39,0)	27 (33,8)	p=0,306[a]
Nữ	28 (71,8)	25 (61,0)	53 (66,2)	
Tuổi M (95%CI)	51 (40;60)	53 (40;60)	52,5 (40;60)	p=0,4025 [b]
Cân nặng (kg) M (95%CI)	65,1(50,6;92,9)	63,5(52,5;89)	63,8(51,0; 89,3)	p=0,6475[b]
BMI (kg/m²) M (95%CI)	25,1(20,6;32,7)	24,1(22,1;30,2)	24,8(21,0; 31,8)	p=0,9962[b]

M: median, trung vị, a: test χ^2 giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng, b: test Mann Whitney giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng

Bảng 3.1 cho thấy việc phân nhóm đối tượng khá tương đồng nhau khi tất cả các đặc điểm của hai nhóm đều không có sự khác biệt (với p >0,05).

Bảng 3.2: Đặc điểm một số chỉ số xét nghiệm máu trước can thiệp của đối tượng

Chỉ số (M, 95%CI)	Nhóm chứng (n=39)	Nhóm CT (n=41)	Chung (n=80)	p[a]
Total cholesterol(mmol/L)	5,43(3,95;7,52)	5,30(3,58;6,88)	5,35(3,95;7,35)	p=0,2252
LDL-C (mmol/L)	3,82(2,09;6,81)	3,56(1,53;6,26)	3,67(1,69;6,32)	p=0,3529
HDL-C (mmol/L)	1,11(0,5;2,5)	1,09(0,71;1,98)	1,1(0,62;1,99)	p=0,8173
Triglyceride (mmol/L)	2,15(0,66;5,87)	1,87(0,7;6,29)	2,0(0,68;6,08)	p=0,4615

M: median, trung vị, [a]: so sánh giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp cùng thời điểm, Mann whitney test.

Bảng 3.2 cũng cho thấy tại thời điểm D0, không có sự khác biệt về các chỉ số xét nghiệm máu giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp (p>0,05).

3.2. Kết quả sử dụng hai loại dầu ăn đến các thành phần lipid máu ở hai nhóm.

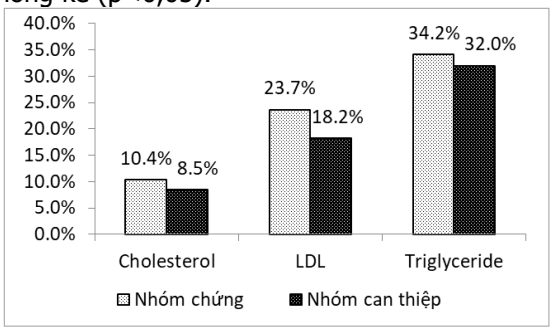
Bảng 3.3: Hiệu quả của sử dụng sản phẩm lên các chỉ số lipid máu của đối tượng

	Nhóm chứng (n=39)	Nhóm can thiệp (n=41)	p[a]
Total cholesterol (mmol/L) – M (95%CI)			
D0	5,43 (3,95;7,52)	5,30 (3,58;6,88)	p=0,2252
D60	4,87 (2,99;8,31)	4,67 (3,34;6,44)[b]	p=0,4327

D60-D0	-0,38 (-2,3;0,70)	-0,5 (-1,95;0,86)	p=0,8587
LDL-C (mmol/L) – M (95%CI)			
D0	3,82 (2,09;6,81)	3,56 (1,53;6,26)	p=0,3529
D60	2,97 (1,64;5,2) [b]	3,03 (2,09; 4,26) [b]	p=0,3707
D60-D0	-1,05 (-3,13;1,11)	-0,87 (-2,72;0,83)	p=0,3707
HDL-C (mmol/L) – M (95%CI)			
D0	1,11 (0,5;2,5)	1,09 (0,71;1,98)	p=0,8173
D60	1,11 (0,76;1,78)	1,08 (0,8;1,58)	p=0,7912
D60-D0	-0,01 (-0,49;0,52)	-0,04 (-0,35;0,29)	p=0,6860
Triglyceride (mmol/L) – M (95%CI)			
D0	2,15 (0,66;5,87)	1,87 (0,7;6,29)	p=0,4615
D60	1,42 (0,7;4,05)[b]	1,37 (0,62;3,84)[b]	p=0,9885
D60-D0	-0,55 (-5,16;1,86)	-0,49 (-3,38;0,44)	p=0,7838

M: median, trung vị, [a]: so sánh giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp cùng thời điểm, Mann whitney test, [b]: so sánh với D0 trong cùng nhóm, Wilcoxon test, p< 0,05

Bảng 3.3 cho thấy sau 60 ngày can thiệp, các chỉ số cholesterol toàn phần, LDL-C và triglyceride của các đối tượng thuộc 2 nhóm nghiên cứu đều cải thiện tốt hơn so với thời điểm ban đầu (D0), sự cải thiện này là có ý nghĩa thống kê (p<0,05).



Biểu đồ 3.1: Hiệu quả can thiệp lên các chỉ số lipid máu sau 60 ngày (%)

Sau 60 ngày can thiệp, cả 2 nhóm đều có sự cải thiện chỉ số TC, LDL-C và triglyceride, nhóm chứng cải thiện tốt hơn so với nhóm can thiệp. Hiệu quả can thiệp lên chỉ số TC của nhóm can thiệp là 8,5%, lên chỉ số LDL-C là 18,2% và lên chỉ số triglyceride là 32%. Hiệu quả can thiệp lên các chỉ số này ở nhóm chứng lần lượt là 10,4%, 23,7% và 34,2%.

Bảng 3.2: Khả năng cải thiện TC, LDL-C và triglyceride của 2 loại dầu can thiệp sau 60 ngày

	Nhóm chứng (n=39)	**Nhóm can thiệp(n=41)**
Cholesterol toàn phần, n (%)	28 (72%)	28 (68%)
LDL-C, n (%)	30 (77%)	30 (73%)
Triglyceride, n (%)	31(79,5%)	34 (82,9%)

Bảng 3.4 cho thấy, ở nhóm dùng dầu ôliu, có 28 trên 39 đối tượng có cải thiện về chỉ số cholesterol toàn phần sau 60 ngày, đạt 72%; có 30 trên 39 đối tượng cải thiện chỉ số LDL-C đạt 77%, có 31 trên 39 đối tượng cải thiện chỉ số triglyceride đạt 79,5%. Ở nhóm dùng dầu can thiệp các chỉ số này lần lượt là 68%, 73% và 82,9%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là một trong số rất ít nghiên cứu về hiệu quả của dầu gạo được tiến hành ở thế giới cũng như ở Việt Nam. Kết quả chứng minh hiệu quả của dầu gạo tương đương với dầu ôliu, làm giảm các chỉ số LDL, Triglyceride và Total cholesterol ở các đối tượng có thừa cân béo phì kèm theo rối loạn lipid máu.

Hiện chưa có nghiên cứu nào so sánh tác dụng của dầu gạo lứt và dầu ô liu. Chính vì thế chỉ có thể so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu về dầu gạo. Kết quả nghiên cứu này khá phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đó đánh giá về hiệu quả của việc sử dụng dầu gạo. Những nghiên cứu đầu tiên về hiệu quả của dầu gạo lứt trên người được tiến hành vào năm 1970 bởi hai tác giả Suzuki và Oshima. Kết quả nghiên cứu này cho thấy dầu gạo lứt có khả năng giảm lipid máu ở nữ giới trẻ tuổi khoẻ mạnh với lượng sử dụng 60g dầu hỗn hợp giữa dầu gạo lứt và dầu hoa rum với tỷ lệ 70:30. Hiệu quả giảm cholesterol toàn phần của hỗn hợp này có thể quan sát được thậm chí chỉ ngay sau 7 ngày sử dụng, trong khi đó, hỗn hợp dầu gạo lứt và dầu hướng dương không quan sát thấy hiệu quả này [4]. Các kết quả nghiên cứu khác về hiệu quả của dầu gạo lứt với thời gian từ 4-14 tuần cũng chứng minh rằng, sử dụng dầu gạo lứt với hàm lượng lên tới 50g/ngày có hiệu quả trong việc làm giảm cholesterol toàn phần, LDL, triglyceride và apolipoprotein trong khi làm

tăng lượng HDL [5]. Đối với nghiên cứu này, chỉ quan sát thấy các hiệu quả đối với các chỉ số cholesterol toàn phần, triglyceride và LDL. Chỉ số HDL của các đối tượng tham gia nghiên cứu gần như không thay đổi sau 60 ngày can thiệp. Do các nghiên cứu khác nhau về mặt thiết kế nghiên cứu, thời gian nghiên cứu, cũng như khác nhau về lượng dầu, loại dầu sử dụng để can thiệp, nhưng các kết quả đều có điểm chung là nếu có sử dụng dầu gạo để can thiệp (với các tỷ lệ pha trộn khác nhau), đều quan sát thấy khả năng giảm được các chỉ số lipid máu. Có được hiệu quả này là do trong dầu gạo có một thành phần đặc biệt là gamma oryzanol. Gamma oryzanol là một trong số nhiều phytosterol có trong dầu gạo lứt. Các loại phytosterol khác có trong dầu gạo lứt bao gồm β-sitosterol, campesterol, stigmasterol, squalene. Gamma Oryzanol cũng được coi là thành phần hoạt chất quan trọng nhất của dầu gạo lứt [5]. Gamma oryzanol có thể làm tăng đáng kể việc bài tiết các acid mật và các sterol trung tính. Khuyến nghị gần đây trong việc dự phòng bệnh xơ vữa động mạch là tăng cường bổ sung các chất chống oxy hoá trong chế độ ăn, ví dụ như vitamin E [6]. Các đồng phân của vitamin E có trong dầu gạo lứt (như tocopherol và toccotrienol) cũng có thể đem lại các lợi ích chống oxy hoá giống như vitamin E [7, 8]. Tocotrienol đã được một số nghiên cứu cho là có thể làm giảm cholesterol toàn phần do có khả năng ức chế một loại enzym điều khiển tốc độ tổng hợp cholesterol nội sinh. Ngoài các tác dụng của gamma oryzanol và vitamin E, tác dụng giảm lipid máu của dầu gạo còn đến từ các phytosterol. Phytosterol do có cấu trúc tương tự như cholesterol nên có thể sẽ thay thế cholesterol trong các phân tử ở ruột non và từ đó ảnh hưởng đến quá trình tổng hợp cholesterol. Phytosterol cũng có thể làm giảm quá trình este hóa nội bào của cholesterol bằng cách ức chế hoạt động của enzyme cholesterol esterase [9].

Tăng cholesterol và triglyceride từ lâu đã được biết đến là những yếu tố nguy cơ gây ra các bệnh tim mạch, xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành. Các nghiên cứu đã cho thấy tăng triglyceride có thể làm tăng nguy cơ bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ từ 50-120%, sau khi đã hiệu chỉnh theo các yếu tố như tuổi, BMI, tình trạng uống rượu bia, hút thuốc lá, mức độ hoạt động thể lực. Nghiên cứu của Peter và cộng sự cho thấy, cholesterol toàn phần tăng 1mmol/L, nguy cơ mắc bệnh tim mạch sẽ tăng 20% ở nữ giới và 24% ở nam giới. Nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy sau 60 ngày sử dụng dầu hỗn hợp có chứa dầu gạo lứt, mức cholesterol toàn phần giảm 0,44mmol/L, triglyceride giảm 0,78mmol/L. Như vậy, có thể nói việc sử dụng dầu hỗn hợp có chứa dầu gạo lứt đã góp phần làm giảm nguy cơ mắc các bệnh tim mạch thông qua việc giảm các chỉ số đánh giá lipid máu.

Việc phối trộn dầu gạo lứt với các loại dầu thực vật khác nhằm làm giảm giá thành đang ngày càng trở nên phổ biến vì tính chi phí lợi ích của phương pháp này. Việc phối trộn dầu gạo lứt với các loại dầu thực vật khác như dầu ôliu, dầu lạc, dầu hướng dương, dầu mè đã được chứng minh có thể cải thiện chất lượng của hỗn hợp dầu về các mặt như các đặc tính hoá lý, các thành phần acid béo, khả năng chống oxy hoá [5]. Khả năng giảm cholesterol và lipid máu của dầu hỗn hợp có thể là do sự có mặt của oryzanol và acid oleic có trong dầu gạo. Oryzanol có thể ức chế việc hấp thu cholesterol và làm tăng việc đào thải acid mật. Acid Oleic có thể làm giảm các nguy cơ về tim mạch bằng cách làm giảm lipid máu mà chủ yếu là cholesterol.

V. KẾT LUẬN

Dầu hỗn hợp có chứa dầu gạo và dầu ôliu đều có hiệu quả trong việc cải thiện các chỉ số đánh giá tình trạng rối loạn lipid máu. Hiệu quả làm giảm các chỉ số Cholesterol toàn phần, LDL-C và triglyceride là tương đương nhau giữa dầu gạo và dầu ôliu. Đây là một kết quả rất hứa hẹn, cho thấy dầu hỗn hợp có chứa dầu gạo có thể đem lại nhiều lợi ích về sức khoẻ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stone NJ, Robinson JG, and Lichtenstein AH, ACC/AHA** guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: Circulation 2014. 2013.
2. **Sugano, M. and E. Tsuji,** Rice bran oil and cholesterol metabolism. J Nutr, 1997. **127**(3): p. 521S-524S.
3. **Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam,** Rối loạn lipid máu và nguy cơ bệnh tim mạch.
4. **Suzuki S and Oshima S** Influence of blending of edible fats and oils on human serum choles-terol level (part 2). Jpn J Nutr, 1970. **28**.
5. **Amanat Ali and Sankar Devarajan,** Nutritional and Health Benefits of Rice Bran Oil. ResearchGate, 2017. **Brow Rice**: p. 135-158.
6. **O'Keefe, J.H., Jr., C.J. Lavie, Jr., and B.D. McCallister,** Insights into the pathogenesis and prevention of coronary artery disease. Mayo Clin Proc, 1995. **70**(1): p. 69-79.
7. **Ostlund, R.E., Jr.,** Phytosterols, cholesterol absorption and healthy diets. Lipids, 2007. **42**(1): p. 41-5.

8. Minhajuddin, M., Z.H. Beg, and J. Iqbal, Hypolipidemic and antioxidant properties of tocotrienol rich fraction isolated from rice bran oil in experimentally induced hyperlipidemic rats. Food Chem Toxicol, 2005. **43**(5): p. 747-53.

9. Azadeh Salar, Shiva Faghih, and Gholam Reza Pishdad, Rice bran oil and canola oil improve blood lipids compared to sunflower oil in women with type 2 diabetes: A randomized, single-blind, controlled trial. Journal of Clinical Lipidology, 2015. **10**(2): p. 299-305.

PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ U MÁU THỂ HANG LAN TỎA Ở TRỰC TRÀNG: BÁO CÁO CA BỆNH

Trần Anh Quỳnh[1], Phạm Duy Hiền[1], Nguyễn Thị Kim Oanh[1], Lê Thị Dung[1]

TÓM TẮT

U máu thể hang của trực tràng là một tình trạng hiếm gặp, là một tổn thương mạch máu lành tính bất thường. Nó thường ảnh hưởng đến bệnh nhân trẻ tuổi và biểu hiện chính là chảy máu trực tràng từng đợt và không đau, do đó chẩn đoán muộn. Cắt bỏ trực tràng có u máu thể hang lan tỏa và nối đại tràng lành với ống hậu môn bằng phẫu thuật nội soi hỗ trợ và hoặc đường phẫu thuật mở bụng. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 2 tuổi bị u máu thể hang trực tràng, được chẩn đoán bằng nội soi và xác định bằng chụp cộng hưởng từ, chụp động mạch trực tràng có chọn lọc chứng minh khối u mạch máu trong thành trực tràng. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt trực tràng có u máu và nối đại tràng lành với ống hậu môn bằng phương pháp nội soi hỗ trợ theo kĩ thuật Soave cải tiến. Không có tai biến, biến chứng sau phẫu thuật, bệnh nhân được ăn qua đường miệng sau mổ ngày thứ 3 và được xuất viện sau 5 ngày. Theo dõi sau 18 tháng không thấy xuất huyết dưỡng tiêu hóa. Phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị u máu thể hang lan tỏa ở trực tràng là một phương pháp khả thi an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: U máu thể hang lan tỏa, trực tràng, phẫu thuật nội soi

SUMMARY

LAPAROSCOPIC-ASSISTED TO THE TREATMENT OF DIFFUSE CAVERNOUS HEMANGIOMA IN THE RECTUM: A CASE REPORT

Cavernous hemangioma of the rectum is a rare condition, which is an abnormal benign vascular injury. It usually affects young patients and the main manifestation is intermittent and painless rectal bleeding, hence late diagnosis. Dissection of the rectum with diffuse cavernous hemangioma and connecting the healthy colon to the anal canal with either supportive endoscopy and or abdominal open surgery. We report the case of a 2-year-old male patient with cavernous hemangioma, diagnosed with endoscopy and confirmed by magnetic resonance imaging, selective rectal angiography demonstrating the tumor in the wall rectal. The patient underwent rectal resection with hemangioma and connected the normal colon to the anal canal using the laparoscopic-assisted with Soave technique. There were no complications or complications after surgery. The patient was given oral food after day 2 and was discharged after 5 days. After 18 months, no gastrointestinal bleeding was found. Laparoscopic surgery to support diffuse cavernous hemangioma in the rectum is a feasible, safe, and effective method.

Keywords: Diffuse cavernous, rectum, laparoscopic-assisted

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U máu thể hang của trực tràng là một tình trạng hiếm gặp và trực tràng là vị trí phổ biến nhất của tổn thương mạch máu lành tính này trong đường tiêu hóa. Nó thường ảnh hưởng nhất đến bệnh nhân trẻ tuổi, biểu hiện chính là chảy máu trực tràng từng đợt và không đau. Do đặc điểm của nó, chẩn đoán thường muộn và chỉ mới được phát hiện trong 3 thập ký gần đây [1]. Các xét nghiệm được sử dụng để chẩn đoán bao gồm nội soi đại tràng, chụp cắt lớp vi tính (CT), chụp cộng hưởng từ (MRI) và chụp mạch động mạch trực tràng chọn lọc. Chụp cắt lớp vi tính và MRI cho phép bác sĩ phẫu thuật xác định kích thước của khối u và sự liên quan có thể có của các cấu trúc khác trong vùng tiểu khung. [2].

Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn trực tràng bằng kỹ thuật bảo tồn cơ thắt là lựa chọn điều trị tốt nhất nếu phương pháp làm tắc động mạch trực tràng chọn lọc không khả thi [3]. Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt đại tràng đã được thực hiện trong những năm gần đây ở những trung tâm có phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, có rất ít báo cáo về việc sử dụng kỹ thuật này để điều trị u máu thể hang của trực tràng ở trẻ em [4].

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam 2 tuổi có tiền sử chảy máu trực tràng tái diễn nhiều lần và thiếu máu trong

[1]*Bệnh viện Nhi Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Quỳnh
Email: tranquynh.nhp@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020
Ngày duyệt bài: 8.12.2020

1 năm qua. Bệnh nhân đã được khám và điều trị nội khoa nhưng không kết quả. Bệnh nhân được soi đại tràng chụp CT ổ bụng và chụp động mạch trực tràng có chọn lọc với kết quả là u máu lan tỏa thể hang tại trực tràng.

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt trực tràng theo kỹ thuật Soave cải tiến. Bệnh nhân nằm ngửa, có độn ở mông cao hơn đầu, phẫu thuật viên đứng ở phía đầu bệnh nhân. Đặt 1 troca 5mm qua rốn vào ổ bụng, Sau khi bơm CO2, dưới kiểm soát của ống soi, tiếp tục đặt 1 troca 5mm ở đường trắng bên trái thấp hơn rốn 1cm, đặt tiếp troca thứ 3 (5mm) ở đường trắng bên phải thấp hơn rốn 1cm.

Quan sát đoạn trực tràng bị u máu và đoạn đại tràng lành. Phẫu tích tạo cửa sổ qua mạc treo trực tràng, bóc tách xung quanh bóng trực tràng từ trên xuống tới sát sàn chậu, phẫu tích sát thành trực tràng để tránh tổn thương các cơ quan lân cận và thần kinh vùng chậu hông. Phẫu tích bộc lộ động mạch trực tràng trên và thân động mạch xích ma. Cặp cắt động mạch trực tràng trên, thân động mạch xích ma, giải phóng mạc treo đại tràng xích ma.

Phẫu tích niêm mạc khỏi cơ ống hậu môn ngang mức đường lược. Phẫu tích lên trên khi thấy thành trực tràng sa xuống, mở thành trực tràng vào ổ bụng, kéo đại tràng xuống qua ống hậu môn. Cắt đoạn trực tràng bị u máu lan tỏa (10cm). Nối đại tràng lành với ống hậu môn. Rửa ổ bụng, rút các troca, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu. Trước trong và sau mổ không xảy ra tai biến và biến chứng, số lượng mất máu trong mổ rất ít. Bệnh nhân được ăn bằng đường miệng sau phẫu thuật 2 ngày, được dùng giảm đau, kháng sinh và xuất viện sau 5 ngày điều trị. Bệnh nhân được nong hậu môn sau phẫu thuật 14 ngày trong 1 tháng để tránh hiện tượng hẹp miệng nối. Nghiên cứu mô bệnh học của bệnh phẩm cho thấy tổn thương mạch máu lành tính. Theo dõi sau 18 tháng không thấy có hiện tượng chảy máy trực tràng, đại tiện tự chủ không có són phân hay táo bón.



Hình 1. Nội soi trực tràng có hình ảnh u máu lan tỏa



Hình 2. Đoạn trực tràng bị u máu thể hang lan tỏa được cắt bỏ

III. BÀN LUẬN

U máu thể hang của trực tràng là một bệnh lý lâm sàng hiếm gặp tình trạng. Một đánh giá của tài liệu cho thấy ít hơn 200 trường hợp được báo cáo [5]. Xác định chẩn đoán được thực hiện bằng nội soi đại tràng và cho thấy nhiều vết trợt hơi xanh dưới niêm mạc và rỉ dịch nhẹ [6], [7]. Chụp động mạch mạc treo tràng dưới có chọn lọc có thể giúp hình dung tổn thương và xác định mạch để gây tắc mạch, nhưng trong trường hợp của chúng tôi, điều này là không thể vì bệnh nhân bé và có nhiều nguy cơ gây hoại tử trực tràng. Nói chung, kỹ thuật này không phải là phương pháp điều trị tối ưu và khó thực hiện khi chảy máu trực tràng tái phát [2].

Để có một phương pháp điều trị u máu thể hang lan tỏa trực tràng thích hợp vẫn đang có nhiều tranh cãi do tính chất hiếm của bệnh. Tuy nhiên, khuyến cáo chung là phẫu thuật cắt bỏ trực tràng rộng rãi để tránh tái phát. Cắt bỏ trực tràng kết hợp với khâu nối đại tràng lành với ống hậu môn là phương án kỹ thuật thích hợp hơn [8]. Tuy nhiên, điều quan trọng là phải xác định khoảng cách đến đường lược, vì rìa của u máu thể hang thường nằm gần ống hậu môn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng kỹ thuật Soave cải tiến để phẫu tích niêm mạc ống hậu môn ngang mức đường lược nên hiện tượng để sót lại u máu là không thể, đồng thời kỹ thuật này để lại ống thanh cơ trên đường lược 1,5 cm kết hợp với nong miệng nối sau mổ nên vẫn đảm bảo được khả năng đại tiện tự chủ cho bệnh nhân.

Rất ít báo cáo về phẫu thuật nội soi trong điều trị tổn thương trực tràng lành tính này đã được công bố. Simon và cộng sự báo cáo một trường hợp bệnh nhi bị u máu thể hang được điều trị bằng phương pháp cắt ruột nội soi và có kết quả tốt không có biến chứng [4].

IV. KẾT LUẬN

U máu thể hang lan tỏa của trực tràng nên được nghi ngờ ở những bệnh nhân trẻ tuổi có

biểu hiện thiếu máu mãn tính, liên quan đến chảy máu trực tràng tái phát. Cắt trực tràng bằng phẫu thuật nội soi hỗ trợ theo kỹ thuật Soave cải tiến nên là phương án được lựa chọn trong những trường hợp này, vì nó khả thi, an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hervias D, Turrion JP, Navajas Leon J et al (2004)** Diffuse cavernous hemangioma of the rectum: an atypical cause of rectal bleeding. Rev Esp Enferm Dig 96:346–352.
2. **Tan TC, Wang JY, Cheung YC, et al (1998)** Diffuse cavernous hemangioma of the rectum complicated by invasion of pelvic structures. Report of two cases. Dis Colon Rectum 41:1062–1066.
3. **Cunningham JA, Garcia VF, Quispe G (1989)** Diffuse cavernous rectal hemangioma–sphincter sparing approach to therapy. Report of a case. Dis Colon Rectum 32:344–347
4. **Simon T, Orangio G, Ambroze W, et al (2003)** Laparoscopic-assisted bowel resection in pediatric/adolescent inflammatory bowel disease: laparoscopic bowel resection in children. Dis Colon Rectum 46:1325–1331.
5. **Varela G.G, Servin J.A, Sobrino G et al (2004)** Cavernous hemangioma of the colon. Case report and review of the literature. Rev Gastroenterol Mex 69:94–99
6. **Ayward CA, Orangio GR, Lucas GW et al (1988)** Diffuse cavernous hemangioma of the rectosigmoid–CT scan, a new diagnostic modality, and surgical management using sphinctersaving procedures: Report of three cases. Dis Colon Rectum 31:797–802
7. **Lupetin AR (1990)** Diffuse cavernous hemangioma of the rectum: evaluation and MRI. Gastrointest Radiol 15:343–345
8. **Catania G, Cardi F, Puleo C et al (2001)** Longterm results after a low anterior resection with mucosectomy and colo-anal sleeve anastomosis for a diffuse cavernous haemangioma of the rectum. Chir Ital 53:107–114.

VAI TRÒ NHIỄM TRÙNG VÀ VẮC XIN TRONG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Nguyễn Văn Thành[1], Đinh Ngọc Sỹ [2], Nguyễn Viết Nhung[3], Lê Tiến Dũng[4], Chu Thị Hạnh[5], Tạ Bá Thắng[6], Đào Ngọc Bằng[6], Nguyễn Đình Duy[7], Cao Thị Mỹ Thúy[8], Vũ Văn Thành[3], Lê Thị Thu Hương[9] , Đỗ Thị Tường Oanh[10], Phạm Hùng Vân[11], Nguyuễn Trọng Toàn[12], Trần Thị Tố Quyên[10], Võ Phạm Minh Thư[13].

I. COPD –DỊCH TỄ VÀ GÁNH NẶNG Y TẾ

Bước sang thế kỷ 21, bên cạnh những lạc quan với những kết quả tích cực trong kiểm soát tốt các bệnh nhiễm trùng, ký sinh trùng và kháng thuốc, chúng ta ngày càng thấy gia tăng gánh nặng từ các bệnh lý có tác động của môi trường, tuổi già. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh lý mà sinh bệnh học vừa có tác động của cả yếu tố môi trường và cả yếu tố lão hóa(1). So với các bệnh mạn tính khác, mặc dù đang nổi lên như là một trong những nguyên nhân bệnh tật và tử vong hàng đầu nhưng bệnh lý này lại ít được quan tâm và đầu tư phù hợp (1).

Nhìn một cách toàn cầu, mặc dù không chính xác do các báo cáo dịch tễ vẫn chủ yếu dựa trên kết quả đo chức năng hô hấp (spirometry) để xác định COPD, vào năm 2010, tỷ lệ mắc bệnh vào khoảng 14,3% ở nam giới và 7,6% ở nữ giới trong nhóm tuổi từ 30 trở lên. Đáng lưu ý là các con số này đang có khuynh hướng tăng lên(2). Bên cạnh thuốc lá được xem là tác nhân gây bệnh chính, các yếu tố từ môi trường như khói, bụi, độ ẩm và đặc biệt là khói đốt nhiên liệu (biomass) cũng đã được chứng minh là yếu tố gây bệnh(3-12). Ở Việt Nam, lao phổi và các di chứng do phá hủy phổi sau lao còn đang là yếu tố dịch tễ phổ biến, góp phần tác động xấutrong sinh bệnh học COPD(11,13-15).

Các đánh giá về thực trạng COPD đều cho rằng bệnh đang được chẩn đoán và điều trị dưới

[1]*Hội Phổi Việt Nam,*
[2]*Tổng hội Y học Việt Nam,*
[3]*BV Phổi trung ương,*
[4]*BV Đại học Y Dược TP HCM,*
[5]*Hội Hô Hấp Việt Nam,*
[6]*BV Quân Y 103,*
[7] *BV Lao-Bệnh phổi Phạm Ngọc Thạch TP HCM,*
[8]*BV Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ*
[9]*BV Nhân Dân Gia Định TP HCM,*
[10]*Đại học Y-Dược Phạm Ngọc Thạch TP HCM,*
[11]*CT Nam Khoa Biotek*
[12]*Viện Pasteur TP HCM,*
[13]*Đại học Y-Dược Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thành
Email: drthanhbk@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020
Ngày duyệt bài: 28.11.2020

mức mặc dù COPD là bệnh phòng và điều trị được. Khoảng trên 50% các trường hợp COPD chưa được chẩn đoán và điều trị[16,17]. Chi phi y tế trực tiếp cho bệnh lý này hiện nay chủ yếu là để giải quyết đợt cấp, cấp cứu và nhập viện[16,17,19]. COPD thực sự đang là một vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được ưu tiên[17]. Với những phân tích như trên cho thấy ở tầm quản lý, COPD cần được tất cả hệ thống y tế chăm sóc mà không chỉ là các thầy thuốc chuyên khoa bệnh phổi, với một số lượng nhỏ và khả năng tiếp cận rất hạn chế [17]. Ở tầm điều trị, tiếp cận điều trị sớm, xử trí tốt triệu chứng và thực hiện tốt các phương pháp điều trị dự phòng là rất cần thiết. Về nguồn lực, Hiệp hội Lồng ngực Mỹ (ATS), ở một nước kinh tế phát triển cũng đã đề nghị trong một tuyên bố về chính sách năm 2018rằng để đáp ứng tốt nhất yêu cầu điều trị, cần có sự kết hợp giữa nguồn lực công cộng và nguồn lực cá nhân[20].

II. VAI TRÒ NHIỄM TRÙNG TRONG SINH BỆNH HỌC COPD

Ngoài khói thuốc lá và các chất kích thích đường thở, tham gia vào sinh bệnh học COPD còn cần phải kể tới vai trò quan trọng của nhiễm trùng và yếu tố phản ứng của cơ thể mang nhiều đặc điểm cơ địa (di truyền).

Trên người khỏe mạnh, bằng phương pháp nuôi cấy truyền thống, trước đây chúng ta chỉ phát hiện được một lượng thấp vi khuẩn nên phổi được xem là vô khuẩn. Nhận định này hiện nay đang được thay đổi vì sự ra đời của phương pháp chẩn đoán phân tử dựa trên 16S rDNA. Hiện nay, chúng ta đã có bằng chứng rằng ngay cả những lá phổi khỏe mạnh cũng có một cộng đồng vi sinh vật riêng biệt, khác với ở đường hô hấp trên. Điều này đã dẫn đến khái niệm về một hệ vi sinh vật lõi trong phổi của con người có thể thay đổi trong COPD ở giai đoạn bệnh ổn định hay trong các đợt cấp, gọi là microbiome[21]. Đây là một cộng đồng gồm nhiều chủng, loài vi sinh tạo thành một hệ sinh thái vi mô năng động và tương tác, dễ bị thay đổi theo thời gian và quy mô, được tích hợp trong các hệ sinh thái vĩ mô của vật chủ, có tác động rất quan trọng tới hoạt động và sức khỏe của cơ thể chủ [22]. Trên bệnh nhân COPD, trong hệ sinh thái vi sinh này có thể xuất hiện những vi sinh bất thường, có khả năng gây bệnh thông qua các hoạt động tương tác với các phản ứng của cơ thể mặc dù không tạo ra triệu chứng lâm sàng nhiễm trùng rõ ràng, gọi là microbial colonization (gọi là vi sinh quần cư). Sự hiện diện của vi sinh quần cư trên bệnh nhân COPD được hình thành bởi các yếu tố thuận lợi do tác động của khói thuốc lá và các biến đổi làm suy giảm chức năng thanh thải, miễn dịch của phổi. Vi sinh quần cư có tác động sâu sắc tới sự ổn định và thăng bằng nội môi-miễn dịch tại chỗ. Đây là một mắt xích quan trọng trong vòng xoắn bệnh lý có tác động tương hỗ giữa nhiễm trùng và viêm mạn tính trong sinh bệnh học COPD[21,23-30]. Hệ sinh thái vi sinh ở phổi bệnhnhân COPD có khuynh hướng giảm tính đa dạng và tăng tải lượng tác nhân vi sinh gây bệnh (potential pathogenic microorganisms, PPM) trên bệnh nhân COPD nặng, có thay đổi cấu trúc phổi và nhiều đợt cấp [21,31-35]. Điều đáng nói là khôngnhưgiả thuyết "xuống và lên" ("fall and rise" hypothesis) mà M. Miravitlles đề xuất năm 2002[36], khi điều trị kháng sinh liềuthấpkéo dài tổng tải lượng vi khuẩn đường thở không giảm đáng kể sau 3 tháng điều trị[37].

Đợt cấp COPD là tình trạng nặng lên đột ngột các triệu chứng hô hấp và là hệ quả của sự tác động từ nhiều yếu tố. Trong đa số các trường hợp, đợt cấp khởi phát do căn nguyên nhiễm trùng (vi khuẩn hoặc virus hoặc cả hai). Virus có liên quan chặt chẽ với đợt cấp, làm tăng tần suất và mức độ nặng[38-45]. Gây đợt cấp phổ biến nhất là rhynovirus, virus cúm A, virus hợp bào hô hấp. Ít gặp hơn là virus á cúm, coronavirus, echovirus, adenovirus, metapneumovirus. Trong đợt cấp COPD, vi khuẩn phân lập được nhiều nhất là H.influenzae không xác định type (non-typeable H.influenzae, NTHi), M.catarrhalis, Strep.pneumoniae, S.aureus, P.aeruginosa, và K.pneumoniae. Có ý kiến cho rằng nhiễm chủng (strains) mới của loài (species) vi sinh đang quần cư có liên quan nhiều tới tăng nguy cơ đợt cấp hơn là nhiễm loài vi sinh mới[7,17,46]. Vai trò nhiễm khuẩn là căn nguyên tiên phát, trực tiếp của đợt cấp đang còn có những ý kiến tranh luận mặc dù tải lượng vi khuẩn có tăng lên trong đợt cấp trên nhiều trường hợp. Sự tham gia gây bệnh của vi khuẩn trong đợt cấp có thể là thứ phát sau nhiễm virus ban đầu. Nhiễm virus ban đầu gây ra một số thay đổi sinh lý trong phổi tạo điều kiện cho xâm nhập vi khuẩn thứ phát[48-50]. Cơ chế bội nhiễm vi khuẩn này đã được mô tả đối với H.influenzae, Strep.pneumoniae, S.aureus và nhiều tác nhân gây bệnh đường thở khác. Nhiễm virus tiên phát làm phá hủy các cấu trúc kết nối liên tế bào của hàng rào biểu mô niêm mạc đường thở đồng thời đẩy nhanh quá trình tế bào biểu mô tự chết theo chương trình (apoptosis). Nhờ đó các tế bào chết bong tróc sẽ trở thành nguồn dinh dưỡng dồi dào cho sự phát

triển của vi khuẩn nhiễm thứ phát. Lớp biểu mô bị tổn thương cũng tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn tiếp xúc được với các cấu trúc ngoại bào (extracellular matrix) và bám vào màng đáy (basement membrane). Đồng thời virus cũng làm phá hủy cấu trúc biểu mô- lông chuyển giúp cho vi khuẩn có điều kiện bám dính, nhân lên và phát triển xâm nhập vào sâu hơn. Cuối cùng, nhiễm virus cũng gây bất lợi cho hệ thống bảo vệ miễn dịch của đường thở bằng cách làm yếu chức năng các peptide kháng khuẩn (antimicrobial peptides) vàcác tế bào miễn dịch tiết IFN-γ hoạt hóa. Điều này dẫn đến việc ức chế các đại thực bào và bạch cầu trung tính phản ứng với vi khuẩn giúp cho vi khuẩn thoát cơ chế kiểm soát miễn dịch của đường thở[21]. Một nghiên cứu thực nghiệm cho thấy sau nhiễm rhinovirus, tải lượng vi khuẩn trên đường thở, nhất là khi có hút thuốc lá, trong những ngày tiếp theo tăng lên theo cấp số nhân, đặc biệt là H.influenzae[51]. Sự tác động tương hỗ trong sinh bệnh học giữa virus-vi khuẩn không chỉ thấy ở chỗ virus tạo điều kiện thuận lợi cho nhiễm khuẩn thứ phát mà ngược lại nhiễm khuẩn cũng tạo điều kiện tăng nhiễm virus thứ phát [52-54]. Như vậy, dưới tác động của thuốc lá, các biến đổi cấu trúc và chức năng, cùng với sự hình thành một hệ sinh thái vi sinh bất thường, đường thở trên bệnh nhân COPD đặc biệt nhậy cảm với nhiễm trùng[55]. Các nghiên cứu dịch tễ đều nhận thấy đợt cấp COPD thường tăng lên theo mùa lạnh trong năm[42,56,57]và trên bệnh nhân COPD lâm sàng nhiều đợt cấp kết hợp có ý nghĩa với nhiễm trùng mạnh hơn là với giảm chức năng hô hấp (FEV_1) và nhiều triệu chứng (CAT score)[58].

Hướng đến chiến lược vắc xin trong COPD, trong bài viết này chúng tôi cũng đề cập tới một loại nhiễm khuẩn hô hấp phổ biến nhưng ít được chú ý trong COPD, đó là ho gà, Bordetella pertussis. B.pertussis là cầu-trực khuẩn Gram(-), một loại nhiễm khuẩn rất dễ lây qua đường hô hấp. Bệnh nhân COPD có nguy cơ cao nhiễm B.pertussis[59,60] và nhập viện vì đợt cấp [59,61]. Dữ liệu của Chương trình theo dõi các nhiễm trùng mới nổi (Emerging Infections Program Network) ở Mỹ ghi nhận từ 2011-2015 tỷ lệ nhiễm và nhập viện do nhiễm B.pertussis trên người COPD cao hơn người không bị COPD. Chi phí điều trị đợt cấp COPD do B.pertussis cao hơn trong quá trình điều trị tại bệnh viện và kéo dài sau đó đến 6 tháng[61]. Dịch tễ nhiễm khuẩn hô hấp do B.pertussis lưu hành ngay cả trên quần thể đã được tiêm phòng cao và hay gặp ở người già[62,63]. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có bằng chứng về mối liên quan giữa nhiễm B.pertussis với bệnhhọc COPD[64] và chúng ta chưa có bằng chứng lợi ích để khuyến cáo vắc xin B.pertussis trên bệnh nhân COPD. Ở Việt Nam, chúng ta còn chưa có số liệu nhiễm B.pertussis trên bênh nhân COPD. Trong một nghiên cứu đa trung tâm về nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp tính cộng đồng, trong đó gồm cả bệnh nhân đợt cấp COPD, chẩn đoán vi sinh bằng real-time PCR cho thấy tỷ lệ nhiễm B.pertussis là 2,6% và cũng như các vi khuẩn không điển hình khác, các trường hợp nhiễm B.pertussis đều đồng nhiễm với các tác nhân vi sinh khác[65]. Phân tích tình hình mắc và tác động của B.pertussis trên bệnh nhân COPD, Biên bản đồng thuận chuyên gia này đề nghị xem xét chỉ định vắc xin B.pertussis trên bệnh nhân COPD nặng, nhiều đợt cấp 1 lần và nhắc lại sau 1 tháng.

III. VẮC XIN VÀ KHUYẾN CÁO

Kỳ vọng giảm tải lượng vi sinh có khả năng gây bệnh (PPM) nhằm làm giảm tình trạng viêm và tăng khả năng miễn dịch của bệnh nhân COPD với các tác nhân gây đợt cấp là tiêu chí chính của chiến lược vắc xin trong COPD[66]. Do đặc điểm nhiễm trùng đợt cấp là không thể dự đoán được và cũng không thể dựa trên đặc điểm vi khuẩn quần cư để dự đoán khả năng nhiễm khuẩn đợt cấp trong tương lai[67] nên chiến lược vắc xin trong COPD chủ yếu dựa trên phát triển vắc xin đối với các tác nhân gây đợt cấp phổ biến.

Chúng ta đã có bằng chứngxác định tiêm vắc xin có hiệu quả bảo vệ làm giảm đợt cấp, giảm viêm phổi, hầu như không có tác dụng phụ nghiêm trọng, chi phí thấp[68-78] và hoàn toàn phù hợp với các nước thu nhập trung bình – thấp[79]. Nếu xét vấn đề vai trò của nhiễm trùng và bản chất viêm trong COPD như trong phần trên đã đề cập, chiến lược vắc xin trong COPD là biện pháp can thiệp không chỉ hướng tới dự phòng đợt cấp mà còn có tác động như là một trị liệu. Tuy nhiên, trong thực tế chúng ta chưa đánh giá vấn đề này đúng mức[80,81]. Nghiên cứu hồi cứu trên 6 trung tâm y tế chuyên khoa ở Việt Nam năm 2018 cho thấy chỉ có khoảng 1/4 số bệnh nhân đang quản lý và điều trị được hướng dẫn tiêm phòng[81]. Các tài liệu và chương trình hướng dẫn thực hành cần nhấn mạnh vai trò của các thầy thuốc trong việc tư vấn và theo dõi chỉ định vắc xin cho người bệnh [66,80,82,83]. Cơ hội để tiếp cận được bệnh nhân COPD là các đợt cấp, đợt cấp nhập viện. Cần xác lập một kế hoạch điều trị tiếp sau đợt cấp cho người bệnh, hướng tới trị liệu giảm đợt cấp mà trong đó chỉ định vắc xin là rất cần thiết[84].

Các tài liệu hướng dẫn (guideline) quốc gia và quốc tế đều thống nhất xác định vắc xin là một phương pháp dự phòng, giảm đợt cấp. Tiếp cận chiến lược vắc xin làm giảm tổng chi phí chăm sóc và điều trị trên bệnh nhân COPD. Trong đó, có sự thống nhất cao dựa trên các bằng chứng đối với dự phòng bằng vắc xin cúm và phế cầu (bảng 1).

Bảng 1. *Các tài liệu hướng dẫn khuyến cáo vắc xin*

Quốc gia,Tổ chức, Năm công bố, Số tài liệu tham khảo	**Nhận định**	**Khuyến cáo Hướng dẫn cụ thể**
Mỹ VA/DoD (2014)[85]	Bệnh nhân COPD có thể được hưởng lợi từ việc tiêm phòng cúm định kỳ. Việc tiêm vắc xin phòng phế cầu khuẩn có thể có lợi để bảo vệ chống lại bệnh phế cầu khuẩn xâm nhập.	Khuyến cáo nên nỗ lực phòng ngừa và giảm thiểu rủi ro bằng tiêm vắc xin (Khuyến cáo mức độ mạnh)
Đa quốc gia ALAT (2014)[91]	Bằng chứng ủng hộ cho việc vắc xin cúm ở tất cả các bệnh nhân và tiêm phòng vắc xin phế cầu ở bệnh nhân <65 tuổi và / hoặc bị tắc nghẽn thông khí nghiêm trọng. Vắc xin làm giảm đợt cấp, nhập viện và tử vong	
Mỹ-Canada ACCP-CTS (2015)[92]		Khuyến cáo chỉ định vắc xin cúm cho bệnh nhân COPD hàng năm để phòng đợt cấp (bằng chứng loại I, khuyến cáo mức độ trung bình, 1B). Đề nghị chỉ định pneumococcal vaccine 23-valent nhưng không đủ bằng chứng vắc xin phòng được đợt cấp COPD (bằng chứng trung bình, khuyến cáo có điều kiện, 2D).
Việt Nam VILA 2015[93]	- Vắc-xin cúm làm giảm tỉ lệ và độ nặng của các triệu chứng cúm bao gồm các triệu chứng hô hấp. - Vắc–xin phế cầu 23 týp huyết thanh có hiệu quả trong dự phòng viêm phổi so với giả dược ở bệnh nhân COPD <65 tuổi hay có tắc nghẽn luồng khí nặng. Tuy nhiên, không có nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về tỉ lệ tử vong giữa các nhóm có hay không vắc xin.	Bệnh nhân COPD cần được chỉ định vắc-xin cúm hàng năm, vắc-xin chống phế cầu 1 lần đối với bệnh nhân ≥ 65 tuổi hoặc tiêm nhắc lại mỗi 5 năm nếu lần tiêm đầu tiên < 65 tuổi.
Đa quốc gia Hội Phổi tiếng Pháp (2017)[94]		Bất kỳ bệnh nhân nào có chẩn đoán COPD dựa trên các xét nghiệm chức năng phổi (tắc nghẽn thông khí theo định nghĩa FEV_1/FVC <70%) nên tư vấn tiêm phòng cúm và phế cầu.
Úc/New Zealand LFA, TSA (2017)[85]	- Vắc xin phòng cúm bất hoạt làm giảm các đợt cấp do cúm ở bệnh nhân COPD, đặc biệt trong những năm có dịch. - Vắc xin cúm có tác dụng ngoại ý nhẹ, cục bộ, thoáng qua và tự giới hạn. - Không có sự gia tăng các đợt cấp sớm trước khi miễn dịch hình thành. - Tiêm phòng cúm hàng năm có hiệu quả cao về chi phí, đặc biệt là trong các trường hợp COPD nặng.	

	- Khi được bổ sung vào chủng ngừa cúm hàng năm, chủng ngừa phế cầu khuẩn có tác dụng bổ sung làm giảm đối với các đợt cấp COPD.	
Tây Ban Nha SEPAR (2017)[86]		Khuyến cáo vắc xin phòng cúm và phế cầu cho bệnh nhân COPD
Việt Nam Bộ Y tế 2018[95]		- Tiêm phòng vắc xin cúm vào đầu mùa thu và tiêm nhắc lại hàng năm cho bệnh nhân COPD. - Tiêm phòng vắc xin phế cầu mỗi 5 năm 1 lần và được khuyến cáo ở bệnh nhân COPDgiai đoạn ổn định.
Anh NICE (2018)[88]		Đề nghị vắc xin phế cầu và cúm hàng năm cho tất cả bệnh nhân COPD
Đa quốc gia GOLD (CME dành cho điều dưỡng) 2018[96]	Vắc xin cúm và phế cầu có thể giúp ngăn ngừa đợt cấp bằng cách giảm khả năng nhiễm trùng đường hô hấp dưới. Vắc xin cúm bất hoạt làm giảm đáng kể tổng số đợt cấp COPD.	- Nên tiêm vắc xin phế cầu cho bất kỳ ai trên 65 tuổi và cho những người dưới 65 tuổi mắc bệnh tim mạn tính, bệnh phổi, bệnh gan, tiểu đường hoặc nghiện rượu, cũng như cho những người hút thuốc lá. - Báo cáo GOLD khuyến cáo rằng bệnh nhânmắc COPD <65 tuổi nên vắc xin polysaccharide phế cầu khuẩn 23-valent (PPSV23) và bệnh nhân COPD >65 tuổi nên vắc xin phế cầu liên hợp 13-valent (PCV13).
Anh NICE (2019)[90]		Trước khi bắt đầu một liệu pháp hít tác dụng kéo dài, hãy cân nhắc xem liệu việc quản lý COPD không dùng thuốc đã được tối ưu hóa và vắc xin chưa.
Đa quốc gia GOLD-NICE (2020)[89]		Nên tiêm vắc xin cúm và phế cầu (PPSV 23 cũng như PCV 13) cho bệnh nhân COPD khi tuổi ≥ 65 (Khuyến cáo mức độ mạnh).
Úc LFA (2020)[97]	Tiêm phòng giúp giảm rủi ro liên quan đến nhiễm trùng cúm và phế cầu khuẩn. - Vắc xin cúmcho những người từ 65 tuổi trở lên có thể làm giảm nguy cơ mắc bệnh cúm và dạng cúm.Ở những người bị COPD, vắc-xin cúm bất hoạt làm giảm tổng số đợt cấp. Không có thay đổi về tỷ lệ nhập viện hoặc tử vong.Các tác dụng ngoại ý là nhẹ, cục bộ, thoáng qua và tự giới hạn, bao gồm đau cánh tay, sốt nhẹ và đau khớp. - Vắc xin phế cầu liên hợp bao gồm 13 týp huyết thanh độc lực có hiệu quả cao trong việc ngăn ngừa bệnh viêm phổi do vi khuẩn ở người lớn tuổi. Ngược lại, vắc xin polysaccharide phế cầu (bao gồm 23 loại huyết thanh độc lực) kém hiệu quả hơn ở những bệnh nhân cao tuổi hoặc bị suy giảm miễn dịch. Những người mắc	Vắc xin cúm cho những người từ 65 tuổi trở lên (bằng chứng loại I, khuyến cáo mức độ mạnh). Vắc xin phế cầu được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân COPD.

	COPD được tiêm vắc xin phế cầu khuẩn đa giá bằng đường tiêm ít có khả năng bị viêm phổi cộng đồng và tiêm vắc xin cũng làm giảm khả năng đợt cấp của COPD. Không đủ bằng chứng để so sánh các loại vắc xin phế cầu khác nhau. Tác động cộng gộp của việc vắc xin phế cầu cùng với vắc xin cúm hàng năm đã được nghiên cứu và cho thấy tác dụng cộng thêm có ý nghĩa đáng kể của việc tiêm cả hai loại vắc-xin đối với việc làm giảm đợt cấp ở bệnh nhân COPD. - Vắc xin H. Influenzae khônggiảm đáng kể các đợt cấp khi so sánh với nhóm dùng giả dược.	
Đa quốc gia GOLD 2020[98]	- Vắc xin cúm làm giảm tần suất nhiễm trùng và nhiễm trùng nặng hô hấp dưới và tử vong (bằng chứng loại II). - Vắc xin phế cầu PPSV23 làm giảm nhiễm trùng hô hấp dưới, giảm viêm phổi trên bệnh nhân COPD <65 tuổi có FEV_1<40% và người có các bệnh đồng mắc (bằng chứng B). - Chưa có bằng chứng đầy đủ khi so sánh các dạng vắc xin phế cầu khác nhau.	- Tất cả bệnh nhân COPD nên tiêm phòng cúm hàng năm. - Bệnh nhân có bệnh lý phổi nền (underlying lung disease) nên được vắc xin phế cầu. • Nếu <65 tuổi, tiêm vắc xin phế cầu 23-valent một lần và sau đó tiêm nhắc lại một lần nữa khi >65 tuổi • Nếu ≥ 65 tuổi và trước đó chưa tiêm vắc xin phế cầu hoặc chưa rõ tiền sử tiêm vắc xin phế cầu, tiêm vắc xin phế cầu13-valent (PCV13) sau đó là Pneumococcal 23-valent (PPSV23) 12 tháng sau. • Đối với người lớn, nếu bệnh nhân đã được tiêm PPSV23, hãy đợi 12 tháng trước khi tiêm PCV13
Đa quốc gia GOLD 2021[98a]	Như thông báo 2020, bổ sung thêm: CDC khuyến cáo tiêm vắc xin phòng ho gà (Tdap) cho tất cả bệnh nhân người lớn COPD chưa tiêm khi trưởng thành.	

Viết tắt: PCV13: Pneumococcal conjugate vaccine (vắc xin đa giá chứa chứa 13 kháng nguyên vỏ S.pneumoniae. PPSV23: Pneumococcal polysaccharide vaccine (Kháng nguyên đa giá chứa 23 serotype kháng nguyên S.pneumoniae).

Điểm lại các khuyến cáo quốc gia và quốc tế (bảng 1), chúng tôi chưa thấy có thêm bằng chứng mới và thay đổi khuyến cáo so với Tài liệu "Hướng dẫn quốc gia xử trí hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của Hội Phổi Việt Nam năm 2015" vàBộ Y tếViệt Nam 2018[93,95]. Vắc xin cúm và phế cầu cần lưu ý như là một trong các phương pháp tiếp cận điều trị không dùng thuốc thường quy cho tất cả bệnh nhân COPD, ngay cả khi chẩn đoán COPD chưa xác định bằng đo chức năng hô hấp[99] (hình 1). Trong kh chờ chính sách mới trong thanh trả bảo hiểm y tế cho vắc xin đối với các bệnh mạn tính, thầy thuốc cần giải thích, tư vấn để bệnh nhân thực hiện tốt việc tiêm vắcxin.



Hình 1*. Các tình huống thực hiện tư vấn và kiểm tra thực hiện vắc xin trên bệnh nhân COPD*

Hướng dẫn cụ thể vắc xin như sau.

- Tiêm phòng phế cầu: Vắc xin phòng phế cầu ở người lớn là PPSV23 chứa 23 loại kháng nguyên phế cầu polysaccharide tinh chế với các

serotype 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, và 33F. Các serotype này được chọn lựa để có thể bao phủ 85 – 90% trường hợp nhiễm phế cầu.Mặc dù có nhiều nghiên cứu và phân tích gộp cho thấy tiêm phòng phế cầu có hiệu quả bảo vệ đối với viêm màng não và nhiễm khuẩn huyết nhưng chưa có bằng chứng rõ ràng cho thấy vai trò cuả tiêm phòng phế cầu giúp giảm tỉ lệ viêm phổi hay tử vong do viêm phổi. Riêng trong nhóm bệnh nhân COPD <65 tuổi và có FEV_1<40%, tiêm phòng phế cầu giúp làm giảm tỉ lệ viêm phổi mắc phải cộng đồng. Nên tiêm phòng phế cầu cho mọi đối tượng tuổi >65, các trường hợp có tăng nguy cơ nhiễm phế cầu như COPD, bệnh tim mạch mạn tính, đái tháo đường, nghiện rượu, bệnh gan, nghiện thuốc lá, suy giảm miễn dịch. PPSV23 được bào chế với dạng tiêm bắp 0,5ml. Có thể được tiêm cùng lúc với các vắc-xin khác nhưng khác vị trí. Chỉ cần tiêm liều nhắc lại cách khoảng 5 năm sau nếu lần tiêm đầu lúc <65 tuổi và những người suy giảm miễn dịch. Khoảng 1/3 trường hợp có tác dụng phụ nhẹ tại chỗ như đau chỗ tiêm, sưng, đỏ… thường chỉ kéo dài < 48 giờ. Các biến chứng khác như sốt, đau cơ… thường hiếm gặp. Hiện nay trên thị trường Việt Nam chưa có PPSV23 nên bệnh nhân COPD có thể tiêm phòng bằng vắcxin PCV13. Lịch tiêm mỗi 5 năm 1 lần và được khuyến cáo ở bệnh nhân COPD giai đoạn ổn định(95).

- Tiêm phòng cúm: Virus cúm A và cúm B là những chủng virus có tốc độ đột biến rất cao vì vậy hàng năm đều có vắc xin ngừa cúm mới để thích ứng với sự biến dạng mới của virus. Các vắc xinmới hàng năm thường bao gồm các chủng virus lưu hành của năm trước, và hiệu quả bảo vệ của vắc xin tùy thuộc vào sự phù hợp giữa chủng virus có trong vắc xinvà các chủng virus đang lưu hành. Nên sử dụng dạng vắc xin virus cúm bị giết hoặc dạng virus cúm còn sống đã bất hoạtbằngđường tiêm bắp. Đối với bệnh nhân COPD, tiêm phòng cúm giúp làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng hô hấp dưới phải nhập viện và giảm tỉ lệ tử vong (bằng chứng loại I). Tiêm phòng cúm nên được lập lại hàng năm, lý tưởng là vào khoảng tháng 10 đối với Bắc bán cầu và vào khoảng tháng 5 đối với Nam bán cầu. Các tác dụng phụ thường gặp như đau chỗ tiêm, sốt nhẹ trong vòng 8 – 24 giờ sau khi tiêm. Tiêm vắc xin cúm có thể làm tăng nguy cơ hội chứng Guillain Barré vì vậy chống chỉ định nếu đã từng xuất hiện hội chứng này trong vòng 6 tuần sau khi tiêm vắc xincúm trước đây. Ngoài ra cần lưu ý vắc xin cúm có thể gây dương tính giả đối với các test ELISA tìm HIV hoặc viêm gan siêu vi C. Vắc xin cúm được điều chế trên những môi trường có chứa trứng, những người dị ứng với trứng có thể có những phản ứng dị ứng nhưng tỉ lệ rất thấp.

IV. KẾT LUẬN

COPD đang là gánh nặng bệnh tật và y tế. Hiện nay, bệnh nhân COPD chưa được quản lý, điều trị và chăm sóc đúng mức. Chẩn đoán sớm, tác động điều trị theo hướng giảm nhẹ bản chất viêm trong COPD là cách tiếp cận hợp lý, chi phí thấp và hiệu quả nhất. Trong chiến lược tiếp cận phòng bệnh và trị liệu không sử dụng thuốc, vắc xin cần được chú ý, nhất là đối với các thầy thuốc thực hành. Đã có các bằng chứng khoa học chứng minh hiệu quả của vắc xin tác động trên bệnh học COPD và rất cần được khuyến cáo trong thực hành thường quy chăm sóc bệnh nhân COPD. Trong khi chờ có được chính sách hỗ trợ từ bảo hiểm y tế, nguồn lực cá nhân nhằm chăm sóc bệnh nhân COPD tốt nhất trong đó có vắcxin, cần được khai thác hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **López-Campos JL, Tan W, Soriano JB.** Global burden of COPD. Respirology. 2016 Jan;21(1):14-23. doi: 10.1111/resp.12660. Epub 2015 Oct 23.
2. **Adeloye D, Chua S, Lee C.** Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. J Glob Health, 2015. 5(2): p. 020415.
3. **Bloemsma LD, Hoek G, Smit LA M.**Panel studies of air pollution in patients with COPD: Systematic review and meta-analysis. Environ Res, 2016. 151: p. 458-468.
4. **Li MH, Fan LC, Mao B**. Short-term Exposure to Ambient Fine Particulate Matter Increases Hospitalizations and Mortality in COPD: A Systematic Review and Meta-analysis. Chest, 2016. 149(2): p. 447-458.
5. **DeVries R, Kriebel D, Sama S.** Outdoor Air Pollution and COPD-Related Emergency Department Visits, Hospital Admissions, and Mortality: A Meta-Analysis. COPD, 2017. 14(1): p. 113-121.
6. **Han F, Yang X, Xu D** Association between outdoor PM (2.5) and prevalence of COPD: a systematic review and meta-analysis. Postgrad Med J, 2019. 95(1129): p. 612-618.
7. **Pathak U, Gupta NC,** Suri JC Risk of COPD due to indoor air pollution from biomass cooking fuel: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Health Res, 2020. 30(1): p. 75-88.
8. **Sadhra S, Kurmi OP,** Sadhra SS Occupational COPD and job exposure matrices: a systematic review and meta-analysis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2017. 12: p. 725-734.
9. **Berend N.** Contribution of air pollution to COPD and small airway dysfunction. /Respirology, 2016. 21(2): p. 237-44.
10. **Kotaki K, Ikeda H, Fukuda T.** Trends in the prevalence of COPD in elderly individuals in an air-polluted city in Japan: a cross-sectional study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2019. 14: p. 791-798

11. **Trishul Siddharthan, Akshay Gupte, Peter J. Barnes.** COPD Endotypes in Low- and Middle-income Country Settings: Precision Medicine for All. AJRCCM Articles in Press. Published May 12, 2020 as 10.1164/rccm.202001-0165ED
12. **Đinh Ngọc Sỹ.** Dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ở Việt Nam và các biện pháp dự phòng, điều trị. Đề tài cấp nhà nước (KC.10/06-10) 2009.
13. **Chin Kook Rhee, Ngo Quy Chau,** Faisal Yunus Management of COPD in Asia: A position statement of the Asian Pacific Society of Respirology. Respirology (2019) 24, 1018–1025
14. **Halil Ibrahim Yakar, Hakan Gunen**, Erkan Pehlivan The role of tuberculosis in COPD. International Journal of COPD 2017:12 323–329
15. **O'Toole RF, Shukla SD, Walters EH. TB meets COPD:** An emerging global co-morbidity in human lung disease. Tuberculosis (Edinb), 2015. 95(6): p. 659-663.
16. **Cheng SL, Chan MC,** Wang CC COPD in Taiwan: a National Epidemiology Survey. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015 Nov 11;10:2459-67. doi: 10.2147/COPD.S89672
17. **Criner RN, Han MK COPD** Care in the 21st Century: A Public Health Priority. Respir Care, 2018. 63(5): p. 591-600.
18. **Sunita Mulpuru, Jennifer McKay, Paul E Ronksley**. Factors contributing to high-cost hospital care for patients with COPD. International Journal of COPD 2017:12 989–995
19. **Kyriakos Souliotis, Hara Kousoulakou,** Georgios Hillas The direct and indirect costs of managing chronic obstructive pulmonary disease in Greece. International Journal of COPD 2017:12 1395–1400
20. **Minal R. Patel, Valerie G. Press, Lynn B.** Gerald. Improving the Affordability of Prescription Medications for People with Chronic Respiratory Disease. An Official American Thoracic Society Policy Statement. Am J Respir Crit Care Med Vol 198, Iss 11, pp 1367–1374, Dec 1, 2018
21. **Su YC, Jalalvand F,** Thegerström J. The Interplay Between Immune Response and Bacterial Infection in COPD: Focus Upon Non-typeable Haemophilus influenzae. Front Immunol, 2018. 9: p. 2530.
22. **Gabriele Berg, Daria Rybakova, Doreen Fischer**. Microbiome definition re-visited: old concepts and new challenges.Microbiome (2020) 8:103 https://doi.org/10.1186/s40168-020-00875-0
23. **William MacNee.** Pathogenesis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Proc Am Thorac Soc Vol 2. pp 258–266, 2005
24. **Sanjay Sethi, Timothy F. Murphy.** Infection in the Pathogenesis and Course of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med 2008;359:2355-65.
25. **Silvestro Ennio D'Anna, Bruno Balbi, Francesco Cappello.** Bacterial–viral load and the immune response in stable and exacerbated COPD: significance and therapeutic prospects. International Journal of COPD 2016:11 445–453
26. **Mona Bafadhel,Koirobi Haldar,Bethan Barker**. Airway bacteria measured by quantitative polymerase chain reaction and culture in patients with stable COPD: relationship with neutrophilic airway inflammation, exacerbation frequency, and lung function. International Journal of COPD 2015:10 1075–1083
27. **Munir Tumkaya, Sibel Atis, Cengiz Ozge**. Relationship between airway colonization, inflammation and exacerbation frequency in COPD. Respiratory Medicine (2007) 101, 729–737
28. **Richa Singh,Alexander J Mackay, Anant RC Patel.** Inflammatory thresholds and the species-specific effects of colonising bacteria in stable chronic obstructive pulmonary disease. Singh et al. Respiratory Research 2014, 15:114
29. **Victoria Beasley, Priya V Joshi,** Aran Singanayagam. Lung microbiology and exacerbations in COPD.International Journal of COPD 2012: 7 555–569
30. **Bethan L. Barker, Koirobi Haldar, Hemu Patel.** Association Between Pathogens Detected Using Quantitative Polymerase Chain Reaction With Airway Inflammation in COPD at Stable State and Exacerbations.Chest 2015; 147(1): 46 - 55
31. **Mammen MJ,Sethi S**. COPD and the microbiome. Respirology, 2016. 21(4): p. 590-9.
32. **Marian Garcia-Nuñez, Laura Millares, Xavier Pomares**. Severity-Related Changes of Bronchial Microbiome in Chronic Obstructive Pulmonary Disease J. Clin. Microbiol. 2014, 52 (12): 4217.
33. **John R. Erb-Downward, Deborah L. Thompson, Meilan K. Han**. Analysis of the Lung Microbiome in the "Healthy" Smoker and in COPD.PLoS ONE 2011. 6(2): e16384. doi:10.1371/journal.pone.0016384
34. **Wang JX, Li HQ,Zhang F.**Systemic inflammation and the effects of short-term antibiotic treatment for PPM positive patients with stable COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2019 Aug 23;14:1923-1932. doi: 10.2147/ COPD. S217971.
35. **Konstantinos,Katsoulis K,Kostikas K.** Techniques for assessing small airways function: Possible applications in asthma and COPD. Respir Med, 2016. 119: p. e2-e9.
36. **M. Miravitlles.** Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: when are bacteria important?Eur Respir J 2002; 20: Suppl. 36, 9s–19s DOI: 10.1183/09031936.02.00400302
37. **Brill SE, Law M, El-Emir E.** Effects of different antibiotic classes on airway bacteria in stable COPD using culture and molecular techniques: a randomised controlled trial. Thorax, 2015. 70(10): p. 930-8.
38. **Mohan A, Chandra S, Agarwal D**. Prevalence of viral infection detected by PCR and RT-PCR in patients with acute exacerbation of COPD: a systematic review.Respirology. 2010 Apr; 15(3): 536-42.
39. **Jay B. Varkey,Basil Varkey.** Viral infections in patients with chronic obstructive pulmonary disease.Current Opinion in Pulmonary Medicine 2008, 14:89–94
40. **Aran Singanayagam, Priya V Joshi, Patrick Mallia.** Viruses exacerbating chronic pulmonary disease: the role of immune modulation. BMC Medicine 2012, 10:27 http:// www. biomedcentral. com/1741-7015/10/27
41. **Patrick Mallia,Simon D Message, Vera Gielen**. Experimental Rhinovirus Infection as a Human Model of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation. AJRCCM Articles in Press. Published on October 1, 2010 as doi:10.1164/ rccm.201006-0833OC

42. **Parvaiz A. Koul,Umar H. Khan, Romana Asad**. Contribution of influenza to acute exacerbations ofchronic obstructive pulmonary disease in Kashmir, India, 2010–2012. Influenza and Other Respiratory Viruses 9(1), 40–42.
43. **Contribution of influenza** to acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in Kashmir, India, 2010–2012. Influenza and Other Respiratory Viruses 9(1), 40–42.
44. **Anastasia F. Hutchinson, Anil K. Ghimire, Michelle A.** Thompson. A community-based, time-matched, case-control study of respiratory viruses and exacerbations of COPD. Respiratory Medicine (2007) 101, 2472–2481
45. **Linden D, Guo-Parke H, Coyle PV.** Respiratory viral infection: a potential "missing link" in the pathogenesis of COPD. Eur Respir Rev 2019; 28: 180063
46. **Laura Martınez-Solano,Marıa D. Macia, Alicia Fajardo.** Chronic Pseudomonas aeruginosa Infectionin Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Clinical Infectious Diseases 2008; 47:1526–33
47. **Richa Singh,Alexander J Mackay, Anant RC Patel.** Inflammatory thresholds and the species-specific effects of colonising bacteria in stable chronic obstructive pulmonary disease.Respiratory Research 2014, 15:114
48. **Philip L. Molyneaux, Patrick Mallia, Michael J. Cox.** Outgrowth of the Bacterial Airway Microbiome after Rhinovirus Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med Vol 188, Iss. 10, pp 1224–1231, Nov 15, 2013
49. **Patrick Mallia, Joseph Footitt, Rosa Sotero.** Rhinovirus Infection Induces Degradation of Antimicrobial Peptides and Secondary Bacterial Infection in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med Vol 186, Iss. 11, pp 1117–1124, Dec 1, 2012
50. **Tom M. A. Wilkinson, John R. Hurst, Wayomi R. Perera.** Effect of Interactions Between Lower Airway Bacterial and Rhinoviral Infection in Exacerbations of COPD. Chest 2006; 129:317–324
51. **Santos S, Marin A, Serra-Batlles J.** Treatment of patients with COPD and recurrent exacerbations: the role of infection and inflammation. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016 Mar 11;11:515-25. doi: 10.2147/ COPD. S98333.
52. **Fahad Gulraiz, Carla Bellinghausen, Cathrien A.** Bruggeman. Haemophilus influenzae increases the susceptibility and inflammatory response of airway epithelial cells to viral infections. The FASEB Journal Vol.29, No.3 , pp:849-858, January, 2018
53. **H. Frickmann,S. Jungblut,T. O. Hirche.** The influence of virus infections on the course of COPD. European Journal of Microbiology and Immunology 2 (2012) 3, pp. 176–185. DOI: 10.1556/ EuJMI.2.2012.3.2
54. **Fahad Gulraiz,Carla** Bellinghausen,Cathrien A. Bruggeman. Haemophilus influenzae increases the susceptibility and inflammatory response of airway epithelial cells to viral infections.FASEB J. 29, 849–858 (2015). www.fasebj.org
55. **M.H. Hudy, S.L. Traves, S. Wiehler.** Cigarette smoke modulates rhinovirus inducedairway epithelial cell chemokine production. Eur Respir J 2010; 35: 1256–1263. DOI: 10.1183/ 09031936 00128809
56. **Wise RA, Calverley PM, Carter K.** Seasonal variations in exacerbations and deaths in patients with COPD during the TIOSPIR(®) trial. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2018. 13: p. 605-616.
57. **Hicks A, Healy E, Sandeman N.** A time for everything and everything in its time - exploring the mechanisms underlying seasonality of COPD exacerbations. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2018. 13: p. 2739-2749.
58. **Yusuf Aydemir, Özlem Aydemir, Fatma Kalem.** Relationship between the GOLD combined COPD assessment staging system and bacterial isolationInternational Journal of COPD 2014:9 1045–1051
59. **P. O. Buck, J. L. Meyers, L.-D. Gordon.** Economic burden of diagnosed pertussis among individuals with asthma or chronic obstructive pulmonary disease in the USA: an analysis of administrative claims. Epidemiol. Infect. (2017), 145, 2109–2121.doi:10.1017/S0950268817000887
60. **J. Bonhoeffer, G. Bär, M. Riffelmann.** The Role of Bordetella Infections in Patients withAcute Exacerbation of Chronic Bronchitis. Infection 2005; 33: 13–17. DOI 10.1007/s15010-005-4004-9
61. **Mbayei SA, Faulkner A, Miner C, Edge K, Cruz V, Peña SA, Kudish K,** Coleman J, Pradhan E, Thomas S, et al. Severe pertussis infections in the United States, 2011–2015. Clin Infect Dis. 2019;69(2):218–26. doi:10.1093/cid/ciy889.
62. **Hester E. de Melker, Florens G.A.** Versteegh, Joop F.P. Schellekens. The incidence of Bordetella pertussis infections estimated in the population from a combination of serological surveys. Journal of Infection (2006) 53, 106-113
63. **Sarah A. Mbayei, Amanda Faulkner,** Christine Miner. Severe Pertussis Infections in the United States, 2011–2015. Clinical Infectious Diseases® 2019;69(2):218–26
64. **Seyyed Hamid Hashemi, Ebrahim Nadi,** Mehrdad Hajilooi. High Seroprevalence of Bordetella pertussis in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Case-Control Study. National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease, Iran ISSN: 1735-0344 Tanaffos 2015; 14(3): 172-176
65. **ĐN Sỹ, NV Thành, PH Vân.** Xác định tác nhân vi sinh gây bệnh và nhận xét hiệu quả điều trị ngoại trú của Amoxicillin/Sulbactam (Bactamox 1g) trên bệnh nhân nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp tính cộng đồng.Y học Việt Nam. Tháng 1, số 2, 2019. 176-183.
66. **Filipe Froes, Nicolas Roche,** Francesco Blasi. Pneumococcal vaccination and chronic respiratory diseases. International Journal of COPD 2017:12 3457–3468
67. **L. Millares, R. Ferrari & M. Gallego, M.** Garcia-Nuñez. Bronchial microbiome of severe COPD patients colonised by Pseudomonas aeruginosa. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2014) 33:1101–1111
68. **David MG Halpin, Marc Miravitlles,** Norbert Metzdorf. Impact and prevention of severe exacerbations of COPD: a review of the evidence. International Journal of COPD 2017:12 2891–2908
69. **Walters JAE, Tang JNQ, Poole P, Wood-Baker R.** Pneumococcal vaccines for preventing

pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD001390. DOI: 10.1002/ 14651858. CD001390. pub4.

70. **Swati Gulati,** Michael Wells. Bringing stability to the COPD patient: clinical and pharmacological considerations for frequent exacerbators. Drugs. 2017 April ; 77(6): 651–670. doi:10.1007/s40265-017-0713-5.
71. **Arnt-Ove Hovden,** Rebecca Jane Cox, Lars Reinhardt Haaheim. Influenza: the virus and prophylaxis with inactivated infl uenza vaccine in "at risk" groups, including COPD patients. International Journal of COPD 2007:2(3) 229–240
72. **David MG Halpin, Marc Miravitlles,** Norbert Metzdorf. Impact and prevention of severe exacerbations of COPD: a review of the evidence. International Journal of COPD 2017:12 2891–2908
73. **Kopsaftis Z, Wood-Baker R, Poole P.** Influenza vaccine forchronic obstructive pulmonary disease (COPD).Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jun26;6(6):CD002733. doi: 10.1002/14651858.CD002733.pub3
74. **Staples KJ, Williams NP,** Bonduelle O Acquired immune responses to the seasonal trivalent influenza vaccination in COPD. Clin Exp Immunol. 2019 Oct;198 (1):71-82. doi: 10.1111/ cei.13336.
75. **Bekkat-Berkani R, Wilkinson T, Buchy P**. Seasonal influenza vaccination in patients with COPD: a systematic literature review. BMC Pulm Med, 2017. 17(1): p. 79.
76. **Rafik Bekkat-Berkani, Tom Wilkinson,** Philippe Buchy. Seasonal influenza vaccination in patients with COPD: a systematic literature review. BMC Pulmonary Medicine (2017) 17:79 DOI 10.1186/s12890-017-0420-8
77. **Kopsaftis Z, Wood-Baker R, Poole P.** Influenza vaccine for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6. Art. No.: CD002733. DOI: 10.1002/ 14651858. CD002733. pub3.
78. **S Schembri, S Morant, J H Winter, T** M MacDonald. Influenza but not pneumococcal vaccination protects against all-cause mortality in patients with COPD. Thorax 2009;64:567–572. doi:10.1136/thx.2008.106286
79. **Lall D, Cason E, Pasquel FJ.** Effectiveness of Influenza Vaccination for Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Low- and Middle-Income Countries. COPD, 2016. 13(1): p. 93-9.
80. **Andrew Li, Yiong-Huak Chan, Mei Fong Liew.** Improving Influenza Vaccination Coverage Among Patients With COPD: A Pilot Project. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis . 2019 Nov 15;14: 2527-2533. doi: 10.2147/COPD.S222524.
81. **N.V.Thành, Đ.N. Sỹ, C.T.M.Thúy.** Thực trạng và quản lý Hen, COPD ở ViệtNam. Y học Việt Nam, tháng 10, số 1, 2018 (tập 471): 149-154
82. **Korpershoek YJ, Bruins Slot JC, Effing TW.** Self-management behaviors to reduce exacerbation impact in COPD patients: a Delphi study.Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017 Sep 15;12:2735-2746. doi: 10.2147/ COPD. S138867.
83. **Pinar Cimen, Mehmet Unlu, Cenk Kirakli**. Should Patients With COPD Be Vaccinated? Respiratory Care • February 2015 vol 60 no 2
84. **Kevin C Patterson, Philip T Diaz.** Inpatient Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Exacerbations. Ohio State University (ON LINE)
85. **The Management** of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Working Group. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. Department of Veterans Affairs Department of Defense
86. Yang IA, Brown JL, Ge**orge JCOPD-X Australian and New Zealand** guidelines for the diagnosis and management of chronic obs tructive pulmonary disease: 2017 update. Med J Aust. 2017 Nov 20;207(10): 436-442. doi: 10.5694/mja17.00686.
87. **Spanish Guidelines for Management of COPD** (GesPOC) 2017. Pharmacological Treatment of Stable Phase. Arch Bronconeumol. 2017 Jun; 53 (6):324-335. doi: 10.1016/j.arbres.2017.03.018.
88. **NICE Guideline Updates Team. (UK).** Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management.Published: 5 December 2018 www.nice.org.uk/guidance/ng115
89. **Neumeier A, Keith R.** Clinical Guideline Highlights for the Hospitalist: The GOLD and NICE Guidelines for the Management of COPD.J Hosp Med. 2020 Apr 1;15 (4):240-241. doi: 10.12788/ jhm. 3368.
90. **Hopkinson NS, Molyneux A, Pink J.** Chronic obstructive pulmonary disease: diagnosis and management: summary of updated NICE guidance.BMJ. 2019 Jul 29;366:l4486. doi: 10.1136/bmj.l4486.
91. **Montes de Oca M, López Varela MV, Acuña A. ALAT-2014** Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Clinical Practice Guidelines: questions and answers. Arch Bronconeumol, 2015. 51(8): p. 403-16.
92. **Gerard J. Criner, Jean Bourbeau, Rebecca L. Diekemper**. Prevention of Acute Exacerbations of COPD American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. Chest 2015; 147 (4): 894 – 942.
93. **Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam.** Hướng dẫn quốc gia xử trí hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Nhà xuất bản Y học 2015
94. **Maeva Zysman, François Chabot, Bruno Housset**. Pharmacological treatment optimisation for stable COPD: an endless story? Proposals from the Société de Pneumologie de Langue Française. Eur Respir J 2017; 50: 1701250
95. **Bộ tế (Việt Nam).** Hướng dẫn chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 2018. Nhà xuất bản Y học 2018
96. **O'Dell A, Diegel-Vacek L, Burt L. CE:** Managing Stable COPD: An Evidence-Based Approach. Am J Nurs, 2018. 118(9): p. 36-47.
97. **GOLD report 2020.** goldcopd.org/wp-content/ uploads/ 2020/03/...
98. **GOLD Report 2021**. goldcopd.org
99. **Hội Phổi Việt Nam.** GOLD 2019 và quan điểm của Hội phổi Việt Nam trong thực hành quản lý và điều trị COPD tại Việt Nam. Biên bản đồng thuận chuyên gia 2019

Minh bạch: Thành viên Ban chuyên gia TTT Quyên là cố vấn y khoa cho GlaxoSmithKline. Quá trình tổ chức họp, in và phát hành tài liệu này có nhận tài trợ từ GlaxoSmithKline.

Bản quyền thuộc Tổng Hội Y học Việt Nam.