

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sớm ung thư biểu mô buồng trứng tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 2015-2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc 28 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn I-III được phẫu thuật tối ưu và điều trị tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 2015-2018. **Kết quả:** Thời gian theo dõi sống thêm trung bình là 23.1 ± 11.4 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 35.5 ± 1.9 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình 32.9 ± 2.0 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ 3 năm tương ứng là 52.2% và 81.4%. Sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ giảm dần theo giai đoạn với $p < 0.05$ (DFS và OS giai đoạn I, II, III tương ứng 100%, 77.8%, 60% và 100%, 94.4%, 60%). **Kết luận:** Với thời gian theo dõi còn ngắn và lượng bệnh nhân còn ít nhưng bước đầu cho thấy kết quả điều trị ung thư biểu mô buồng trứng tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An cho kết quả tương đối khả quan.

Từ khóa: Ung thư biểu mô buồng trứng, bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

SUMMARY

INITIAL RESULT ASSESSMENT IN PATIENTS WITH STAGE I-III OVARIAN CANCER IN NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Purpose: To assess early results of treatment ovarian carcinoma in Nghệ An Oncology Hospital from 2015 to 2018. **Patients and methods:** 28 patients with stage I-III postoperative ovarian cancer treated in Nghe An Oncology Hospital 2015-2018. **Results:** The medium follow-up 23.1 ± 11.4 months, The medium overall survival (OS) is 35.5 ± 1.9 months. The medium disease free survival (DFS) is 32.9 ± 2.0 months. DFS rate and OS rate 3 years follow-up were 52.2% and 81.4%. DFS and OS decreased with stage disease $p < 0.05$ (DFS and OS of stage I, II, III were 100%, 77.8%, 60% and 100%, 94.4%, 60%). **Conclusion:** The initial result treatment ovarian cancer of stage I-III in Nghe An oncology is possible.

Keyword: Ovarian carcinoma, Nghe An Oncology Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong năm 2018, ước tính có khoảng 22.240 ca mắc mới và 14.070 ca tử vong vì ung thư buồng trứng tại Mỹ. Tỷ lệ sống thêm 5 năm là

khoảng 46.5%, tỷ lệ này cao hơn ở nhóm mô bệnh học ít phổ biến. Tại Việt Nam, ung thư buồng trứng (UTBT) cũng là 1 trong 10 ung thư thường gặp. Mô bệnh học UTBT gồm nhiều loại: ung thư biểu mô, ung thư tế bào mầm, ung thư tế bào mô đệm dây sinh dục, trong đó ung thư biểu mô là loại hay gặp nhất. UTBT giai đoạn đầu có triệu chứng mơ hồ mơ hồ nên hơn 70% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa. Điều trị UTBT chủ yếu vẫn là phẫu thuật công phá u tối đa và hóa chất hỗ trợ. Bệnh viện Ung bướu Nghệ An đã điều trị UTBT nhiều năm nay, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào tổng kết về kết quả điều trị. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bước đầu UTBM buồng trứng tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ năm 2015-2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm bệnh nhân UTBM buồng trứng giai đoạn I- III đã được phẫu thuật tối ưu, điều trị hoá chất hỗ trợ theo chỉ định tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 1/2015 đến 8/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTBM buồng trứng giai đoạn I – III theo AJCC và FIGO 2010.
- Được điều trị hoá chất hỗ trợ sau phẫu thuật công phá u tối ưu theo chỉ định tùy theo loại mô bệnh học và giai đoạn.
- Không mắc ung thư khác ngoài UTBT.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.
- Có thông tin sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đủ các tiêu chuẩn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Bao gồm bệnh nhân UTBM buồng trứng giai đoạn I- III đã được phẫu thuật công phá u tối ưu, điều trị hoá chất hỗ trợ theo chỉ định tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 1/2015 đến 8/2018.

Cỡ mẫu: Chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu

Các bước tiến hành: Thu thập số liệu bệnh nhân đủ tiêu chuẩn theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Thu thập theo các biến tuổi, kích thước u, giai đoạn bệnh, loại mô bệnh học. Bệnh nhân được phẫu thuật công phá u tối ưu (cắt tử cung toàn bộ, hai phần phụ và mạc nối lớn), hóa chất theo chỉ định tùy loại mô bệnh học, giai đoạn bệnh. Thời gian sống thêm không bệnh được

*Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: thaibatapchimtud@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/1/2019

Ngày phản biện khoa học: 1/2/2019

Ngày duyệt bài: 15/2/2019

tính từ khi bệnh nhân phẫu thuật lần đầu đến lúc xuất hiện tái phát, di căn hoặc tử vong mà trước đó chưa phát hiện tái phát. Thời gian sống thêm toàn bộ tính từ lúc PT lần đầu đến khi bệnh tử vong do bệnh.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

- **Tuổi:** bệnh nhân có tuổi ≤ 60 chiếm 64,3%, trên 60 tuổi là hơn 35%

- **Kích thước u:** Tỷ lệ bệnh nhân có $u > 10$ cm chiếm hơn 57%, gần 43% là $u \leq 10$ cm.

Bảng 1. Một số đặc điểm bệnh nhân

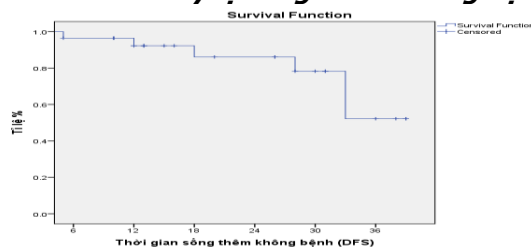
	Đặc điểm	N	%
Giai đoạn bệnh	IC	5	17.9
	II	18	64.2
	III	5	17.9
Mô bệnh học	UTBM thanh dịch	19	67.9
	UTBM nhầy	3	10.7
	UTBM dạng nội mạc tử cung	2	7.1
	UTBM khác	3	14.3
Tổng		28	100

Nhận xét: Giai đoạn II chiếm chủ yếu với 64,2%, UTBM dạng thanh dịch có tỷ lệ cao nhất gần 68%.

3.2. Kết quả điều trị

- **Thời gian sống thêm không bệnh**

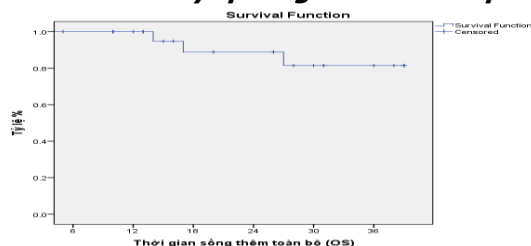
Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống thêm không bệnh



Nhận xét: tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là 92,2%; 86,1%; 52,2%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 33.9 ± 2 tháng. Trong đó, 6 bệnh nhân tái phát lần lượt ở tháng thứ 5, 12, 18, 28 và tháng thứ 33.

- **Thời gian sống thêm toàn bộ**

Biểu đồ 2. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ



Nhận xét: Theo dõi 28 bệnh nhân chúng tôi có tỉ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là 94,5%, 88,8% và 81,4%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 35.5 ± 1.9 tháng. Trong đó, 3 bệnh nhân tử vong ở các tháng thứ 14, 24 và 27.

- **Mối liên quan giữa sống thêm không bệnh và giai đoạn bệnh**

Bảng 2. Mối liên quan DFS và giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân tái phát, di căn	Tỷ lệ DFS %	p
Giai đoạn IC (n=5)	0	100	0,015
Giai đoạn II (n=18)	4	77.8	
Giai đoạn III (n=5)	2	60.0	

Nhận xét: Giai đoạn IC có tỷ lệ sống thêm cao nhất 100%, giai đoạn II có tỉ lệ sống thêm là 77,8%, thấp nhất là giai đoạn III với tỉ lệ DFS là 60% với $p < 0.05$.

- **Mối liên quan giữa sống thêm toàn bộ và giai đoạn bệnh**

Bảng 3. Mối liên quan OS và giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	Số BN tử vong	Tỷ lệ OS %	p
Giai đoạn IC (n=5)	0	100	0,011
Giai đoạn II (n=18)	1	94.4	
Giai đoạn III (n=5)	2	60.0	

Nhận xét: Giai đoạn IC có tỷ lệ sống thêm toàn bộ cao nhất là 100%, tiếp đó là giai đoạn II là 94,4%, thấp nhất là giai đoạn III với tỷ lệ 60% với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Nghiên cứu của chúng tôi có nhóm tuổi: ≤ 60 tuổi gặp nhiều hơn so với nhóm trên 60 tuổi tương ứng là 64,3% và 35,5%. Kết quả này phù hợp với tác giả Nguyễn Tuyết Mai, độ tuổi ≤ 60 là 73,3% và tuổi trên 60 là 26,7%. Theo y văn UTBMBT có nguy cơ mắc bệnh tăng theo tuổi. Tại Mỹ, theo thống kê tỉ lệ mắc UTBMBT ở tuổi > 65 là 52,7/100,000 dân, còn tỉ lệ mắc ở người < 65 tuổi là 9,34/100,000 dân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BN lựa chọn là có điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật do vậy mà có thể độ tuổi trên 60 ít gặp hơn.

Về kích thước u chúng tôi gặp BN có $u > 10$ cm chiếm tỉ lệ cao hơn so với $u \leq 10$ cm với tỉ lệ lần lượt là 57% và 43% và chủ yếu bn ở giai đoạn II chiếm tỉ lệ là 64,2%. Kết quả của chúng tôi khác biệt so với tác giả Nguyễn Tuyết Mai, trong nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Mai tỉ lệ

u>10 cm thấp hơn chiếm 48%. Có sự khác biệt này có thể do nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi rộng hơn từ giai đoạn I-III. Trong nghiên cứu của chúng tôi thể mô bệnh học hay gặp nhất là UTBM dạng thanh dịch chiếm 67.9%, thấp hơn là UTBM nhầy chiếm 10.7%, UTBM dạng nội mạc tử cung chiếm 7.1%, các thể UTBM khác ít gặp. Kết quả của chúng tôi tương đương với các tác giả trong nước và ngoài nước UTBMBT hay gặp nhất vẫn là dạng thanh dịch. Theo tác giả Du Bois A và cs thì UTBM dạng thanh dịch chiếm hơn 70%.

4.2. Kết quả nghiên cứu: Với thời gian theo dõi sống thêm trung bình là 23.1 ± 11.4 tháng, 28 BN có thông tin đầy đủ. Trong quá trình theo dõi có 6 bệnh nhân tái phát và 3 bệnh nhân tử vong do tiến triển bệnh. Trong đó 4 bệnh nhân tái phát là giai đoạn II, 2 BN tái phát ở giai đoạn III, BN tử vong chủ yếu ở giai đoạn III. Tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ 3 năm tương ứng là 52.2% và 81.4%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Nguyễn Tuyết Mai, trong nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Mai thì lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ 3 năm lần lượt là 62.8% và 79.9%. Điều này có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi có cả BN ở giai đoạn III, còn nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Mai BN chỉ gồm giai đoạn IC-II. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với tác giả Paul A Valey và cs, trong nghiên cứu của Paul A tỉ lệ sống thêm 2 năm là 68.9%, do trong nghiên cứu này đối tượng nghiên cứu bao gồm BN từ giai đoạn IC-IV.

Giai đoạn bệnh là một yếu tố tiên lượng rất quan trọng ảnh hưởng đến kết quả sống thêm của bệnh nhân UTBMBT. Trong nghiên cứu của

chúng tôi thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ giảm dần theo giai đoạn bệnh, nghĩa là giai đoạn bệnh càng muộn thì thời gian sống thêm càng ngắn với $p < 0.05$ có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng đúng với các nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới. Theo Germana Tognon và cs thì tỉ lệ sống thêm không bệnh 10 năm của nhóm giai đoạn IC là 72% còn ở nhóm giai đoạn IIA là 46%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi với số lượng bệnh nhân còn ít và thời gian theo dõi còn ngắn tuy vậy bước đầu cho thấy kết quả sống thêm của UTBMBT tại Nghệ An cũng rất khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **National Comprehensive Cancer Network (2016).** Ovarian cancer version 1. 2016.
2. **Nguyễn Văn Hiếu (2015).** Ung thư buồng trứng. *Bệnh học ung thư*, Nhà xuất bản y học Hà Nội, 235- 255.
3. **Howlader, N., et al. (2013),** SEER cancer statistics review, 1975–2010, National Cancer Institute. Bethesda, MD, based on November 2012 SEER data submission, posted to the SEER web site.
4. **Du Bois A, Luck HJ, Meier W et al (2003).** A randomized clinical trial of cisplatin/paclitaxel versus carboplatin/ paclitaxel as first-line treatment of ovarian cancer. J Natl Cancer Inst: 1320-1329
5. **Nguyễn Tuyết Mai (2013).** Mối liên quan giữa nồng độ CA125 với một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ung thư buồng trứng tại bệnh viện K. Tạp chí ung thư học Việt nam, số 1-2013.
6. **Fei Deng, Xia xu, et al (2017).** Age is associated with prognosis serous ovarian cancer. Journal of Ovarian Research.
7. **Germana Tognon, Mario Carnazza, et al (2013).** Prognostic factors in early-stage ovarian cancer. Ecaner: 7: 325.

ĐÁNH GIÁ ĐỘC TÍNH BÁN TRƯỜNG DIỄN CỦA PHÂN ĐOẠN CHIẾT CÓ HOẠT TÍNH KHÁNG SÂU RĂNG TỪ LÁ SIM

Bùi Hải Ninh¹, Nguyễn Thị Minh Ngọc¹, Nguyễn Thị Thắm¹,
Nguyễn Bảo Trân¹, Nguyễn Thị Liên², Bạch Thị Như Quỳnh¹.

TÓM TẮT

Phân đoạn chiết ethylacetate (EtOAC) của lá sim (*Rhodomyrtus Tomentosa* (Aiton) Hassk) trồng ở Việt Nam đã được phát hiện trong nghiên cứu trước đây là

có hoạt tính kháng sâu răng thông qua việc ức chế mạnh sự sinh acid và sự hình thành biofilm của vi khuẩn *Streptococcus mutans*. Ngoài ra, phân đoạn EtOAC không gây kích ứng trên da thỏ. Đây là cơ sở để có thể đánh giá sâu hơn về độc tính và đặc biệt là độc tính bán trường diễn trên mô hình in vivo của phân đoạn tiềm năng này cũng như ứng dụng nó trong các sản phẩm vệ sinh răng miệng. Kết quả thử độc tính bán trường diễn thu được cho thấy không có dấu hiệu ảnh hưởng của mẫu thử ở hai mức liều 1,86mg/kg/ngày trên thỏ (tương ứng với liều 0,6 mg/kg/ngày trên người) và 7,44mg/kg/ngày trên thỏ (tương ứng với liều 2,4mg/kg/ngày trên người) lên

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng,

²Viện Kiểm nghiệm thuốc Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Bạch Thị Như Quỳnh

Email: nhuquynha@gmail.com

Ngày nhận bài: 8/12/2018

Ngày phản biện khoa học: 26/12/2018

Ngày duyệt bài: 5/1/2019

thể trạng, các chỉ số sinh hóa huyết học liên quan đến chức năng tạo máu, chức năng gan, chức năng thận và chỉ số glucose trong huyết tương của thỏ trong suốt 28 ngày uống mẫu thử cũng như theo dõi ở 14 ngày sau khi dừng uống. Các tổ chức tim, gan, thận, phổi, lách, hệ tiêu hóa của thỏ và các mô bệnh học của gan, thận không thấy bất thường hay bị tổn thương nào.

Từ khóa: *Streptococcus mutans*, *Rhodomyrtus tomentosa* (Aiton) Hassk, độc tính bán trường diễn, sâu răng.

SUMMARY

SEMI-CHRONIC TOXICITY OF ACTIVE ETHYLACETATE EXTRACTED FRACTION FROM *RHODOMYRTUS TOMENTOSA* (AITON) HASSK LEAVES

Ethylacetate (EtOAc) fraction extracted from *Rhodomyrtus tomentosa* (Aiton) Hassk grown in Vietnam was previously found to have anticaries activity against *Streptococcus mutans*, a major pathogen of dental caries in human, by inhibiting acidogenic production and biofilm biomass formed by this organism. In addition, EtOAc extracted fraction does not cause irritation on rabbit skin. This is the basis for further evaluation for toxicity and especially the semi-chronic toxicity on the in vivo model as well as its application in oral hygiene products. The obtained results showed that there was no effect of the test sample at two doses of 1.86mg/kg/day in rabbits (corresponding to the dose of 0.6mg/kg/day in humans) and 7.44mg/kg/day in rabbits (corresponding to a dose of 2.4mg/kg/day in humans) on body condition, hematological biochemical indicators related to hematopoietic function, liver function, renal function and plasma glucose index of rabbits during 28 days of taking the sample as well as monitoring at 14 days after stopping drinking. The organisms of heart, liver, kidney, lung, spleen, digestive system of rabbits and histopathology of liver and kidney was not presented any abnormality or injury.

Key words: *Streptococcus mutans*, *Rhodomyrtus tomentosa* (Aiton) Hassk, semi-chronic toxicity, dental caries.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc ứng dụng các chất kháng khuẩn tự nhiên trong các sản phẩm vệ sinh răng miệng đã được quan tâm trong những năm gần đây. Những sản phẩm nước súc miệng chứa các dịch chiết thực vật như chè xanh, lô hội, sáp ong... cũng đã xuất hiện và có thị trường tốt.

Các nghiên cứu mới công bố đã phát hiện thấy dịch chiết lá sim (*Rhodomyrtus tomentosa* (Aiton) Hassk) có khả năng ức chế sự hình thành biofilm của *Staphylococcus aureus* và *Staphylococcus epidermidis* (Limsuwan & cs, 2011, 2012). Khả năng ức chế sự hình thành biofilm và gây tổn thương các biofilm đã hình thành của dịch chiết ethanol của nó đã được chứng minh và cho kết quả tốt hơn cả chất kháng sinh vancomycin. Ngoài ra, dịch chiết này

còn gây ức chế sự sinh trưởng của hàng loạt các vi khuẩn trong đó có *S. mutans*, tác nhân chính gây sâu răng ở người (Limsuwan & cs, 2011, 2012; Leejae & cs, 2013).

Những kết quả nghiên cứu mới của chúng tôi về tác dụng của dịch chiết lá sim lên vi khuẩn *S. mutans* cho thấy dịch chiết lá sim trong ethanol và phân đoạn chiết ethylacetate (EtOAc) có hoạt tính kháng vi khuẩn này mạnh thông qua việc ức chế sự sinh axit và sự tạo biofilm trên mô hình *in vitro* (Nguyễn Thị Mai Phương & cs, 2015). Đây là hai đặc tính gây bệnh quan trọng của vi khuẩn *S. mutans* (Flemming và Wingender, 2010, Koo & cs, 2009). Nhằm mục đích ứng dụng phân đoạn EtOAc này trong nước súc miệng, một sản phẩm sử dụng hàng ngày và lâu dài, chúng tôi đã tiến hành đánh giá độc tính bán trường diễn của phân đoạn chiết EtOAc có từ lá sim trên mô hình *in vivo*. Các kết quả thu được sẽ là cơ sở cho các nghiên cứu ứng dụng tiếp theo với phân đoạn chiết tiềm năng này.

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Vật liệu: Lá Sim được thu hái tại Quảng Ninh và được định tên khoa học là *Rhodomyrtus tomentosa* (Aiton) Hassk. Nguyên liệu được sấy khô trong tủ ẩm ở 55°C, nghiền thành bột mịn và sau đó được ngâm chiết nhiều giờ trong ethanol 96% theo tỉ lệ 1g nguyên liệu: 2 thể tích dung môi. Việc chiết rút phân đoạn được thực hiện lần lượt với các dung môi hexane và ethyl acetate (EtOAc) cũng theo tỉ lệ trên. Mỗi dung môi được chiết 3 lần, mỗi lần 3 ngày. Dịch chiết rút sau đó được quay cất khô chân không và sử dụng cho các thí nghiệm tiếp theo.

2.2. Phương pháp

Xác định độc tính bán trường diễn: Thí nghiệm được thực hiện trên giống thỏ Newzealand trưởng thành không phân biệt giới tính (Khoa Dược lý-Viện kiểm nghiệm thuốc Trung ương) có trọng lượng từ 2,0 – 2,5kg. Thỏ cái không mang thai hay cho con bú và chưa trải qua một thử nghiệm nào trước đó. Thỏ được nuôi mỗi con một lồng trong phòng nuôi có kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm thích hợp với thức ăn và nước uống theo nhu cầu. Số lượng 24 con.

Chuẩn bị mẫu thử: Cơ sở chọn mức liều thử nghiệm: Sản phẩm nước súc miệng dự kiến bảo chế có chứa 0,5 - 2% mẫu thử và giả sử khả năng tồn dư trong miệng ở người dùng là 6ml/người/ngày, tương đương 0,6-2,4mg/kg/ngày nên sử dụng hệ số chuyển đổi liều giữa thỏ và người là 3,1, chúng tôi lựa chọn 2 mức liều thử nghiệm như sau:

Liều thấp: 1,86 mg/kg/ngày trên thỏ (tương

ứng với liều 0,6 mg/kg/ngày trên người)

Liều cao: 7,44 mg/kg/ngày trên thỏ (tương ứng với liều 2,4 mg/kg/ngày trên người).

Cách xử lý và chuẩn bị mẫu thử: Dung dịch đối chứng sử dụng là nước. Liều cao: cân 0,22g mẫu thử, nghiền kỹ, trộn đều với nước để thu

được 11ml (hỗn dịch A). Liều thấp: pha loãng từ hỗn dịch A bằng cách hút 2,5ml hỗn dịch A pha loãng với nước vừa đủ 10ml được hỗn dịch B.

Tiến hành thực nghiệm: Bố trí thí nghiệm: Thí nghiệm được tiến hành trên 24 thỏ, chia thành 3 nhóm: mỗi nhóm 08 con. Thỏ được cho uống dung dịch thử hàng ngày với các mức liều theo Bảng 1.

Bảng 1. Các mức liều thử nghiệm bán trường diễn trên thỏ

Nhóm	Số thỏ thí nghiệm (con)	Dung dịch thử	Thể tích dung dịch thử cho uống (ml/kg thỏ)	Liều dùng (mg mẫu thử/kg thỏ)
Chứng	08	Nước	0,372	---
Thứ 1	08	Hỗn dịch B	0,372	1,86
Thứ 2	08	Hỗn dịch A	0,372	7,44

Quan sát đại thể: sau thử nghiệm tất cả số thỏ được mổ để quan sát đại thể các tổ chức tim, gan, thận, phổi, dạ dày, ruột.

Quan sát vi thể: lấy ngẫu nhiên 03 thỏ/nhóm, tiến hành làm tiêu bản giải phẫu mô bệnh học gan, thận. Tiêu bản gan, thận được cố định bằng Formalin 10%, nhuộm bằng dung dịch nhuộm Hematoxylin eosin (HE) và Perioric acid Schiff (PAS) và quan sát dưới kính hiển vi quang học.

Trình bày và xử lý số liệu: Số liệu thực nghiệm được trình bày dưới dạng giá trị trung

bình cộng trừ độ lệch chuẩn (mean $\pm$ SD) và được xử lý thống kê bằng trắc nghiệm Student.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tình trạng thỏ: Quan sát trong thời gian thí nghiệm, tất cả các thỏ đều hoạt động bình thường, ăn uống tốt, lông mượt. Không có biểu hiện bất thường về thể trạng, cũng như vận động ngoại trừ ở nhóm thử bài tiết phân ướt nhiều hơn nhóm chứng. Thỏ vẫn tăng cân đều trong thời gian thử nghiệm (bảng 2) và sau khi kết thúc thử nghiệm 14 ngày (bảng 3).

Bảng 2. Kết quả theo dõi cân nặng của thỏ

Nhóm (n=8)	Kết quả cân nặng (kg)					P
	Trước TN (m ₀)	Sau 7 ngày (m ₁)	Sau 14 ngày (m ₂)	Sau 21 ngày (m ₃)	Sau 28 ngày (m ₄)	
Chứng (C)	2,08 $\pm$ 0,05	2,22 $\pm$ 0,04	2,32 $\pm$ 0,07	2,42 $\pm$ 0,08	2,57 $\pm$ 0,07	P _{trước-sau} < 0,001
% so với trước thử nghiệm		107,1%	111,3%	116,1%	123,3%	
Thứ 1 (T1)	2,08 $\pm$ 0,04	2,19 $\pm$ 0,04	2,32 $\pm$ 0,05	2,44 $\pm$ 0,04	2,58 $\pm$ 0,02	P _{trước-sau} < 0,001 P _{trước(T1-C)} > 0,05 P _{sau(T1-C)} > 0,05
% so với trước thử nghiệm		105,4%	111,9%	117,5%	124,3%	
Thứ 2 (T2)	2,10 $\pm$ 0,05	2,20 $\pm$ 0,05	2,34 $\pm$ 0,04	2,44 $\pm$ 0,05	2,54 $\pm$ 0,05	P _{trước-sau} < 0,001 P _{trước(T2-C)} > 0,05 P _{sau(T2-C)} > 0,05
% so với trước thử nghiệm		104,7%	111,3%	116,2%	121,1%	

Bảng 3. Theo dõi cân nặng thỏ sau 14 ngày ngừng uống mẫu thử

Nhóm (n = 5)	Kết quả cân nặng (kg)	P _{sau 14 ngày(T-C)}
Chứng (C)	2,68 $\pm$ 0,03	
Thứ 1 (T1)	2,65 $\pm$ 0,05	0,170
Thứ 2 (T2)	2,64 $\pm$ 0,05	0,113

Kết quả theo dõi cân nặng thỏ trong quá trình thí nghiệm cho thấy: Trước thí nghiệm (trước khi uống mẫu thử) và sau 14 ngày dừng mẫu thử: Cân nặng trung bình của thỏ ở các nhóm thử không có sự khác biệt so với nhóm chứng (P_{trước(T1-C)} > 0,05; P_{trước(T2-C)} > 0,05).

Sau 28 ngày uống mẫu thử: Thỏ ở nhóm chứng và hai nhóm thử đều tăng cân ở mỗi thời điểm đánh giá. Có sự khác biệt có ý nghĩa về cân

nặng của thỏ khi so sánh sau 28 ngày thử nghiệm với trước thử nghiệm trong mỗi nhóm (P_{trước-sau} < 0,05). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về cân nặng trung bình giữa nhóm thử so với nhóm chứng (P_{sau(T1-C)} > 0,05; P_{sau(T2-C)} > 0,05).

3.2. Các chỉ số sinh hóa, huyết học liên quan tới chức năng tạo máu, chức năng gan, chức năng thận và chỉ số glucose trong huyết tương. Kết quả xét nghiệm xác định các chỉ số sinh hóa, huyết học liên quan đến chức năng tạo máu, chức năng thận và chỉ số glucose trong huyết tương của thỏ trước thử nghiệm, các thời điểm uống mẫu thử sau 14 ngày, sau 28 ngày và sau dừng uống mẫu thử 14 ngày được thể hiện qua các bảng sau:

Bảng 4. Các chỉ số huyết học

Thời điểm lấy mẫu xét nghiệm	Chỉ tiêu	Nhóm chứng (n = 8) (n* = 5)	Nhóm T1 (n = 8) (n* = 5)	P (T1-C)	Nhóm T2 (n = 8) (n* = 5)	P (T2-C)
Trước khi uống mẫu thử	Hồng cầu (x 10 ¹² / lit)	5,7 ± 1,2	5,8 ± 1,1	0,863	5,7 ± 1,1	1,000
	Bạch cầu (x 10 ⁹ / lit)	5,7 ± 0,2	5,8 ± 0,3	0,261	5,7 ± 0,3	0,707
	Tiểu cầu (x 10 ⁹ / lit)	398,1 ± 62,7	431,9 ± 96,2	0,420	355,8 ± 57,4	0,227
	Hematocrit (%)	38,8 ± 2,0	39,2 ± 2,6	0,747	38,5 ± 1,3	0,532
	Hemoglobin (g/dL)	11,2 ± 0,6	11,2 ± 0,8	0,944	11,2 ± 0,5	0,964
Sau 14 ngày uống mẫu thử	Hồng cầu (x 10 ¹² / lit)	5,7 ± 0,4	6,0 ± 0,5	0,211	5,8 ± 0,3	0,524
	Bạch cầu (x 10 ⁹ / lit)	7,2 ± 1,3	6,7 ± 1,2	0,467	7,8 ± 0,9	0,317
	Tiểu cầu (x 10 ⁹ / lit)	312,4 ± 35,2	330,3 ± 41,8	0,370	350,4 ± 79,5	0,237
	Hematocrit (%)	39,6 ± 1,5	40,3 ± 2,4	0,523	38,6 ± 1,5	0,205
	Hemoglobin (g/dL)	11,7 ± 0,6	11,7 ± 0,9	0,920	11,6 ± 0,4	0,559
Sau 28 ngày uống mẫu thử	Hồng cầu (x 10 ¹² / lit)	5,5 ± 0,2	5,7 ± 0,4	0,201	5,7 ± 0,4	0,256
	Bạch cầu (x 10 ⁹ / lit)	6,5 ± 1,3	6,2 ± 0,6	0,665	7,5 ± 1,9	0,284
	Tiểu cầu (x 10 ⁹ / lit)	392,0 ± 57,1	387,3 ± 72,2	0,886	401,8 ± 75,9	0,834
	Hematocrit (%)	36,9 ± 0,8	38,1 ± 1,8	0,106	38,6 ± 2,2	0,131
	Hemoglobin (g/dL)	10,7 ± 0,2	11,1 ± 0,6	0,099	11,1 ± 0,6	0,096
Sau khi dừng uống mẫu thử 14 ngày (*)	Hồng cầu (x 10 ¹² / lit)	5,8 ± 0,2	5,8 ± 0,1	0,557	5,6 ± 0,2	0,225
	Bạch cầu (x 10 ⁹ / lit)	7,9 ± 0,4	7,7 ± 1,1	0,810	6,6 ± 1,3	0,068
	Tiểu cầu (x 10 ⁹ / lit)	378,2 ± 49,1	335,6 ± 71,5	0,263	337,6 ± 46,2	0,127
	Hematocrit (%)	39,0 ± 0,8	37,7 ± 1,8	0,144	37,6 ± 1,5	0,095
	Hemoglobin (g/dL)	11,3 ± 0,2	11,0 ± 0,5	0,200	11,0 ± 0,3	0,072

Bảng 5. Các chỉ số liên quan chức năng gan

Thời điểm lấy mẫu xét nghiệm	Chỉ tiêu	Nhóm chứng (n = 8) (n* = 5)	Nhóm T1 (n = 8) (n* = 5)	P (T1-C)	Nhóm T2 (n = 8) (n* = 5)	P (T2-C)
Trước khi uống mẫu thử	AST (U/lit)	87,7 ± 19,7	91,9 ± 26,9	0,731	88,3 ± 32,0	0,686
	ALT (U/lit)	76,7 ± 17,1	70,3 ± 22,8	0,538	79,5 ± 22,0	1,000
	Bilirubin toàn phần (μmol/lit)	1,4 ± 0,4	2,5 ± 1,9	0,126	2,0 ± 1,4	0,580
	Protein toàn phần (g/l)	54,7 ± 4,7	56,8 ± 3,8	0,331	54,6 ± 3,9	0,950
	Cholesterol (mmol/l)	2,5 ± 0,5	2,3 ± 0,7	0,636	2,1 ± 0,4	0,210
Sau 14 ngày uống mẫu thử	AST (U/lit)	75,7 ± 17,9	70,8 ± 9,4	0,508	66,2 ± 15,5	0,277
	ALT (U/lit)	86,5 ± 23,0	88,2 ± 15,7	0,859	74,4 ± 11,4	0,204
	Bilirubin toàn phần (μmol/lit)	1,8 ± 0,6	1,8 ± 0,4	0,752	2,3 ± 0,9	0,217
	Protein toàn phần (g/l)	54,6 ± 2,3	57,5 ± 4,2	0,109	57,0 ± 3,0	0,092
	Cholesterol (mmol/l)	2,6 ± 0,6	2,5 ± 0,5	0,802	2,7 ± 0,8	0,783
Sau 28 ngày uống mẫu thử	AST (U/ lit)	85,7 ± 21,6	88,2 ± 18,1	0,808	83,0 ± 24,1	0,600
	ALT (U/ lit)	67,4 ± 14,1	56,8 ± 10,5	0,109	63,2 ± 13,5	0,113
	Bilirubin toàn phần (μmol/lit)	1,1 ± 0,6	1,1 ± 0,4	0,921	1,4 ± 0,8	0,471
	Protein toàn phần (g/l)	54,7 ± 1,5	55,6 ± 1,9	0,326	55,0 ± 3,0	0,838
	Cholesterol (mmol/l)	2,7 ± 0,6	2,2 ± 0,4	0,108	2,2 ± 0,4	0,198
Sau khi dừng uống mẫu thử 14 ngày (*)	AST (U/ lit)	39,5 ± 12,6	37,9 ± 9,8	0,814	28,4 ± 6,2	0,113
	ALT (U/ lit)	65,6 ± 11,1	74,4 ± 17,1	0,315	62,8 ± 13,8	0,735
	Bilirubin toàn phần (μmol/lit)	1,0 ± 0,4	1,4 ± 0,5	0,160	1,6 ± 0,8	0,197
	Protein toàn phần (g/l)	56,0 ± 3,1	54,6 ± 1,6	0,366	52,6 ± 2,5	0,092
	Cholesterol (mmol/l)	3,2 ± 0,9	2,3 ± 0,5	0,088	2,4 ± 0,6	0,148

Bảng 6. Các chỉ số liên quan chức năng thận

Chỉ tiêu	Thời điểm lấy mẫu xét nghiệm	Nhóm chứng (n = 8) (n* = 5)	Nhóm T1 (n = 8) (n* = 5)	P (T1-C)	Nhóm T2 (n = 8) (n* = 5)	P (T2-C)
Urea (mmol/l)	Trước khi uống mẫu thử	4,1 ± 0,3	4,1 ± 0,7	0,965	4,3 ± 0,5	0,338
	Sau 14 ngày uống mẫu thử	4,5 ± 0,5	5,3 ± 1,4	0,171	4,8 ± 0,4	0,316
	Sau 28 ngày uống mẫu thử	4,5 ± 0,6	4,8 ± 0,6	0,262	4,8 ± 0,4	0,262

	Sau 14 ngày dừng uống mẩu thử (*)	6,9 ± 0,9	6,8 ± 0,4	0,849	7,2 ± 0,5	0,515
Creatinin (μmol/l)	Trước khi uống mẩu thử	91,7 ± 9,9	82,3 ± 14,9	0,163	88,8 ± 12,0	0,608
	Sau 14 ngày uống mẩu thử	101,2 ± 6,8	111,0 ± 14,3	0,100	105,2 ± 4,9	0,192
	Sau 28 ngày uống mẩu thử	111,5 ± 13,4	108,6 ± 7,1	0,603	115,4 ± 10,8	0,742
	Sau 14 ngày dừng uống mẩu thử (*)	123,7 ± 12,7	137,5 ± 9,9	0,079	121,9 ± 7,1	0,785

Bảng 7. Chỉ số glucose trong huyết tương (mmol/lit)

Thời điểm lấy mẫu huyết tương thử để xét nghiệm	Nhóm chứng (n = 8) (n* = 5)	Nhóm T1 (n = 8) (n* = 5)	$P_{(T1-C)}$	Nhóm T2 (n = 8) (n* = 5)	$P_{(T2-C)}$
Trước khi thí nghiệm (chưa uống mẩu thử)	7,1 ± 0,5	6,6 ± 0,5	0,072	6,6 ± 0,6	0,177
Sau 14 ngày uống mẩu thử	5,7 ± 0,6	5,9 ± 0,4	0,569	6,2 ± 0,5	0,119
Sau 28 ngày uống mẩu thử	6,7 ± 0,6	6,4 ± 0,7	0,442	7,0 ± 0,5	0,400
Sau 14 ngày dừng uống mẩu thử *	7,1 ± 0,2	7,2 ± 0,3	0,255	7,1 ± 0,3	0,550

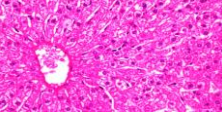
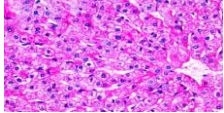
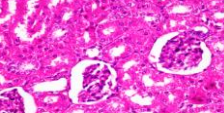
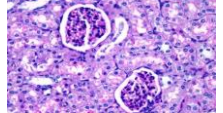
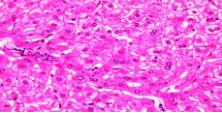
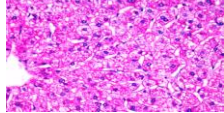
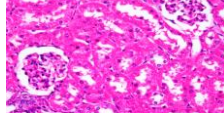
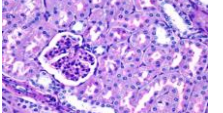
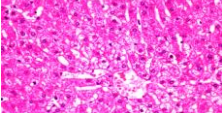
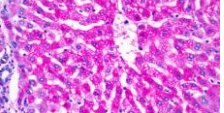
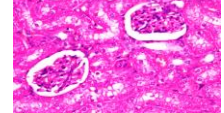
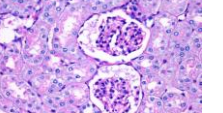
Kết quả xét nghiệm một số chỉ số sinh hóa, huyết học liên quan đến chức năng tạo máu, chức năng gan, chức năng thận và chỉ số glucose trong huyết tương cho thấy: Không có sự khác biệt có ý nghĩa về các chỉ số huyết học liên quan đến chức năng tạo máu, chức năng gan, chức năng thận và chỉ số glucose trong huyết tương giữa nhóm chứng và 2 nhóm thử tại các thời điểm trước khi thí nghiệm, trong quá trình thí nghiệm (sau 14 ngày và 28 ngày uống

mẩu thử) và sau 14 ngày dừng uống mẩu thử ($P_{(T-C)} > 0,05$).

- **Quan sát đại thể:** Kết quả quan sát đại thể các cơ quan nội tạng của tất cả các thử nghiệm cho thấy: không có biểu hiện khác thường về hình dạng bên ngoài, màu sắc của các tổ chức tim, gan, thận, phổi, dạ dày, ruột của các thử nghiệm so với nhóm chứng sau thí nghiệm.

- **Quan sát vi thể:** Kết quả quan sát vi thể do Bộ môn Giải phẫu sinh lý bệnh- Trường Đại học Y Hà Nội thực hiện thể hiện qua các hình sau.

Hình 1. Hình ảnh nhuộm HE/PAS (độ phóng đại 400 lần)

Nhóm	Hình ảnh mô gan		Hình ảnh mô thận	
	Nhuộm HE	Nhuộm PAS	Nhuộm HE	Nhuộm PAS
Chứng				
	Mô gan bình thường, không thấy tổn thương		Mô thận bình thường, không thấy tổn thương	
Thử 1 (liều thấp)				
	Mô gan bình thường, không thấy tổn thương		Mô thận bình thường, không thấy tổn thương	
Thử 2 (liều cao)				
	Mô gan bình thường, không thấy tổn thương		Mô thận bình thường, không thấy tổn thương	

Kết quả vi phẫu cho thấy các mô gan, thận của thử nghiệm thể hiện cấu trúc bình thường và không thấy tổn thương, không có các triệu chứng bất thường liên quan đến việc uống mẩu thử với 2 mức liều khác nhau so với nhóm chứng.

IV. KẾT LUẬN

Việc uống mẩu thử (tạo từ dịch chiết lá sim) liên tục trong 28 ngày với 2 mức liều khác nhau 1,86mg/kg thử/ngày (tương ứng với mức liều 0,6

mg/kg/người/ngày) 7,44 mg/kg thử/ngày (tương ứng với mức liều 2,4 mg/kg người/ngày), không ảnh hưởng đến cân nặng, thể trạng, hoạt động của thử nghiệm. Thỏ khỏe mạnh, tăng cân.

Kết quả xét nghiệm các chỉ số sinh hóa đánh giá chức năng gan, thận (hoạt độ các enzyme AST, ALT trong máu, albumin huyết tương, cholesterol toàn phần trong máu, glucose máu, albumin huyết tương, creatinin máu) và các chỉ số huyết học (hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit, thể tích trung bình hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) không có sự khác biệt có ý nghĩa ở trước thí nghiệm, sau 14 ngày uống mẫu thử, sau 28 ngày uống mẫu thử, và sau 14 ngày dùng uống mẫu thử giữa hai nhóm thử nghiệm so với nhóm chứng ($P_{trước TN}(T-C) > 0,05$, $P_{sau 14 ngày}(T-C) > 0,05$, $P_{sau 28 ngày}(T-C) > 0,05$, $P_{sau 14 ngày dùng uống thuốc}(T-C) > 0,05$).

Không nhận thấy bất thường ở các tổ chức tim, gan, thận, phổi, lách và hệ tiêu hóa của thỏ thử nghiệm khi quan sát đại thể cũng như không nhận thấy tổn thương mô bệnh học của gan, thận khi quan sát vi thể giữa hai nhóm thử và nhóm chứng.

LỜI CẢM ƠN: Để hoàn thành đề tài nghiên cứu này, chúng tôi trân trọng cảm ơn sự tạo điều kiện và hỗ trợ kinh phí của Bộ Y tế trong khuôn khổ của đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ, mã số 03/HĐ-K2ĐT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Flemming H.C., Wingender J., 2010. The biofilm matrix. Nat. Rev. Microbiol., 8: 623-633.
2. Gregoire S., Singh A.P., Vorsal N., Koo H., 2007. Influence of cranberry phenolics on glucan

synthesis by glucosyltransferases and *Streptococcus mutans* acidogenicity, J. Appl. Microbiol., 103(5): 1960-8.

3. Koo H., Xiao J., Klein M.I., (2009) Extracellular polysaccharides matrix-an often forgotten virulence factor in oral biofilm research. Int. J. Oral. Sci., 1(4): 229-34.
4. Leejae S., Taylor P.W., Voravuthikunchai S.P., 2013. Antibacterial mechanisms of rhodomyrtone against important hospital-acquired antibiotic-resistant pathogenic bacteria. J. Med. Microbiol. 62(Pt 1): 78-85.
5. Limsuwan S., Hesselting-Meinders A., Voravuthikunchai S.P., van Dijk J.M., Kayser O., 2011. Potential antibiotic and anti-infective effects of rhodomyrtone from *Rhodomyrtus tomentosa* (Aiton) Hassk on *Streptococcus pyogenes* as revealed by proteomics. Phytomedicine, 118 (11): 934-40.
6. Limsuwan S., Kayser O., Voravuthikunchai S.P., 2012. Antibacterial activity of *Rhodomyrtus tomentosa* (Aiton) Hassk. leaf extract against clinical isolates of *Streptococcus pyogenes*. Evid. Based Complement. Alternat. Med., 2012: 697183.
7. Limsuwan S. & Voravuthikunchai S.P., 2008. *Boesenbergia pandurata* (Roxb.) Schltr., *Eleutherine Americana* Merr. and *Rhodomyrtus tomentosa* (Aiton) Hassk. as antibiofilm producing and anti-quorum sensing in *Streptococcus pyogenes*. FEMS Immunol. Med. Microbiol. 53: 429-436.
8. Nguyễn Thị Mai Phương, Bạch Như Quỳnh, Trần Thị Nhung, Nguyễn Công Thành, Quách Thị Liên, Nguyễn Vũ Anh, Phạm Văn Liệu (2015) Dịch chiết lá sim (*Rhodomyrtus tomentosa* (Aiton) Hassk) ức chế sự sinh acid và sự hình thành biofilm của vi khuẩn *Streptococcus mutans*. Tạp chí Y học Việt Nam 433:177-183.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SÙI MÀO GÀ BẰNG LASER CO₂ TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TP.CẦN THƠ NĂM 2018

Nguyễn Thị Thùy Trang*, Phạm Đình Tự**
Nguyễn Thị Thúy Liễu*, Huỳnh Văn Bá*

TÓM TẮT

Sùi mào gà sinh dục là một bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục, do tác nhân Human papilloma virus. Có nhiều phương pháp điều trị, trong những năm gần đây, laser CO₂ được ứng dụng nhiều trong y học, đặc biệt cho hiệu quả nhanh, ít gây nhiễm trùng, cầm máu tốt, với vai trò chủ yếu là con dao mổ thì việc điều trị sùi mào gà bằng phẫu thuật laser CO₂ đã được nhiều cơ sở y tế đang áp dụng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh sùi mào gà điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thành

phố Cần Thơ năm 2018. Nhận xét kết quả điều trị bệnh sùi mào gà bằng laser CO₂ điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ năm 2018. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang **Kết quả:** Theo nghiên cứu 130 bệnh nhân, sùi mào gà nhọt chiếm 76,9%, sùi mào gà sần 51,5%, sần sùng hóa 71,5%, sần dẹt 19,2%. Kết quả điều trị tốt 74,62%, tỷ lệ tái phát 26,15%, tỷ lệ tác dụng phụ 4,62%, tỷ lệ biến chứng chảy máu 40,8%, đau 43,8%, phù nề 40%. **Kết luận:** Sùi mào gà nhọt là dạng thường gặp nhất 76,9%. Kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ 74,62%.

Từ khóa: Sùi mào gà sinh dục, Human papillomavirus, laser CO₂.

SUMMARY

THE STUDY OF CLINICAL FEATURES AND RESULT OF TREATMENT GENITAL WART BY CARBON DIOXIDE LASER AT CAN THO HOSPITAL OF DERMATO-VENEREOLOGY IN 2018

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Bệnh viện Da Liễu TP. Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Bá

Email: bs.ba_fob@gmail.com.vn

Ngày nhận bài: 11.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 2.2.2019

Ngày duyệt bài: 16.2.2019

Background: Genital warts caused by *Human papilloma virus*, are the most common sexually transmitted disease. There are a lot of treatment methods. In recent years, when laser technology developed and applied much in medicine, especially for fast, less infectious, haemostatic treatment, with the main role of scalpel, the treatment of genital warts by CO2 laser surgery has been applied in many clinics. **Ojectives:** To describe clinical features of genital warts patients who are treated in 2018 at Can Tho hospital of dermato-venereology. To comment about treatment results by CO2 laser surgery in 2018 at Can Tho Hospital of dermato-venereology. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** Among 130 genital warts patients treated by CO2 laser the clinical form was divided into four groups including acuminated condyloma (76,9%), papular condyloma (51,5%), keratotic condyloma (71,5%) and flat-topped papules (19,2%). The good result was 74,62%, relapse 26,15%, side effects 4,62%, hemorrhage complication 40,8%, pain 43,8%, swelling 40%. **Conclusion:** The most common clinical form was acuminated condyloma (76,9%). The good result in patients with genital warts was 74,62%.

Key word: Genital warts, *Human papillomavirus*, CO2 laser

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sùi mào gà sinh dục là một bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục, do tác nhân *Human papilloma virus*. Những nghiên cứu gần đây cho thấy việc nhiễm *Human papilloma virus* là rất phổ biến trong người trẻ ở độ tuổi có hoạt động tình dục, nhưng thường không có triệu chứng và thoáng qua. Người ta ước tính rằng 30% đến 50% người lớn hoạt động tình dục bị nhiễm *Human papilloma virus*, chỉ có khoảng 1% đến 2% số bệnh nhân nhiễm *Human papilloma virus* có triệu chứng lâm sàng trở thành vi khuẩn acid lactic được nhiều tác giả đề cập đến trong các nghiên cứu gần đây.

Đến nay người ta đã xác nhận có hơn 130 týp *Human papilloma virus* và hầu hết các týp này đều không gây ra các triệu chứng đáng chú ý và sẽ tự sạch nhiễm. Có hơn 40 týp *Human papilloma virus* gây bệnh ở sinh dục, trong đó týp 6 và 11 chiếm tới 90%. Các týp 16, 18, 31, 33, 34 và 35 có thể gây loạn sản thượng bì và dẫn đến ung thư về sau. Bệnh sùi mào gà ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, gây tâm lý lo lắng và sự gánh nặng về chi phí điều trị, ước tính khoảng 6 tỷ đô la mỗi năm tại Hoa Kỳ. Vì thế cần có sự quan tâm, theo dõi đúng mức từ việc phòng chống lây nhiễm đến việc tầm soát phát hiện bệnh và những điều trị thích hợp, để tránh những hậu quả nặng nề về sau. Điều trị sùi mào gà có nhiều phương pháp, nhưng chưa có phương pháp nào được xem là lý tưởng.

Những năm gần đây khi công nghệ laser phát triển và được ứng dụng nhiều trong y học, đặc biệt cho hiệu quả nhanh, ít gây nhiễm trùng, cầm máu tốt, với vai trò chủ yếu là con dao mổ thì việc điều trị sùi mào gà bằng phẫu thuật laser CO2 đã được nhiều cơ sở y tế đang áp dụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 130 bệnh nhân sùi mào gà đến khám và điều trị tại BVĐL Cần Thơ từ 5/2018-11/2018 có tiêu chuẩn chẩn đoán và tiêu chuẩn chọn bệnh rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Dạng thương tổn sùi mào gà

Dạng thương tổn	n	%
SMG nhọn	100	76,9
SMG sần	67	51,5
Sần sừng hóa	93	71,5
Sần dẹt	25	19,2

Nhận xét: Tỷ lệ thương tổn dạng sùi là 76,9%, dạng sần là 51,5%, dạng sần sừng hóa là 71,5%, dạng sần dẹt là 19,2%.

Bảng 3.2: Số ngày điều trị sùi mào gà bằng laser Carbon dioxide

Ngày điều trị		
Ngắn nhất	Dài nhất	Trung vị
4	45	11

Nhận xét: Số ngày điều trị ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 45 ngày và trung vị là 11 ngày.

Bảng 3.3: Kết quả điều trị sùi mào gà bằng laser Carbon dioxide

Kết quả điều trị		n	%
Tốt		97	74,62
Tái phát		34	26,15
Tác dụng phụ		6	4,62
Biến chứng	Chảy máu	53	40,8
	Đau	57	43,8
	Phù nề	52	40

Nhận xét: Điều trị sùi mào gà bằng laser CO2 đạt kết quả tốt chiếm 74,62%, tái phát chiếm 26,15% và có tác dụng phụ là 4,62%. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị sùi mào gà bằng laser CO2 có biến chứng chảy máu là 40,8%, đau 43,8% và phù nề 40%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi, thương tổn dạng sùi và dạng sần sừng hóa chiếm tỷ chủ yếu lần lượt là 76,9% và 71,5%, kế đến là dạng sần là 51,5% và thấp nhất là dạng sần dẹt 19,2%.

Theo Bùi Thùy Dung (2018) [2], trong 46 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 40 bệnh nhân có thương tổn là sùi chiếm 87%, còn lại 6 bệnh nhân có thương tổn là những sẩn chiếm 13%, không có thương tổn dát. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Minh (2010) [3] là 80,9% và nghiên cứu của F. Akapadjan, H. Adegbiđi và cộng sự (2017) [6], tỷ lệ sùi là 82,4%. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương tự với các tác giả trên, dạng sùi là chiếm ưu thế.

Khác với nghiên cứu của chúng tôi thì nghiên cứu của F. Akapadjan, H. Adegbiđi và cộng sự (2017), có 6,8% thương tổn là sùi mào gà khổng lồ là một thể rất hiếm gặp do HPV6 và 11 gây nên. Bệnh có đặc điểm là xâm lấn xuống dưới trung bì. Tổ chức bệnh học có những vùng lành tính xen kẽ với các ổ tế bào thượng bì bất thường hoặc các tế bào biệt hóa ung thư tế bào gai. Các vị trí và hình thái lâm sàng của các thương tổn được quan sát thấy ở bệnh nhân của chúng tôi là phù hợp với các tài liệu chứng minh rằng sùi mào gà có thể là sùi, sẩn, thậm chí khổng lồ đặc biệt ở người suy giảm miễn dịch.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số ngày điều trị trung vị là 11 ngày, ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 45 ngày. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quý Thái (2002) [4] số ngày điều trị trung bình của phương pháp laser CO₂ là 5,16 ngày.

Như vậy, kết quả này của Nguyễn Quý Thái thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể là do quy trình điều trị ở mỗi Bệnh viện khác nhau. Mặc khác, số ngày điều trị còn tùy thuộc vào số lượng thương tổn trên từng đối tượng nghiên cứu là khác nhau.

Nghiên cứu của chúng tôi, điều trị sùi mào gà bằng laser CO₂ đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất là 74,62%, tái phát chiếm 26,15% và có tác dụng phụ là 4,62%. Trong các biến chứng xảy ra trên bệnh nhân sùi mào gà, biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là chảy máu 43,8%, tiếp theo là biến chứng đau chiếm 40,8% và nhỏ nhất là biến chứng phù nề chiếm 40%.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Quý Thái (2002) [4], kết quả điều trị tốt chiếm 70,05%, tái phát chiếm 17,1%, tác dụng phụ là 2,63%. Biến chứng chảy máu 1,31%, đau rát 3,94%, sưng nề 6,58%.

Như vậy kết quả điều trị tốt cũng như tỷ lệ tái phát và tác dụng phụ của chúng tôi gần tương đương với tác giả Nguyễn Quý Thái, tuy nhiên tỷ lệ các biến chứng đau, chảy máu và phù nề ở các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả Nguyễn Quý Thái, điều này có thể là do thời gian theo dõi trong nghiên cứu

của chúng tôi dài hơn và số lần điều trị từ 2 lần chiếm tỷ lệ cao nên xác suất có biến chứng ở các lần điều trị khác nhau là độc lập. Mặt khác, vị trí thương tổn ở thành âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nên hạn chế vô cảm ở vùng đó và kiểm soát chảy máu cũng khó khăn hơn, chính vì vậy tỷ lệ các biến chứng chảy máu, đau, phù nề trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ khá cao.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 130 bệnh nhân sùi mào gà trong thời gian từ tháng 5/2018 đến tháng 11/2018 tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ. Một số kết luận được rút ra như sau:

Dạng thương tổn: sùi mào gà nhọn 76,9%, sùi mào gà sẩn 51,5%, sẩn sừng hóa 71,5%, sẩn dẹt 19,2%.

Số ngày điều trị: ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 45 ngày, trung vị 11 ngày.

Kết quả điều trị: tỷ lệ tốt 74,62%, tỷ lệ tái phát 26,15%, tỷ lệ tác dụng phụ 4,62%, tỷ lệ biến chứng chảy máu 40,8%, đau 43,8%, phù nề 40%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Nguyễn Phương Anh (2015)**, *Đánh giá tác dụng của cimetidin trong phòng tái phát ở bệnh nhân bị sùi mào gà so với trị liệu laser CO₂ đơn thuần*, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Bùi Thùy Dung (2018)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, tìm hiểu một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị bệnh sùi mào gà bằng phương pháp đốt điện tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ năm 2017-2018*, Luận văn tốt nghiệp Đại học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
3. **Nguyễn Quang Minh (2010)**, "Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến bệnh sùi mào gà", *Tạp chí Da liễu học Việt Nam*, (10), tr. 31-35.
4. **Nguyễn Quý Thái (2011)**, "Đánh giá hiệu quả điều trị sùi mào gà sinh dục bằng phẫu thuật Laser CO₂ tại Thành phố Thái Nguyên", *Tạp chí Y học thực hành*, (6), pp.111-114.
5. **Adamkova.V, Petras.M (2015)**, "Rates and predictors of genital warts burden in the Czech population", *International Journal of Infectious Diseases*, 35, pp. 29-33.
6. **Akapadjan F, Adegbiđi H, et al (2017)**, "Anogenital Condyloma: Epidemiological, Clinical, Therapeutic and Evolutionary Aspects of 74 cases in Benin", *Journal of Comestics Dermatological Sciences and Applications*, 7(3), pp. 221-228.
7. **Azizjalali, M., Ghaffarpour, G., Mousavifard, B. (2012)**, "CO₂ Laser therapy versus cryotherapy in treatment of genital warts; a Randomized Controlled Trial (RCT)", *Iranian Journal of Microbiology*, 4(4), pp.187-190.
8. **Bouscarat F, Aubin F (2016)**, External Genital warts (Condyloma), *Annales De Dermatologie et De Venereologie*, 143, pp. 741-745.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN XƯƠNG THỦY TINH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 7A (2012 - 2016)

Trần Quốc Doanh*, Phạm Đăng Ninh**, Lương Đình Lâm***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân (BN) xương thủy tinh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng 42 BN, tuổi từ 2-30 tuổi (trung bình $11,57 \pm 6,29$ tuổi) được chẩn đoán bệnh xương thủy tinh. **Kết quả:** Chỉ gặp type I và type III. 100% các trường hợp đều có tiền sử gãy xương, số lần gãy xương trung bình $14,29 \pm 10,26$. Đặc điểm lâm sàng điển hình là cứng mạc xanh 37/42 (88,1%), tạo răng bất toàn gặp 26/42 (61,9%). Biến dạng ở các chi trên lâm sàng chủ yếu gặp biến dạng cong vẹo (19,0% - 83,3%). Khả năng vận động trước vào viện chủ yếu là ngồi tại chỗ 13/42 (31%). Vận động bằng động tác trườn hoặc lê bằng mông 27/42 (57,1%). Có 7/42 (16,67%) bệnh nhân có hình ảnh nhiều xương thóp sọ. **Kết luận:** Bệnh lý xương thủy tinh gây ra những biến đổi rõ rệt về lâm sàng

Từ khóa: Bệnh xương thủy tinh

SUMMARY

CLINICAL FEATURES IN OSTEOGENESIS IMPERFECTA PATIENTS TREATED AT 7A MILITARY HOSPITAL (2012 - 2016)

Objective: To understand the clinical characteristics of patients in Osteogenesis Imperfecta. **Subjects and Methods:** A clinical study of 42 patients, aged 2-30 years (mean 11.57 ± 6.29 years), was diagnosed with Osteogenesis Imperfecta disease. **Results:** Type I and Type III only. 100% cases had a history of fractures, the average fracture frequency was 14.29 ± 10.26 . The typical clinical features were 37/42 blue sclerae (88.1%), dentinogenesis imperfecta 26/42 (61.9%). Deformities in the clinical limbs are mainly affected by curved (19.0% - 83.3%). The preoperative mobility was independent sitting 13/42 (31%). Crawling/bottom shuffling 27/42 (57.1%). There were 7/42 (16.67%) patients with wormian bones. **Conclusion:** Osteogenesis imperfecta pathology caused significant deformity in clinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Xương thủy tinh (Osteogenesis Imperfecta) là một rối loạn tổng hợp Collagen typ I bẩm sinh của xương, làm xương trở nên giòn hoặc mềm và dễ gãy [2]. Do đó xương thường có biến dạng cong vẹo, giảm khối lượng xương và có những bất thường các mô liên kết.

Chính những tính chất trên dẫn đến những biến đổi lớn về giải phẫu và hình ảnh X quang ở tất cả các xương trên cơ thể người bệnh. Cùng với những rối loạn phát triển của xương thì bệnh nhân xương thủy tinh cũng có những đặc điểm lâm sàng đặc trưng. Việc nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của các xương ở bệnh nhân mắc bệnh xương thủy tinh đã được một số tác giả thực hiện và đã góp phần phục vụ tốt cho mục đích chẩn đoán và điều trị ngoại khoa đối với bệnh lý xương thủy tinh. Tại Việt nam cho đến thời điểm hiện nay, các nghiên cứu này còn rất hạn chế về số lượng và chưa thực hiện nghiên cứu một cách hệ thống.

Những năm gần đây nhóm nghiên cứu đã bước đầu thực hiện nghiên cứu tổng kết 42 bệnh nhân mắc bệnh xương thủy tinh được khám và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân Y 7A. Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo kết quả nghiên cứu của mình về một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang các xương ở bệnh nhân xương thủy tinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 42 BN bị bệnh xương thủy tinh được điều trị tại Bệnh viện Quân Y 7A – Quân Khu 7, trong thời gian từ tháng 01/2012 đến tháng 12/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- BN chẩn đoán mắc bệnh xương thủy tinh theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng được Neish A.S, Winalski (1995) [1]; tiêu chuẩn chẩn đoán X quang theo Pattekar MA và cs (2003)[1] và theo phân loại của Silience (1979) [2]. - Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

- Không có bệnh lý cần chẩn đoán phân biệt với bệnh xương thủy tinh.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả đánh giá đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu.

- Thu thập số liệu: qua thăm khám tổng kê những đặc điểm lâm sàng thường gặp trong bệnh xương thủy tinh, khảo sát những thay đổi về hình thái ở tứ chi.

- Quản lý và phân tích số liệu

- Số liệu thu thập thống nhất theo bệnh án nghiên cứu. Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0 với các thuật toán thống kê thích hợp.

*Bệnh viện 7B, Quân khu 7

**Bệnh viện 103, HVQY

***Bệnh viện Chợ Rẫy TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Doanh

Email: drtranquocdoanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/1/2019

Ngày phản biện khoa học: 1/2/2019

Ngày duyệt bài: 16/2/2019

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n=42)

Giới	Tuổi				
	Số bệnh nhân	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nam	24	12,50	6,29	2,0	30,0
Nữ	18	10,33	5,75	2,0	23,0
Tổng	42	11,57	6,09	2,0	30,0

Nhận xét: Bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trẻ, tuổi trung bình là $11,57 \pm 6,29$ trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 30 tuổi, nhỏ nhất là 2 tuổi. Số bệnh nhân nam nhiều hơn số bệnh nhân nữ.

Bảng 2. Phân loại bệnh theo bảng phân loại của Sillence (n=42)

Giới	Type			
	I		III	
	Số BN	Tỷ lệ(%)	Số BN	Tỷ lệ(%)
Nam	20	83.3%	4	16.7%
Nữ	17	94.4%	1	5.6%
Tổng	37	88,1%	5	11,9%

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu chỉ gặp type I và type III theo phân loại của Sillence. Số BN type I nhiều gấp 7 lần số bệnh nhân type III. Trong nghiên cứu này không gặp type II và type IV.

Bảng 3. Tiền sử gãy xương trước đây và Số lần gãy xương trung bình (n=42)

Gãy xương	Kết quả		n = 42		
			Số BN		Tỷ lệ(%)
	Đã từng gãy		42		100
	Chưa gãy		0		0
Tổng			42		100
Số lần gãy	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
	42	14,29	10,26	2	53

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy 100% các trường hợp đều có tiền sử gãy xương, số lần gãy xương trung bình $14,29 \pm 10,26$ lần, bệnh nhân gãy ít nhất là 2 lần; bệnh nhân gãy nhiều nhất là 53 lần gãy xương.

Bảng 4. Phân bố gãy xương theo vị trí (n=42)

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Cánh tay phải	12	28,6
Cánh tay trái	9	21,4
Cẳng tay phải	10	23,8
Cẳng tay trái	9	21,4
Đùi phải	38	90,5
Đùi trái	39	92,9
Cẳng chân phải	26	61,9
Cẳng chân trái	25	59,5

Nhận xét: Trong tiền sử, tần xuất có gãy xương chi trên thấp hơn hẳn so với gãy xương chi dưới. Gãy chi trên từ 21,4-28,6% có gãy xương so với chi dưới là từ 59,5-92,9% có gãy xương

Bảng 5. Triệu chứng thực thể (n=42)

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Khuôn mặt	Bình thường	42	100
Củng mạc	Bình thường	5	11,9
	Xanh	37	88,1
Dãi mở đục quanh giác mạc	Có	5	11,9
	Không	37	88,1
Răng	Bình thường	15	35,7
	Tạo răng bất toàn	26	61,9
	Chăm mọc răng	1	2,4
Thính lực	Bình thường	42	100,0
Lồng ngực	Bình thường	33	78,6
	Nhỏ ức gà	9	21,4
Cột sống	Bình thường	27	64,3
	Veo	15	35,7
Khớp	Bình thường	4	9,5

	Lồng khớp	38	90,5	
Thoát vị	Không	42	100,0	
Yếu cơ	Có	40	95,2	
	Không	2	4,8	

Nhận xét: Các triệu chứng thực thể khá đa dạng, chủ yếu ghi nhận các bất thường tại hệ thống nhiều cơ quan. Mắt có triệu chứng sưng mạc xanh 37 trường hợp chiếm 88,1%. Dải mờ đục quanh giác mạc chỉ có 5 trường hợp chiếm 11,9%. Tạo răng bất toàn gặp 26 trường hợp chiếm 61,9%. Có 1 trường hợp trẻ 2 tuổi chưa mọc răng được đánh giá chậm mọc răng chiếm 2,4%. Lồng ngực nhỏ ức gà có 9 trường hợp (21,4%). Cột sống lệch vẹo 15 trường hợp (35,7%). Lồng khớp và yếu cơ chiếm từ 90,5 đến 95,2%.

Bảng 6. Biến dạng cong vẹo ở chi theo vị trí (n=42)

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Cánh tay P	8	19,0
Cánh tay T	8	19,0
Cẳng tay P	9	21,4
Cẳng tay T	9	21,4
Đùi P	31	73,8
Đùi T	35	83,3
Cẳng chân P	26	61,9
Cẳng chân T	26	61,9

Nhận xét: Biến dạng ở các chi chủ yếu biến dạng cong vẹo chiếm tỷ lệ từ 19,0% đến 83,3% các trường hợp. Chủ yếu là biến dạng cong gấp nhiều ở 2 chi dưới đùi và cẳng chân chiếm từ 61,9-83,3%.

Bảng 7. Khả năng vận động lúc vào viện (n=42)

Khả năng vận động	n = 42	Tỷ lệ(%)
Ngồi độc lập	13	31,0
Trườn/lê bằng mông	24	57,1
Đứng độc lập được	1	2,4
Đứng có hỗ trợ	0	0,0
Đi lại độc lập được	3	7,1
Đi lại có hỗ trợ	1	2,4

Nhận xét: Khả năng vận động trước vào viện chủ yếu là ngồi tại chỗ 13/42 trường hợp (31%). Vận động bằng động tác trườn hoặc lê bằng mông 27/42 trường hợp (64,3%). Tự đứng được (đứng độc lập) 1 trường hợp (2,4%). Có 1 trường hợp (2,4%) đi có hỗ trợ. Chỉ có 3 trường hợp tự đi lại được (đi độc lập) chiếm 7,1%

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu từ tháng 01/2012 đến tháng 12/2016 với 42 bệnh nhân xương thủy tinh nhập viện khám và điều trị; trong đó thấp nhất là 2 tuổi và cao nhất là 30 tuổi. Bao gồm 24 nam (48,48%) và 18 nữ (52,52%). Tuổi trung bình $11,57 \pm 6,29$. Tuổi trung bình của nam là 12,50, cao hơn so với nữ (10,33).

Nhóm nghiên cứu chỉ gặp type I và type III theo phân loại của Sillence và không gặp type II và type IV. Số bệnh nhân type I nhiều gấp 7,4

lần số bệnh nhân type III và bệnh nhân vào viện chủ yếu do biến dạng cong ở xương. Số lần gãy xương trung bình $14,29 \pm 10,26$ lần. BN ít nhất là 2 lần; BN nhiều nhất là 53 lần gãy xương.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% các trường hợp đều có tiền sử gãy xương; số lần gãy xương trung bình $14,29 \pm 10,26$ lần. Kết quả này phù hợp với mô tả của Robert Steiner [8]: bệnh nhân OI type III có tần xuất gãy xương cao nhất, bệnh nhân type II thường tử vong sớm (60% tử vong trong ngày đầu, 80% tử vong trong tuần đầu) nên tần số gãy xương không được nhắc đến. Bệnh nhân OI type III có thể gãy xương đến 200 lần trong cuộc đời ngay cả khi không có chấn thương. Bệnh nhân OI type I có tần xuất gãy xương ít hơn nhưng cũng có thể đến 60 lần trong cuộc đời. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả J. M. Wilkinson [6].

Phân loại được sử dụng rộng rãi nhất cho bệnh Xương thủy tinh của Sillence (1979) phân thành bốn type, dựa trên lâm sàng và đặc điểm X quang và di truyền [4].

Kết quả nghiên cứu trong 42 bệnh nhân mắc bệnh xương thủy tinh chỉ gặp type I và type III theo phân loại của Sillence theo thứ tự là 88,1% và 11,9%. Số bệnh nhân type I nhiều gấp 7,4 lần số bệnh nhân type III Trong nghiên cứu này không gặp type II và type IV. Tuy nhiên, kết quả này trái ngược với kết quả nghiên cứu của Cấn Thị Bích Ngọc (2009) type III chiếm tỷ lệ cao nhất (63%), sau đó đến type I là thể nhẹ nhất chiếm 17%, type IV là thể nặng sau type III, chiếm 12%; thể nặng nhất là type II, thường tử vong trong giai đoạn sơ sinh chiếm tỷ lệ thấp nhất (8%) [2].

Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân biểu hiện khá đa dạng gồm đau nhức xương về đêm, chóng mặt, táo bón, dễ bị bầm tím; trong đó triệu chứng đau nhức xương về đêm và chóng mặt hay gặp hơn chiếm 11,9%. Còn các triệu chứng táo bón và dễ bị bầm tím ít gặp hơn chiếm tỷ lệ lần lượt là 9,5% và 4,8%. Các lý do vào viện của bệnh nhân là do biến dạng xương và gãy xương; trong đó, chủ yếu là do biến dạng

xương chiếm 31/42 bệnh nhân (73,8%). Có 11 bệnh nhân bị gãy xương do tai nạn sinh hoạt chiếm 26,2%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của các tác giả khác, Cấn Thị Bích Ngọc (2009) biểu hiện gãy xương tự phát và tái phát là chủ yếu, chiếm 96%; 68% bệnh nhân có biểu hiện biến dạng xương dài sau đẻ [2].

Triệu chứng phổ biến của bệnh nhân xương thủy tinh là lỏng khớp (90,5%) và yếu cơ (95,2%); tiếp theo là triệu chứng cứng mạc mắt xanh chiếm tới 88,1%, triệu chứng ở răng biểu hiện tạo răng bất toàn gặp 26 trường hợp chiếm 61,9%.

Các triệu chứng ít gặp hơn như lệch vẹo cột sống chiếm 35,7%; biến đổi ở lồng ngực biểu hiện nhô ức gà chiếm 21,4%; có 5 trường hợp có dải mờ đục quanh giác mạc chiếm 11,9%. Chú ý tới 1 trường hợp trẻ 2 tuổi chưa mọc răng được đánh giá chậm mọc răng chiếm 2,4%.

Đối với đặc điểm biến dạng chi, trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là biến dạng cong vẹo chiếm tỷ lệ từ 19,0% đến 83,3% các trường hợp. Trong đó, gặp nhiều ở 2 chi dưới đùi và cẳng chân chiếm từ 61,9-83,3%.

Khả năng đi lại của bệnh nhân khi vào viện bị hạn chế nhiều; chỉ có 3 trường hợp tự đi lại được (đi độc lập) chiếm 7,1%, 1 trường hợp đi lại được với sự hỗ trợ chiếm 2,4%. Đa số các bệnh nhân vận động bằng động tác trườn hoặc lê bằng mông chiếm 57,1%. Có 31% các trường hợp có thể ngồi độc lập được. Tương tự kết quả của tác giả J. M. Wilkinson (1998) nghiên cứu trên 24 bệnh nhân nhi cũng thấy, trước phẫu thuật có 15 bệnh nhân không có khả năng đi lại, chỉ có 3 bệnh nhân là đi lại được với sự hỗ trợ [6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 42 bệnh nhân xương thủy

tinh chúng tôi thấy đặc điểm lâm sàng khá đa dạng. Bệnh nhân có tuổi từ 2 – 30 tuổi, bệnh nhân tiền sử gãy xương chiếm 100%, số lần gãy chân trung bình 14 lần. Xương gãy chủ yếu là chi dưới, xương đùi chiếm trên 90%, số lần gãy xương đùi cao nhất 4,5 lần. Bất thường về răng chiếm tỉ lệ cao 64,3% (tạo răng bất toàn, chậm mọc răng), vẹo cột sống, biến dạng chi gặp chủ yếu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Hồng Châu (2015)**, "Xác định đột biến gen Col1a1, col1a2 gây bệnh xương bất toàn(osteogenesis imperfecta)", Luận văn tiến sĩ y khoa, Hóa sinh, Đại học y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Cấn Thị Bích Ngọc (2009)**, " Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Cận lâm sàng và điều trị bệnh tạo xương bất toàn tại bệnh viện nhi Trung Ương", luận văn thạc sĩ, nhi khoa, Đại học y Hn, Hà Nội.
3. **Anam E. A., Rauch F., Glorieux F. H. and et al**, "Osteotomy Healing in Children With Osteogenesis Imperfecta Receiving Bisphosphonate Treatment", *J Bone Miner Res*, 2015. 30(8), pp. 1362-8.
4. **Sillence D. O., Senn A. and Danks D. M.**, "Genetic heterogeneity in osteogenesis imperfecta", *J Med Genet*, 1979. 16(2), pp. 101-16.
5. **Cho, T.J., et al.**, *Fracture in long bones stabilised by telescopic intramedullary rods in patients with osteogenesis imperfecta*. *J Bone Joint Surg Br*, 2011. 93(5): p. 634-8.
6. **Wilkinson, J.M., et al.**, *Surgical stabilisation of the lower limb in osteogenesis imperfecta using the Sheffield Telescopic Intramedullary Rod System*. *J Bone Joint Surg Br*, 1998. 80(6): p. 999-1004.
7. **D.L.Rosemberg, E.O.Goiano, M.Akkari, C. Santili (2018)**, " Effects of a telescopic intramedullary rod rod for treating patients with osteogenesis imperfecta of the femur", *J Child Orthop*, 2018;12:97-103.
8. **G.Jesudass, S.L., S. Balasubramanyam**, *Dentinogenesis imperfecta with osteogenesis imperfecta: A CASE REPORT*. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*.

ĐÁNH GIÁ ĐỘ BỀN KHÁNG GỠ VÀ PHÂN LOẠI KIỂU GỠ CỦA RĂNG NGUYÊN VẸN VÀ BA LOẠI VẬT LIỆU PHỤC HỒI INLAY

Đoàn Minh Trí*

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá độ bền kháng gãy và phân loại kiểu gãy của răng nguyên vẹn

*Trường Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Trí

Email: trimdr818@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/11/2018

Ngày phản biện khoa học: 7/12/2018

Ngày duyệt bài: 11/2/2019

khi sử dụng ba loại vật liệu phục hồi inlay. Thử nghiệm thực hiện trên 40 răng cối nhỏ hàm trên vĩnh viễn của người trưởng thành, kích thước xấp xỉ nhau, chia làm 4 nhóm (mỗi nhóm 10 răng) nhóm chứng (CO)-răng nguyên vẹn; nhóm RZ phục hồi inlay trực tiếp bằng composite; nhóm RD phục hồi inlay gián tiếp bằng composit trong la bỏ, nhóm CE phục hồi inlay bằng sứ. Đặt từng mẫu răng đã gắn inlay vào máy đo lực LLOYD LR30K (Lloyd, USA) để đo giá trị lực tối đa làm cho răng gãy hoàn toàn và phân loại kiểu gãy. Độ bền kháng gãy cao nhất ở nhóm răng

nguyên ($1293,41 \pm 199,79N$), kể đến là nhóm inlay sứ ($997,86 \pm 159,66N$), nhóm inlay composite sử dụng trong Lab ($792,93 N \pm 116,74N$), nhóm có giá trị thấp nhất là nhóm inlay composite sử dụng trên lâm sàng ($717,09 \pm 76,65N$) và khác biệt giữa 4 nhóm vật liệu là có ý nghĩa thống kê. Phần lớn có kiểu gãy thuận lợi có khả năng phục hồi được (87%). Trong nhóm inlay composite, toàn bộ kiểu gãy đều thuộc loại gãy thuận lợi, chủ yếu là loại II. Nhóm răng nguyên và nhóm inlay sứ có kiểu gãy tương tự nhau, chủ yếu là gãy loại III. Nghiên cứu cho thấy, giá trị độ bền kháng gãy của nhóm inlay sứ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với composite. Đa số các kiểu gãy của mẫu có khả năng phục hồi được; tuy vậy nhóm răng nguyên và inlay sứ là có kiểu gãy không thuận lợi (IV và V).

Từ khóa: Độ bền kháng gãy, kiểu gãy, inlay sứ, inlay composite

SUMMARY

EVALUATE THE FRACTURE RESISTANCES AND CLASSIFY FRACTURE TYPES OF INTACT TEETH AND INLAY TEETH USING 3 KINDS OF MATERIALS

The purpose of this study was to compare fracture resistance and classify fracture types of intact teeth and inlay teeth which using 3 kinds of materials. Forty maxillary premolars which have nearly same size were divided into 4 groups (10teethper group): CO - intact teeth; RZ - direct compositeinlay; RD - indirect compositeinlay in laboratory; CE - ceramic inlay. Inlay teeth were put in LLOYD LR30K (Lloyd, USA) machine to measured the max load to make the intact fracture teeth and the types of fractures also were classified. The intactteeth showed the highest fracture load mean ($1293,41 \pm 199,79N$), which followed by ceramic inlay ($997,86 \pm 159,66N$), indirect composite inlay ($792,93 N \pm 116,74N$) and direct composite inlay($717,09 \pm 76,65N$), respectively, significant differences. Most of teeth have the favorable fracture types, which can be restored. Both of inlay composite groups have favorable fracture types (most of type II), moreover, intact teeth and inlay ceramic have the same fracture types (type III). From this study found that the fracture resistance value of ceramic-inlay group higher than composite inlay group. Most of fracture types can be restored, however, intact teeth and ceramic inlay groups have non-favorable fracture types (types IV and V).

Keywords: Fracture resistance, type fracture, composite inlay, ceramic inlay.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Inlay bằng vật liệu thẩm mỹ như sứ và composite là loại phục hồi thỏa mãn được các yêu cầu trên, do đó, đây là loại phục hồi đầy hứa hẹn sẽ được sử dụng nhiều để điều trị cho các răng bị mất chất một phần. Vẫn còn nhiều ý kiến tranh cãi nên sử dụng inlay bằng vật liệu sứ hay composite hay chỉ nên trám bằng vật liệu phục

hồi như amalgam, composite. Inlay sứ có những ưu điểm như rất thẩm mỹ nhưng đắt tiền, duy trì hình dạng bề mặt, sự nguyên vẹn bờ cũng như gia cố các phần mô răng yếu tốt còn inlay composite lại chi phí thấp và có thể cải thiện cải thiện độ khít sát bờ và độ bền của răng hơn inlay sứ [3].

Trên thực tế đối với những răng mất chất do sâu răng hay tổn thương gây một phần răng phần răng các nhà lâm sàng thường lựa chọn mào răng thay vì inlay, dẫn đến việc sửa soạn làm mất quá nhiều mô răng một cách không cần thiết [4]. Điều này là do một số nhà lâm sàng lo ngại, inlay được đặt vào trong thân răng sẽ dễ gây nứt gãy răng hơn là phục hồi mào răng. Để khắc phục nhược điểm này, việc lựa chọn vật liệu để chế tạo inlay có các đặc tính cơ học và sự phân bố ứng suất phù hợp với mô răng đóng vai trò rất quan trọng và rất cần thiết. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm so sánh độ bền kháng gãy và phân loại kiểu gãy của răng nguyên vẹn và ba loại vật liệu phục hồi inlay để các nhà lâm sàng có thêm kiến thức và tự tin khi lựa chọn vật liệu làm inlay.

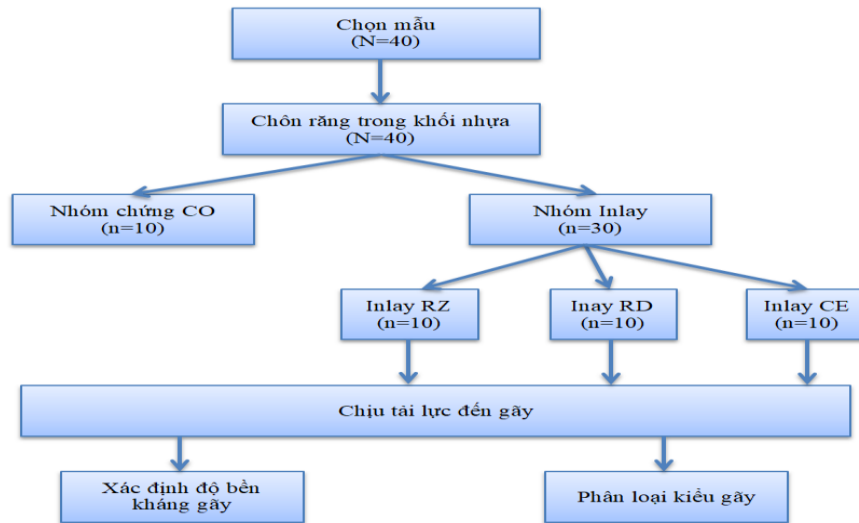
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thử nghiệm thực hiện trên 40 răng cối nhỏ hàm trên vĩnh viễn của người trưởng thành, kích thước xấp xỉ nhau, thỏa các yêu cầu: răng còn nguyên vẹn nhờ vì lý do chỉnh hình, chân răng đã đóng chóp, răng không sâu, không có phục hồi nào trên răng hay tổn thương mất chất khác. Các răng được chia nhóm và thực hiện các loại inlay như sơ đồ sau, tiếp đến sẽ được thử nghiệm với máy đo lực LLOYD LR30K (Lloyd, USA) đến khi gãy hoàn toàn, ghi nhận giá trị lực tối đa và phân tích kiểu gãy bằng kính hiển vi soi nổi SMZ445 (Nikon, model C-Leds, Japan) với độ phóng đại x20.

Kiểu gãy được phân loại tương tự nghiên cứu của Bianchi E. (2013) [1].

- Loại I: chỉ gãy phục hồi
- Loại II: gãy phục hồi và răng, đường gãy trên đường nối men - xê măng
- Loại III: gãy phục hồi và răng, đường gãy dưới đường nối men - xê măng
- Loại IV: gãy phục hồi và răng, đường gãy dưới đường nối men - xê măng và có lộ tủy.
- Loại V: gãy dọc răng

Xử lý số liệu: Các số liệu, dữ kiện thu thập được nhập liệu bằng Microsoft Excel 2010. Sử dụng phần mềm Stata 13.0 để phân tích và xử lý số liệu đã thu thập.



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giá trị độ bền kháng gãy: Kết quả cho thấy độ bền kháng gãy cao nhất ở nhóm răng nguyên CO (1293,41 N), kế đến là nhóm inlay sứ (997,86 N), giá trị độ bền thấp nhất thuộc về nhóm inlay composite RZ (717,09 N). Giữa 2 nhóm inlay composite, nhóm inlay composite sử dụng trong Lab (792,93 N) có giá trị độ bền kháng gãy cao hơn nhóm inlay composite sử dụng trên lâm sàng. Giá trị độ bền kháng gãy giữa 4 nhóm vật liệu khác biệt có ý nghĩa thống kê, ($p < 0,001$). Sử dụng t-test để xác định sự khác biệt của giữa các nhóm.

Bảng 3.1. So sánh bắt cặp độ bền kháng gãy giữa các nhóm

Nhóm	CO	RZ	RD	CE
CO		<0,001*	<0,001*	0,001*
CE	0,001*	<0,001*	0,004*	
RD	<0,001*	0,103**		0,004*
RZ	<0,001*		0,103**	<0,001*

(*) $p < 0,05$: khác biệt có ý nghĩa thống kê

(**) $p > 0,05$: khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Kết quả cho thấy độ bền kháng gãy ở nhóm răng nguyên cao hơn các nhóm được phục hồi bằng inlay và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê.

Giá trị độ bền kháng gãy của nhóm inlay sứ CE có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với 2 nhóm được phục hồi bằng inlay composite và có độ bền kháng gãy cao nhất trong 3 nhóm vật liệu.

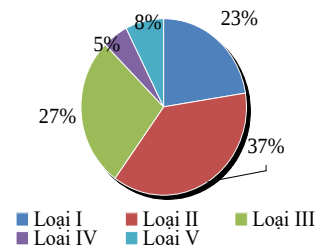
Trong 2 nhóm có răng được phục hồi bằng inlay composite, nhóm inlay composite sử dụng trong lab có độ bền kháng gãy cao hơn nhóm inlay composite lâm sàng tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Phân loại kiểu gãy: Quan sát kiểu gãy

của tất cả các mẫu răng nhận thấy phần lớn có kiểu gãy thuận lợi có khả năng phục hồi được (87%), trong đó kiểu gãy loại II – gãy cả phục hồi và răng, đường gãy nằm trên đường nối men – xê măng là chiếm tỉ lệ cao nhất (37%).

Bảng 3.2. Các kiểu gãy trong mỗi nhóm (đơn vị: mẫu)

Nhóm	I	II	III	IV	V
CO	0	3	5	1	1
CE	1	2	4	1	2
RD	3	6	1	0	0
RZ	5	4	1	0	0



Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ % kiểu gãy I, II, III, IV, V trong 4 nhóm

Trong nhóm phục hồi bằng inlay composite, kiểu gãy 2 nhóm RD và RZ tương tự nhau. Toàn bộ kiểu gãy đều thuộc loại I, II, III và không có trường hợp nào có kiểu gãy không thuận lợi. Trong đó, loại II chiếm tỉ lệ cao nhất, kế đến là loại I và kiểu gãy loại III có tỉ lệ thấp nhất, mỗi nhóm RD và RZ chỉ có 1 trường hợp thuộc kiểu gãy loại này. Trong 4 nhóm, nhóm RZ có nhiều trường hợp thuộc kiểu gãy loại I nhất (5 mẫu). Xét riêng kiểu gãy loại II thì nhóm RD có 6 mẫu thuộc kiểu gãy loại này, đây là nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất trong kiểu gãy loại II.

Nhóm răng nguyên và nhóm răng được phục hồi bằng inlay sứ có kiểu gãy tương tự nhau. Hai nhóm CO và CE chủ yếu là gãy loại III, gãy cả phục hồi và răng, có đường gãy dưới đường nối

men – xê măng, kể đến là loại II và kiểu gãy có tỉ lệ thấp nhất là loại I. Đây cũng là 2 nhóm duy nhất có kiểu gãy không thuận lợi, trong đó nhóm inlay sứ là nhóm có kiểu gãy loại V cao nhất (2 mẫu).

Bảng 3.3. Phân loại theo vị trí gãy (đơn vị: mẫu)

Nhóm	Vị trí	Múi ngoài	Múi trong	Thành ngoài	Thành trong	Thành nướu	Thành tủy
CO		1	9	0	0	0	0
CE		0	8	0	0	1	0
RD		0	2	1	0	3	1
RZ		0	1	0	1	3	0
Tổng		1	20	1	1	7	1

Quan sát trong 31 trường hợp có gãy mô răng, nhận thấy múi trong là vị trí gãy nhiều nhất (64,5%), còn lại là gãy tại các thành của xoang inlay, trong đó gãy thành nướu là nhiều nhất. Nhóm inlay sứ chủ yếu gãy múi trong, nhóm inlay composite gãy chủ yếu ở thành nướu. Một trường hợp gãy toàn bộ thân răng được xếp vào gãy múi ngoài.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Giá trị độ bền kháng gãy: Giá trị độ bền kháng gãy của nhóm răng nguyên là 1293,41 N, giá trị này khác biệt không nhiều với độ bền kháng gãy của các nghiên cứu của Soares V. (2008) [6] 1124,6 N, Silva G. (2012) [5] 1047,0 N và nghiên cứu của Bianchi E. (2013) [1] là 1370,61 N. Có sự khác biệt giữa các giá trị là do chưa có một tiêu chuẩn quốc tế nào áp dụng cho thử nghiệm trên răng người, nên sẽ có sự thay đổi ít hay nhiều trong qui trình chọn mẫu, bảo quản mẫu, trong phương pháp thử nghiệm và sự khác nhau về đặc điểm răng của các chủng tộc cũng làm ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Kết quả cho thấy độ bền kháng gãy cao nhất ở nhóm răng nguyên CO và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê so với 3 nhóm được phục hồi bằng inlay. Điều này có nghĩa là không một vật liệu nào trong nghiên cứu có thể phục hồi lại độ bền ban đầu của răng. Các nghiên cứu thực nghiệm của Soares V. (2008) cũng cho kết luận tương tự. Tuy nhiên, Ausiello P. (2017) [1] lại cho rằng cả sứ và composite dạng khối đều có sự phân bố lực tốt tương tự răng nguyên. Khác biệt này có thể do sự thay đổi trong phương pháp nghiên cứu, chỉ cần một yếu tố khác biệt cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả.

Trong 3 nhóm có phục hồi inlay, nhóm inlay sứ có độ bền kháng gãy cao nhất và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê so với 2 nhóm được phục hồi bằng composite.

Một kết luận khác được đưa ra là vật liệu có mô đun đàn hồi càng cao thì càng ít phân bố ứng suất vào mô răng, độ bền kháng gãy càng lớn. Điều này được lý giải là do mô đun đàn hồi của vật liệu càng cao thì mô răng ít bị biến dạng dưới tác động của cùng một lực vì vậy mà đề

kháng với gãy hơn [6]. Mô đun đàn hồi của composite nhỏ hơn mô đun đàn hồi của mô răng, do đó khi bị tác động lực composite sẽ tập trung và phân bố nhiều ứng suất vào mô răng dẫn đến độ bền kháng gãy thấp hơn. Trong khi sứ có mô đun đàn hồi và độ cứng cao nên nâng đỡ các cấu trúc răng tốt hơn composite [2].

Giữa 2 nhóm inlay composite, nhóm inlay composite sử dụng trong Lab có giá trị độ bền kháng gãy cao hơn nhóm inlay composite sử dụng trên lâm sàng tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Như vậy khi được trùng hợp tối đa và không chịu ảnh hưởng của các yếu tố lâm sàng, inlay composite RZ cho thấy khả năng phục hồi răng tốt không khác biệt với composite sử dụng trong lab. Như vậy đối với những trường hợp cần thực hiện phục hồi inlay mà thiếu thời gian hoặc không đủ chi phí thì inlay composite RZ có thể được thực hiện để điều trị cho bệnh nhân.

4.2. Phân loại kiểu gãy: Trong nhóm phục hồi bằng inlay composite, 2 nhóm RD và RZ kiểu gãy tương tự nhau, hầu hết có kiểu gãy thuận lợi loại I, II. Do composite có mô đun đàn hồi, cũng như độ cứng thấp hơn mô răng, đồng thời do khả năng bong dán của composite cao hơn sứ nên khi chịu tác động lực, đa phần inlay composite sẽ gãy hoặc bị bong dán trước khi mô răng bị gãy. Các mẫu inlay composite dễ gãy ở thành xoang hơn đặc biệt là thành nướu của xoang mặt bên và đường gãy cũng hạn chế đi về phía chóp hơn so với răng được phục hồi bằng inlay sứ.

Nhóm inlay sứ chủ yếu là gãy loại III, gãy cả phục hồi và răng, có đường gãy dưới đường nối men – xê măng, kiểu gãy có tỉ lệ thấp nhất là loại I. Inlay sứ là nhóm có kiểu gãy không thuận lợi cao nhất. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Bianchi E. (2013) [2]. Bên cạnh đó, inlay sứ

sẽ gãy tại giá trị lực tối đa cao hơn composite, khi đó mô răng cũng sẽ phải chịu một lực nén cao hơn vì vậy mà khi gãy, kiểu gãy sẽ phá hủy hơn.

Kết quả thực nghiệm trong 31 trường hợp có gãy mô răng, nhận thấy mũi trong là vị trí gãy nhiều nhất (64,5%), còn lại là gãy tại các thành của xoang inlay. Các kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng và kết quả của các nghiên cứu khác như Costa A. (2014) [3], Souza A. (2015) [8], có thể lý giải kết quả này thông qua đặc điểm cấu trúc giải phẫu của răng, mũi trong là mũi chịu và có kích thước nhỏ hơn so với mũi ngoài, cổ răng eo thắt nên dễ gãy hơn [5]. Tóm lại, trong nghiên cứu này, sử dụng inlay sứ mang lại hiệu quả phục hồi tốt hơn inlay composite.

V. KẾT LUẬN

Giá trị độ bền kháng gãy của nhóm inlay sứ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với composite. Đa số các kiểu gãy của mẫu có khả năng phục hồi được, chỉ có nhóm răng nguyên và inlay sứ là có kiểu gãy không thuận lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ausiello P., Ciaramella S., Fabianelli A., Gloria A., Martorelli M., Lanzotti A., Watts D. C. (2017), "Mechanical behavior of bulk direct composite versus block composite and lithium

- disilicate indirect Class II restorations by CAD-FEM modeling", *Dental Materials*. **33** (6), pp.690-701.
2. Bianchi E. Silva A. A., Ghiggi P. C., Mota E. G., Borges G. A., Burnett L. H., Jr., Spohr A. M. (2013), "Influence of restorative techniques on fracture load of endodontically treated premolars", *Stomatologija*. **15** (4), pp.123-128.
3. Costa A., Xavier T., Noritomi P., Saavedra G., Borges A. (2014), "The influence of elastic modulus of inlay materials on stress distribution and fracture of premolars", *Oper Dent*. **39** (4), pp. E160-170.
4. Dejak B., Mlotkowski A. (2008), "Three-dimensional finite element analysis of strength and adhesion of composite resin versus ceramic inlays in molars", *J Prosthet Dent*. **99** (2), pp.131-140.
5. Irfan Ahmad (2012), *Prosthodontics at a Glance*, John Wiley & Sons, pp. 66-67, 69, 78-79.
6. Silva G. R., Silva N. R., Soares P. V., Costa A. R., Fernandes-Neto A. J., Soares C. J. (2012), "Influence of different load application devices on fracture resistance of restored premolars", *Braz Dent J*. **23** (5), pp.484-489.
7. Soares P. V., Santos-Filho P. C., Gomide H. A., Araujo C. A., Martins L. R., Soares C. J. (2008), "Influence of restorative technique on the biomechanical behavior of endodontically treated maxillary premolars. Part II: strain measurement and stress distribution", *J Prosthet Dent*. **99** (2), pp.114-122.
8. Souza A. C., Xavier T. A., Platt J. A., Borges A. L. (2015), "Effect of Base and Inlay Restorative Material on the Stress Distribution and Fracture Resistance of Weakened Premolars", *Oper Dent*. **40** (4), pp. E158-166.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH GHỀ BẰNG LƯU HUỖNH 5% DẠNG KEM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU CẦN THƠ NĂM 2018

Nguyễn Thị Lệ Quyên*, Huỳnh Văn Bá*, Từ Mậu Xương*

TÓM TẮT

Bệnh ghẻ do cái ghẻ, *Sarcoptes scabiei hominis* gây ra, lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp hoặc qua quần áo, chăn màn. Có nhiều phương pháp điều trị bệnh ghẻ như Ivermectin, Permethrin 5%, Crotamiton 10%, Benzyl benzoate 25%... nhưng các phương pháp trên hạn chế sử dụng cho phụ nữ có thai và trẻ sơ sinh bởi tác dụng phụ và độc tính cho thai nhi. Tuy nhiên, Lưu huỳnh là phương pháp ưu tiên lựa chọn cho trẻ nhỏ và phụ nữ có thai vì nó an toàn và giá thành phù hợp. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân ghẻ bằng Lưu huỳnh 5% dạng kem tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Cần Thơ năm 2018. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Ghẻ thông thường

chiếm 75,0%, ghẻ bội nhiễm chiếm 22,5%, ghẻ chàm hóa chiếm 2,5%. Trong 80 bệnh nhân mắc bệnh ghẻ, có 56,3% mức độ nhẹ, 35% mức độ trung bình, 8,8% mức độ nặng. Sau 1 tuần điều trị có 73,8% bệnh nhân đáp ứng tốt, 21,3% đáp ứng trung bình, chỉ 5% đáp ứng kém hoặc không đáp ứng. Sau 4 tuần tỉ lệ đáp ứng tốt là 98,8%, đáp ứng trung bình còn 1,2%, không có bệnh nhân đáp ứng kém hoặc không đáp ứng. Chỉ 1 bệnh nhân gặp tác dụng phụ là kích ứng da, chiếm 1,3%. **Kết luận:** Điều trị bệnh ghẻ bằng Lưu huỳnh 5% dạng kem có tỉ lệ tác dụng phụ rất thấp, được ưu tiên lựa chọn điều trị bệnh ghẻ, đặc biệt ở trẻ nhỏ.

Từ khóa: Bệnh ghẻ, lưu huỳnh 5%

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND RESULTS OF TREATMENT OF SCABIES USING 5% SULFUR CREAM AT CAN THO HOSPITAL OF DERMATO VENEREOLOGY IN 2018

Background: Scabies caused by a mite, *Sarcoptes scabiei hominis*, transmitted by skin-to-skin contact or clothing and bed lines. The treatment of scabies have

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Bá
Email: bs.ba_fob@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 20/11/2018
Ngày phản biện khoa học: 15/12/2018
Ngày duyệt bài: 11/2/2019

been many methods, using oral ivermectin, topical 5% permethrin, 10% crotamiton, 25% benzyl benzoate... that methods shouldn't use in newborns and pregnant by side effects and fetal toxicity. However, Sulfur is the priority method in that patients by safety and low cost. **Objectives:** To describe clinical features and comment the results of treatment of scabies using 5% sulfur cream at Can Tho hospital of dermatovenereology in 2018. **Methods:** Cross-sectional descriptive study and analysis. **Results:** Common scabies was 75.0%, surinfectious scabies was 22.5%, eczematous scabies was 2.5%. In 80 scabies patients, mild degree was 56.3%, moderate degree was 35%, severe degree was 8.8%. After 1 week treatment, 73.8% of 80 patients had good response, 21.3% moderate response, 5% bad response or non-response. After 4 weeks, the rare of good response was 98.8%, moderate response was 1.3%, no patient had bad response or non-response. Only 1 patient had side effects, skin irritation, was 1.3%. **Conclusion:** Treatment of scabies using 5% sulfur cream had rare percentage of side effects, was the priority method of treatment of scabies patients, especially in infants.

Key words: Scabies, 5% sulfur cream.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ghẻ là một bệnh da khá phổ biến, thường xuất hiện ở những vùng dân cư đông đúc, nhà ở chật hẹp, thiếu vệ sinh, thiếu nước sinh hoạt. Bệnh ảnh hưởng trên toàn thế giới, mọi lứa tuổi, mọi mức độ kinh tế-xã hội. Tỷ lệ bệnh thay đổi đáng kể ở một số quốc gia kém phát triển từ 4% đến 100% dân số.

Bệnh do cái ghẻ gây ra, có tên khoa học là *Sarcoptes scabiei hominis*, lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp hoặc qua quần áo, chăn màn. Thương tổn cơ bản là các mụn nước ở vùng da mỏng, đường hầm ghẻ, sản cục ở trẻ sơ sinh. Bệnh nhân thường ngứa dai dẳng, gãi nhiều, có thể dẫn đến các biến chứng như nhiễm trùng, chàm hóa, viêm cầu thận cấp...

Có nhiều phương pháp đường toàn thân và tại chỗ được FDA công nhận trong điều trị bệnh ghẻ như Ivermectin, Permethrin 5%, Crotamiton 10%, Benzyl benzoate 25%... nhưng các phương pháp trên hạn chế sử dụng cho phụ nữ có thai và trẻ sơ sinh bởi tác dụng phụ và độc tính cho thai nhi. Tuy nhiên, Lưu huỳnh dưới dạng kết tủa là phương pháp ưu tiên lựa chọn cho trẻ nhỏ và phụ nữ có thai vì nó an toàn và giá thành phù

hợp. Xuất phát từ vấn đề trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh ghẻ bằng Lưu huỳnh 5% dạng kem tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Cần Thơ năm 2018" với các mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân ghẻ điều trị tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Cần Thơ năm 2018.*

- *Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân ghẻ bằng Lưu huỳnh 5% dạng kem tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Cần Thơ năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng-vật liệu nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** 80 bệnh nhân ghẻ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Cần Thơ từ tháng 5/2018 đến tháng 11/2018 có tiêu chuẩn chẩn đoán và tiêu chuẩn chọn bệnh rõ ràng.

- **Vật liệu nghiên cứu:** Sản phẩm bôi ngoài da SCABIO CREAM, chứa Sulfur 5%, O/W (oil in water)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Theo chương trình phần mềm thống kê SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thể lâm sàng bệnh ghẻ (n=80)

Thể lâm sàng	N	Tỷ lệ (%)
Ghẻ thông thường	60	75,0
Ghẻ bội nhiễm	18	22,5
Ghẻ chàm hóa	2	2,5
Tổng cộng	80	100

Nhận xét: Ghẻ thông thường chiếm tỉ lệ cao nhất (75,0%), ghẻ bội nhiễm chiếm 22,5%, ghẻ chàm hóa chiếm tỉ lệ thấp nhất (2,5%).

Bảng 3.2. Mức độ bệnh (n=80)

Mức độ bệnh	n	Tỷ lệ (%)
Mức độ nhẹ	45	56,3
Mức độ trung bình	28	35,0
Mức độ nặng	7	8,8
Tổng cộng	80	100

Nhận xét: Trong số các bệnh nhân mắc bệnh ghẻ, thường gặp nhất là mức độ nhẹ với 56,3%, chỉ 8,8% là mức độ nặng.

Bảng 3.3. Phân bố theo kết quả điều trị (n=80)

Kết quả điều trị	Tuần 1		Tuần 2		Tuần 3		Tuần 4	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng tốt	59	73,8	73	91,3	78	97,5	79	98,8
Đáp ứng trung bình	17	21,3	6	7,5	2	2,5	1	1,2
Đáp ứng kém/Không đáp ứng	4	5,0	1	1,3	0	-	0	-
Tổng cộng	80	100	80	100	80	100	80	100

Nhận xét: Sau 1 tuần điều trị có 73,8% bệnh nhân đáp ứng tốt, 21,3% đáp ứng trung bình, chỉ 5% đáp ứng kém hoặc không đáp ứng. Sau 4 tuần tỉ lệ đáp ứng tốt tăng lên 98,8%, sự khác biệt giữa tuần 1 và tuần 4 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), đáp ứng trung bình giảm còn 1,2%, không có bệnh nhân đáp ứng kém hoặc không đáp ứng.

Bảng 3.4. Tác dụng phụ của Lưu huỳnh 5% dạng kem

Tác dụng phụ	n	Tỷ lệ (%)
Kích ứng da	1	1,3

Nhận xét: Chỉ 1 bệnh nhân bị kích ứng da, chiếm 1,3%.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ghẻ thông thường chiếm tỉ lệ cao nhất 75%, kế đó là ghẻ bội nhiễm chiếm 22,5%, ghẻ chàm hóa chiếm tỉ lệ thấp nhất 2,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Võ Quang Đình (2010) [1] ghẻ thông thường chiếm tỉ lệ cao nhất là 83,4% và Phạm Hoàng Khâm (2011) [2] cũng cho thấy ghẻ thông thường là dạng lâm sàng thường gặp nhất 67%. Tác giả Nguyễn Hữu Sáu (2010) [3] cũng ghi nhận ghẻ thông thường chiếm 71,2%, chiếm tỉ lệ cao nhất.

Tỉ lệ ghẻ chàm hóa ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác Nguyễn Hữu Sáu (2010) [3] ghi nhận 26,9% và Phạm Hoàng Khâm (2011) [2] ghi nhận có 27,09%. Kết quả này tương tự tác giả Võ Quang Đình (2010) [1] cho thấy tỉ lệ ghẻ chàm hóa là 2,91%.

Ở bệnh nhân ghẻ bị ngứa nhiều, gãi nhiều dẫn đến chàm hóa. Ngoài thương tổn ghẻ, bệnh nhân còn có các thương tổn như mụn nước tập trung thành từng đám, vị trí ở bàn tay, kẽ ngón tay, cổ tay, nách, mông. Ở trẻ nhỏ còn xuất hiện ở da đầu, mặt và lưng, lòng bàn tay, lòng bàn chân. Bên cạnh đó chàm hóa còn làm bệnh nhân ngứa cả ngày, các thương tổn chàm còn làm che dấu các thương tổn đặc hiệu của bệnh ghẻ như rãnh ghẻ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 80 bệnh nhân có 56,3% mắc bệnh mức độ nhẹ, mức độ trung bình chiếm 35%, chỉ 8,8% bệnh nhân mắc ghẻ mức độ nặng.

Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với tác giả Phạm Hoàng Khâm (2011) [2] nghiên cứu trên 203 bệnh nhân cho thấy mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 57,14%, mức độ trung bình cao hơn mức độ nặng (32,02%) và cao hơn mức độ nhẹ (10,84%).

Tỉ lệ mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao, mức độ

trung bình thấp do một số bệnh nhân có cơ địa mẫn cảm với cái ghẻ có thể ngứa đơn thuần mà không có biểu hiện về da. Đa số các tác giả coi mụn nước ở bộ phận sinh dục nam là dấu hiệu đặc trưng của bệnh ghẻ nên dễ chẩn đoán bệnh, điều trị sớm làm giảm tỉ lệ mắc bệnh ghẻ mức độ trung bình.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, sau 1 tuần điều trị có 73,8% bệnh nhân đáp ứng tốt, 21,3% đáp ứng trung bình, chỉ 5% đáp ứng kém hoặc không đáp ứng. Sau 4 tuần tỉ lệ đáp ứng tốt tăng lên 98,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), đáp ứng trung bình giảm còn 1,2%, không có bệnh nhân đáp ứng kém hoặc không đáp ứng.

Tỉ lệ đáp ứng tốt sau 4 tuần điều trị cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Diaz (2002) [4] nghiên cứu từ tháng 9/2001 đến tháng 3/2002 trên 40 bệnh nhân cho thấy 95% bệnh nhân hết các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm không phát hiện cái ghẻ. Tỉ lệ này cũng cao hơn tác giả Singalavanija (2003) có 92% bệnh nhân đáp ứng tốt sau 4 tuần điều trị. Tác giả Pruksachart kunakorn (2002) [8] nghiên cứu trên 102 trẻ từ 2 tháng đến 6 tuổi cho thấy sau 2 tuần có 47% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 71% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau 4 tuần, tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi với kết quả tốt sau 2 tuần và 4 tuần lần lượt là 91,3% và 98,8%.

Nhiều tác giả thống nhất sau khi điều trị, bệnh nhân sạch thương tổn, hết ngứa, soi ghẻ tại nơi thương tổn không phát hiện cái ghẻ và trứng là đạt kết quả tốt. Kết quả này có thể đánh giá sau 1 tuần, 2 tuần hoặc sau 4 tuần điều trị.

Có nhiều phương pháp điều trị ghẻ bao gồm thuốc bôi như Permethrin 5%, Crotamiton 10%, Lindane 1%, Benzyl benzoate 10-25% và đường uống như Ivermectin đã được ghi nhận.

Tác giả Pourhasan (2013) [7] cho thấy sau 4 tuần điều trị, có 85% bệnh nhân ghẻ khỏi bệnh khi điều trị bằng Permethrin 5% và 65% khỏi bệnh khi điều trị bằng Crotamiton 10% dạng kem. Tác giả Haustein (1989) [5] so sánh kết quả điều trị của Permethrin 5%, Lindane 1%, Benzyl benzoate 10-20% cho thấy sau 3 tuần điều trị, tỉ lệ khỏi bệnh lần lượt là 100%, 92% và 100%.

Đa số các tác giả khuyên rằng Permethrin 5% chỉ sử dụng cho trẻ từ 2 tháng tuổi trở lên, Lindane 1% hạn chế sử dụng cho phụ nữ có thai và trẻ nhỏ vì có thể gây độc thần kinh, Crotamiton 10% không phải là thuốc diệt côn trùng và Benzyl benzoate 10-25% có thể gây độc cho da và chưa có nghiên cứu thử nghiệm

lâm sàng nào về việc sử dụng Benzyl benzoate 10-25% trong điều trị bệnh ghẻ cho đến nay.

Hầu hết các tác giả kiến nghị sử dụng Lưu huỳnh cho đối tượng trẻ nhỏ, trẻ sơ sinh và phụ nữ có thai vì tính an toàn và giá thành hợp lý. Tỷ lệ khỏi bệnh là như nhau sau 4 tuần điều trị khi so sánh kết quả điều trị giữa Permethrin dạng kem, Crotamiton dạng kem và thuốc mỡ Lưu huỳnh.

Tác dụng phụ của Lưu huỳnh dạng kem là gây kích ứng da nhẹ, bỏng quần áo và có mùi. Tỷ lệ 1,3% trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương của tác giả của tác giả Diaz (2002) [4] ghi nhận có 5% bệnh nhân bị kích ứng da.

Cách dùng bôi ngày một lần sẽ ít gặp tác dụng phụ hơn bôi ngày 2 lần, hoặc 3 lần/ngày.

V. KẾT LUẬN

Ghẻ thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất (75,0%), ghẻ bội nhiễm chiếm tỷ lệ 22,5%, ghẻ chàm hóa chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,5%).

Trong số các bệnh nhân mắc bệnh ghẻ, thường gặp nhất là mức độ nhẹ với 56,3%, chỉ 8,8% bệnh nhân mắc ghẻ mức độ nặng.

Sau 1 tuần điều trị bằng SCABIO CREAM (sulfur 5%), có 73,8% bệnh nhân đáp ứng tốt, 21,3% đáp ứng trung bình, chỉ 5% đáp ứng kém hoặc không đáp ứng. Sau 4 tuần tỷ lệ đáp ứng tốt tăng lên 98,8%, đáp ứng trung bình giảm còn 1,2%, không có bệnh nhân đáp ứng kém

hoặc không đáp ứng.

Chỉ 1 bệnh nhân gặp tác dụng phụ là kích ứng da, chiếm 1,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Quang Đình (2010)**, "Bệnh ghẻ và nhiễm HIV trên người nghiện ma túy", *Y học thực hành*, 2(704), tr. 59-63.
2. **Phạm Hoàng Khâm (2011)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh ghẻ tại Bệnh viện 103 từ 2000 đến 2009", *Y học thực hành*, 4(760), tr. 87-89.
3. **Nguyễn Hữu Sáu (2010)**, "Nghiên cứu tình hình, đặc điểm bệnh ghẻ tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 1/2007 đến 12/2009", *Thông tin Y Dược*, 8, tr. 33-37.
4. **Diaz M., D. Cazorla, and M. Acosta (2004)**, "[Efficacy, safety and acceptability of precipitated sulphur petrolatum for topical treatment of scabies at the city of Coro, Falcon State, Venezuela]", *Rev Invest Clin*, 56(5), pp. 615-22.
5. **Haustein U. F. and B. Hlawka (1989)**, "Treatment of scabies with permethrin versus lindane and benzyl benzoate", *Acta Derm Venereol*, 69(4), pp. 348-51.
6. **Mila-Kierzenkowska C., et al. (2017)**, "Comparative Efficacy of Topical Permethrin, Crotamiton and Sulfur Ointment in Treatment of Scabies", *J Arthropod Borne Dis*, 11(1), pp. 1-9.
7. **Pourhasan A., M. Goldust, and E. Rezaee (2013)**, "Treatment of scabies, permethrin 5% cream vs. crotamiton 10% cream", *Ann Parasitol*, 59(3), pp. 143-7.
8. **Pruksachatkunakorn C., M. Damrongsak, and S. Sinthupuan (2002)**, "Sulfur for scabies outbreaks in orphanages", *Pediatr Dermatol*, 19(5), pp. 448-53.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI Ở SẢN PHỤ CÓ SẸO MỔ LẤY THAI MỘT LẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Mạnh Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến việc chỉ định mổ lấy thai và đẻ đường âm đạo ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 3 năm. **Kết quả:** Cho thấy nghề nghiệp, tiền sử, tuổi thai, trọng lượng thai, độ mở cổ tử cung, tình trạng ối lúc bắt đầu theo dõi chuyển dạ và thời gian theo dõi chuyển dạ là những yếu tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương ($p < 0,05$).

Từ khóa: Mổ lấy thai, trọng lượng thai, sẹo mổ lấy thai một lần.

SUMMARY

SOME RELATED FACTORS TO DECISION OF CERAREAN SECTION IN WOMAN WITH CESAREAN SECTION SCARS ONCE AT VIETNAM NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To identify some related factors to decision of cerarean section in women with cesarean section scars once at Vietnam National Hospital of Obstetrics and Gynecology in three years. **Results:** Showed that occupation, history, fetal age, fetal weight, cervix opening, amniotic fluid situation at the onset of monitoring during labor and time of monitoring during labor were related factors to decision of cerarean section in women with cesarean section scars once at Vietnam National Hospital of Obstetrics and Gynecology ($p < 0.05$).

Keywords: Cerarean section, fetal weight, cesarean section scars once.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Thắng

Email: bsnguyenmanhthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/11/2018

Ngày phản biện khoa học: 18/12/2018

Ngày duyệt bài: 15/1/2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh đẻ là một tiến trình sinh lý bình thường nhưng vẫn tiềm ẩn những nguy cơ cho mẹ và thai nhi dù là sinh thường hay sinh mổ [1],[2]. Thai nghén ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai (MLT) làm tăng nguy cơ gây tai biến nứt sọ hoặc vỡ tử cung. Vì vậy, sẹo mổ lấy thai ở sản phụ là một yếu tố nguy cơ cao của sản khoa. Vì vậy, đứng trước sản phụ có sẹo mổ lấy thai, bác sĩ sản khoa thường có xu hướng chọn phương án mổ lấy thai. Hiện nay, tỷ lệ MLT ở phụ nữ có sẹo MLT khá cao và có xu hướng tăng nhanh [3],[4],[5]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng, đặc biệt là tỷ lệ mổ lấy thai ở phụ nữ có sẹo mổ lấy thai cũ. Tuy nhiên, tỷ lệ mổ lấy thai tăng sẽ làm tăng nguy cơ liên quan đến các biến chứng của việc mổ lấy thai, đặc biệt ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai cũ. Hiện nay, có nhiều nghiên cứu về thực trạng mổ lấy thai nói chung và tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đề cập đến các yếu tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai. Chính vì lý do trên, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: xác định một số yếu tố liên quan đến việc chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 3 năm 2012-2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, trong giai đoạn

từ năm 2012 đến năm 2014.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, có phân tích.

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện ở 600 sản phụ, với phương pháp chọn mẫu toàn bộ.

2.3. Các biến số nghiên cứu

- Tuổi sản phụ được phân theo nhóm tuổi, bao gồm ≤ 24 , 25 – 29, 30 – 34, ≥ 35 .
- Nghề nghiệp của sản phụ, bao gồm cán bộ, công chức; nông dân; công nhân; nghề tự do.
- Tiền sử đẻ đường âm đạo.
- Tuổi thai tính bằng tuần, bao gồm 28 – 37 tuần; ≥ 38 .
- Trọng lượng thai: < 2500 g, 2500 – 3000 g, 3000 – 3500 g, ≥ 3500 g.
- Độ mở cổ tử cung (cm): < 4 , 4 – 10.
- Tình trạng ối lúc bắt đầu theo dõi chuyển dạ: ối còn, ối vỡ, rỉ ối.
- Thời gian theo dõi chuyển dạ (giờ): < 2 , 2 – 6, > 6 .
- Chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh ở phút thứ 5 sau đẻ, bao gồm 0 – 7 đ, ≥ 7 đ

3. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Kiểm định bằng các thuật toán thống kê. Test χ^2 được sử dụng để kiểm định khi so sánh giữa các yếu tố nghiên cứu với giá trị p.

4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đảm bảo các quy tắc về đạo đức trong nghiên cứu. Thông tin về đối tượng nghiên cứu được mã hoá và giữ bí mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành khi có sự chấp thuận của Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

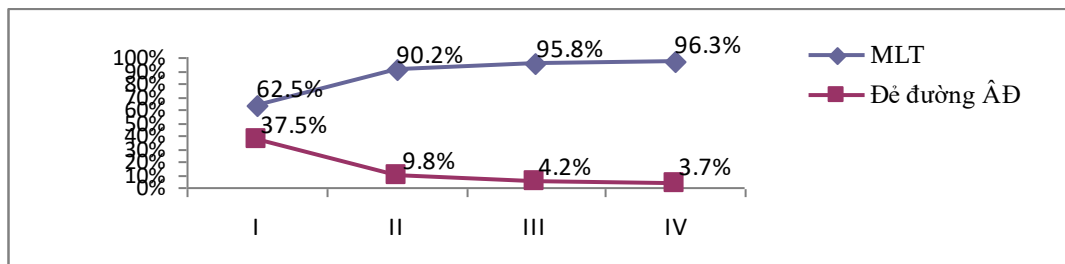
Bảng 1. Một số yếu tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai và đẻ đường âm đạo ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần (n = 600)

Đặc điểm	Cách đẻ				p
	Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		
	n	%	n	%	
Nhóm tuổi mẹ: ≤24	32	5,7	4	10,3	>0.05
25 – 29	213	38	13	33,3	
30 – 34	224	39,9	15	38,5	
≥35	92	16,4	7	17,9	
Nghề nghiệp: Nông dân	70	87,5	10	12,5	<0,05
Công nhân	92	96,8	3	3,2	
Cán bộ, công chức	237	92,6	19	7,4	
Lao động tự do	162	95,9	7	4,1	
Tiền sử: Đã đẻ đường âm đạo	40	87	6	13	<0,05
Chưa đẻ đường âm đạo	521	94	33	6	
Tuổi thai: 28 – 37	12	38,7	19	61,3	<0,05
≥38	27	4,7	542	95,3	
Trọng lượng thai: ≤3000	21	14,3	126	85,7	<0,05
>3000	18	4	435	96	

Độ mở CTC: <4 4 – 10	544 17	95,8 53,1	24 15	4,2 46,9	<0,05
Tình trạng ối lúc bắt đầu theo dõi chuyển dạ: Ồi còn Ồi vỡ Rỉ ối	388 134 39	94,2 90,5 97,5	24 14 1	5,8 9,5 2,5	<0,05
Thời gian theo dõi chuyển dạ (giờ): <2 2 – 6 >6	326 202 33	93,9 95,7 78,6	21 9 9	6,1 4,3 21,4	<0,05
Apgar (điểm): 0 – 7 ≥7	6 555	1,1 98,9	3 36	7,7 92,3	>0,05

Giá trị $p < 0.05$ có ý nghĩa thống kê

Một số yếu tố liên quan đến cách đẻ ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần bao gồm nghề nghiệp, tiền sử, tuổi thai, trọng lượng thai, độ mở CTC, tình trạng ối lúc bắt đầu theo dõi chuyển dạ và thời gian theo dõi chuyển dạ.



Biểu đồ 1. Trọng lượng thai liên quan đến cách đẻ.

Tỷ lệ MLT tăng khi trọng lượng thai nhi tăng, nhóm thai nhi có trọng lượng dưới 2500g có xu hướng đẻ đường âm đạo, chiếm tỷ lệ 37,5%. Có 7 sản phụ (3,7%) trọng lượng thai từ 3500gr trở lên đẻ đường âm đạo. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trọng lượng thai nhi và phương thức đẻ lần này ($p < 0,05$). Tỷ lệ MLT tỷ lệ thuận với trọng lượng thai, còn tỷ lệ đẻ đường Âm Đạo tỷ lệ nghịch với trọng lượng thai.

IV. BÀN LUẬN

Nghề nghiệp của mẹ có liên quan đến cách đẻ, những sản phụ là nông dân có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao hơn những sản phụ là cán bộ viên chức hoặc công nhân, sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Thị Thắm (2003) nhóm nghề nghiệp nông dân có tỷ lệ MLT là 79,95% [6]. Kết quả của chúng tôi cho thấy tiền sử những sản phụ đã từng đẻ đường âm đạo thì khung chậu của người mẹ đã được thử thách và lần này có khả năng đẻ đường âm đạo cao hơn những sản phụ chưa từng đẻ đường âm đạo, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi tương tự Nguyễn Thị Thắm (2003) nghiên cứu thì sản phụ có một hay nhiều lần đẻ đường âm đạo thì tỷ lệ đẻ đường âm đạo của lần này là 30,3%, sản phụ chưa đẻ đường âm đạo lần nào thì tỷ lệ đẻ đường âm đạo lần này là 8,14% [6].

Tỷ lệ MLT ở nhóm tuổi thai từ 28 - 37 tuần chỉ chiếm tỷ lệ 61,3%, tỷ lệ đẻ đường âm đạo chiếm 38,7%. Tuy nhiên trong nhóm tuổi thai đủ tháng thì tỷ lệ này có sự thay đổi rất lớn, tỷ lệ MLT tăng rất nhanh lên đến 95,3% và tỷ lệ đẻ đường âm đạo lại giảm nhiều còn 4,7%. Qua đây chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi thai và cách thức đẻ. Điều này theo chúng tôi là hợp lý vì tuổi thai non tháng thường có trọng lượng thai nhỏ hơn tuổi thai đủ tháng dẫn đến khả năng đẻ đường âm đạo cao hơn. Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt với kết quả của Nguyễn Thị Thắm tỷ lệ MLT ở nhóm có tuổi thai 28 - 37 tuần là chiếm tỷ lệ 48,4%, tỷ lệ đẻ đường âm đạo 51,6% [6].

Thời gian theo dõi chuyển dạ liên quan có ý nghĩa thống kê đến cách đẻ, kết quả này của chúng tôi tương tự kết quả của Nguyễn Thị Thắm (2003) [6]. Kết quả của chúng tôi cho thấy thời gian theo dõi càng dài thì tỷ lệ đẻ đường âm đạo càng cao, thời gian theo dõi chuyển dạ dưới 2 giờ tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 6,1%, thời gian theo dõi chuyển dạ trên 6 giờ tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 21,4%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm cũng chỉ ra thời gian theo dõi chuyển dạ dưới 2 giờ tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 4,3% và trên 6 giờ tỷ lệ này là 38,2% [6].

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm có độ mở CTC lúc bắt đầu theo dõi chuyển dạ nhỏ hơn 4cm tỷ lệ MLT là 95,8%, đẻ đường âm đạo là

4,2%. Nhóm có độ mở CTC lúc bắt đầu theo dõi chuyển dạ từ 4 đến 10cm có tỷ lệ MLT là 53,1%, đẻ đường âm đạo là 46,9%. Khả năng đẻ đường âm đạo của nhóm sản phụ có CTC khi nhập viện mở từ 4 đến 10cm cao gấp 20 lần nhóm sản phụ có CTC khi nhập viện nhỏ hơn 4cm, với khoảng tin cậy 95% từ 8,9 đến 44,8.

Tình trạng ối trong nghiên cứu của chúng tôi liên quan có ý nghĩa thống kê đến cách đẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì chỉ định mổ lấy thai vì ối vỡ sớm - rỉ ối cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là 30,8%. Tuy nhiên trong các sản phụ ối vỡ sớm - rỉ ối vẫn có trường hợp sản phụ đẻ được đường âm đạo, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 148 sản phụ ối vỡ có 14 sản phụ đẻ được đường âm đạo chiếm tỷ lệ 9,5% và 1 sản phụ rỉ ối đẻ được đường âm đạo, với 2,5%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Bùi Quang Tỉnh (2002), tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong nhóm ối vỡ sớm là 8,5% [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trọng lượng thai và cách đẻ. So với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thắm (2003) tỷ lệ đẻ đường âm đạo nhóm trọng lượng thai nhỏ hơn 2500gr là 56%, tỷ lệ đẻ thường ở nhóm này cao hơn tỷ lệ của chúng tôi (37,5%) [6]. Điều này có thể được giải thích bởi thai nhi có trọng lượng nhỏ hơn 2500 chủ yếu là thai non tháng. Khả năng chăm sóc và nuôi dưỡng sơ sinh non tháng ngày càng tốt, chúng ta đã có thể nuôi được những trẻ sơ sinh non và rất non nên tỷ lệ MLT ở nhóm non tháng cũng tăng.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố nghề nghiệp, tiền sử sản khoa, tuổi thai, trọng lượng thai, độ mở CTC, tình trạng ối lúc bắt đầu theo dõi chuyển dạ và thời gian theo dõi chuyển dạ có liên quan đến chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. 2010.
2. **Trung tâm nghiên cứu Dân số và sức khỏe nông thôn.** "Từ vong mẹ ở Việt Nam". *Nhà xuất bản Y học Hà Nội*. 1997.
3. **Martin JA, Hamilton BE, Menacker F, Sutton PD, Mathews T.** Preliminary births for 2004: infant and maternal health. Health E-stats Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics Released November. 2005;**15**:2005.
4. **Bretelle F, D'Ercole C, Cravello L, Piéchon L, Roger V, Boublil L, et al.** Birth after two cesarean sections: the role of trial of labor. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 1998;**27**(4):421-4.
5. **Thistle P, Chamberlain J.** Vaginal birth after cesarean section in a rural African setting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2002;**77**(1):31-2.
6. **Nguyễn Thị Thắm.** Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến cách đẻ ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần tại BVPSTW trong 3 năm 2000 - 2002. *Luận văn thạc sĩ y khoa Trường Đại học Y Hà Nội*. 2002:9-36.
7. **Bùi Quang Tỉnh.** Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ đẻ cũ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 1999-2000. *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội*. 2002.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHƯƠNG PHÁP TIÊM CẦN TUYỆT ĐỐI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TRONG ĐIỀU TRỊ NANG LÀNH TÍNH TUYẾN GIÁP

Nguyễn Thị Thu Duyên¹, Hoàng Đức Hạ², Phạm Minh Thông³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu của phương pháp (PP) tiêm cần tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị bệnh lý nang giáp lành tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không đối chứng, tổng số 56 bệnh

nhân (BN) đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 4/2016 đến tháng 9/2017. Những BN này được chẩn đoán xác định là nang giáp lành tính, được tiêm cần tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm tại Khoa CĐHA Bệnh viện Bạch Mai, được đánh giá lại sau điều trị 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Sau 3 tháng điều trị, số BN có triệu chứng giảm từ 71,4% xuống còn 14,3%; độ thâm mỷ trung bình giảm từ $2,73 \pm 0,52$ xuống $0,86 \pm 0,88$. Điểm đau trung bình là $1,41 \pm 0,78$ (0-6), 75% BN không đau, ít gặp biến chứng. **Kết luận:** PP tiêm cần tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị bệnh lý nang tuyến giáp là một trong các PP điều trị hiệu quả, an toàn và có chi phí thấp.

Từ khóa: Nang tuyến giáp, tiêm cần tuyệt đối, siêu âm hướng dẫn.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Duyên

Email: drthuduyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/11/2018

Ngày phản biện khoa học: 15/12/2018

Ngày duyệt bài: 12/1/2019

SUMMARY**INITIAL RESULTS OF ABSOLUTE ALCOHOL INJECTION UNDER ULTRASOUND GUIDANCE FOR TREATMENT OF BENIGN THYROID CYSTIC LESIONS**

Objective: Evaluating the initial results of absolute alcohol injection (or ethanol ablation) under the ultrasound guidance in the treatment of benign thyroid follicle lesions. **Subjects and methods:** Prospective studies on 56 patients from April 2016 to September 2017. These patients were diagnosed, ultrasound examination, cytology and the ethanol ablation under the ultrasound guidance at Bach Mai Hospital, and then patients were reassessed after one month and three months. **Results:** After 3 months of treatment, the number of patients with symptoms decreased from 71.4% to 14.3%; average aesthetic decreased from 2.73 ± 0.52 to 0.86 ± 0.88 . The average pain score was 1.41 ± 0.78 (0-6). 75% of patients had no pain and only few mild complications. **Conclusion:** Ultrasonography-guided ethanol ablation is one of the useful and effective method in treatment of benign cystic thyroid nodules.

Keywords: Thyroid cyst, ethanol ablation, ultrasound guidance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp là một bệnh lý thường gặp, trong đó nang giáp chiếm phần lớn các trường hợp, thường có tính chất lành tính. Một trong các PP điều trị là tiêm cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm vào nang giáp. Ở Việt Nam, phương pháp điều trị này được thông báo lần đầu tiên vào năm 1995 tại Bệnh viện An Bình (thành phố Hồ Chí Minh)[1], tuy nhiên, cho đến nay PP này vẫn chưa được nghiên cứu nhiều và chưa được áp dụng rộng rãi. Mục tiêu của nghiên cứu này

nhằm đánh giá kết quả bước đầu của PP tiêm cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị tổn thương nang lành tính tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 56 BN được chẩn đoán xác định là nang tuyến giáp, có triệu chứng lâm sàng và/hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ, có xét nghiệm tế bào khẳng định lành tính và được điều trị bằng PP tiêm cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, can thiệp không đối chứng, chọn mẫu không xác suất với tất cả đối tượng nghiên cứu có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 4/2016 đến tháng 9/2017. Đánh giá tổn thương nang lành tính và đo thể tích (V) nang giáp trên siêu âm theo Hội Nội tiết Hoa Kỳ (AACE) năm 2016 [2], tính theo công thức là $V = abc \times 0,52$. Trong đó: a chiều dài của nang, b chiều rộng, c chiều cao. BN được chọc hút tế bào dưới hướng dẫn của siêu âm, xác định lành tính ở cả phần đặc và phần dịch, được hút dịch, tiêm cồn tuyệt đối và đánh giá lại sau 1 tháng và 3 tháng về kích thước, mức độ tăng sinh mạch, các triệu chứng lâm sàng, thẩm mỹ và xét điều trị bổ xung nếu dịch còn trong nang > 50%. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: BN được giải thích kỹ lưỡng về chỉ định, chống chỉ định, lợi ích, cũng như những nguy cơ về tai biến có thể gặp, đồng ý tham gia nghiên cứu và mọi thông tin của BN đều được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Thay đổi triệu chứng cơ năng sau điều trị****Bảng 3.1. Thay đổi triệu chứng cơ năng sau điều trị**

Triệu chứng	Kết quả	Trước điều trị N=56		Sau 3 tháng N=56		p
		sl	%	sl	%	
Tức nhẹ vùng cổ, tự sờ thấy khối		32	57,1	8	14,3	< 0,01
Nuốt nghẹn, vướng, khó thở		8	14,3	0	0	
Không có triệu chứng		16	28,6	49	87,5	

Nhận xét: Trước điều trị có 71,4% BN có triệu chứng, sau điều trị chỉ còn 14,3%. Sự cải thiện về triệu chứng sau điều trị có ý nghĩa ($p < 0,01$)

3.2. Thay đổi triệu chứng thẩm mỹ sau điều trị**Bảng 3.2. Thay đổi triệu chứng thẩm mỹ sau điều trị**

Thẩm mỹ	Kết quả	Trước điều trị N = 56		Sau 3 tháng N=56		p
		sl	%	sl	%	
Độ 0		0	0	22	39,3	<0,01
Độ 1		1	1,8	24	42,9	
Độ 2		14	25,0	6	10,7	
Độ 3		41	73,2	4	7,1	
Độ thẩm mỹ trung bình		$2,73 \pm 0,52$		$0,86 \pm 0,88$		< 0,01

Nhận xét: Trước điều trị có 98,2% có vấn đề về thẩm mỹ (độ II, III), sau điều trị giảm xuống

17,8%. Mức độ thẩm mỹ được cải thiện có ý nghĩa ($p < 0,01$). Độ thẩm mỹ trung bình giảm từ $2,73 \pm 0,52$ xuống $0,86 \pm 0,88$ sau điều trị ($p < 0,01$).

3.3. Thể tích nang giảm sau điều trị

Bảng 3.3. Thể tích nang giảm sau điều trị

Kết quả Thể tích nang (ml)	Trước điều trị N=56		Sau 3 tháng N= 56		p
	sl	%	sl	%	
< 5	14	25,0	44	78,6	0,003
5-10	32	57,1	7	12,5	
>10	10	17,9	5	8,9	
Thể tích trung bình	7,8 ±5,3		2,2 ±1,9		<0,01
Tỷ lệ giảm thể tích trung bình (%)	79,0±19,2				

Nhận xét: Trước điều trị thể tích nang chủ yếu từ 5-10ml chiếm 57%, sau điều trị thể tích nang giảm xuống chủ yếu còn dưới 5ml chiếm 78,6% ($p < 0,01$). Thể tích trung bình giảm từ $7,8 \pm 5,3$ ml xuống $2,2 \pm 1,9$ ml ($p < 0,01$), tương ứng tỷ lệ giảm thể tích trung bình là $79,0 \pm 19,2$ %

3.4. Mức độ đau và biến chứng của phương pháp EA

Bảng 3.4. Mức độ đau và biến chứng của phương pháp EA

Mức độ đau và biến chứng		Số lượng (N = 56)	Tỷ lệ %
Mức độ đau	Điểm TB	$1,41 \pm 0,78$ (0-6)	
	Không đau	42	75,0
	Đau nhẹ	12	21,4
	Đau vừa	2	3,6
	Đau nặng và rất nặng	0	0
Biến chứng	Không biến chứng	44	78,6
	Chảy máu	4	7,1
	Nổi khăn	2	3,6
	Rò rỉ cồn trong khi tiêm	6	10,7

Nhận xét: Điểm đau trung bình là $1,41 \pm 0,78$ (0-6), phần lớn BN không đau chiếm 75,0%. Không có BN nào đau nặng hoặc rất nặng. Biến chứng chiếm tỷ lệ thấp, trong đó biến chứng hay gặp nhất là rò rỉ cồn ra khỏi nang chiếm 10,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Triệu chứng cơ năng và thẩm mỹ:

Nghiên cứu cho thấy mức giảm rõ rệt các triệu chứng cơ năng và thẩm mỹ sau điều trị cho thấy phương pháp EA làm giảm áp suất nang rất hiệu quả, cải thiện phần lớn các vấn đề về triệu chứng cho BN. Kết quả nghiên cứu tương tự như của Kim YJ (2012), sau điều trị tỷ lệ còn triệu chứng là 13%, mức độ thẩm mỹ $2,7 \pm 0,6$ xuống còn $0,7 \pm 0,9$, với ($P < 0,001$) [7]. Sung JY (2008), sau điều trị tỷ lệ còn triệu chứng 8,7% và điểm thẩm mỹ từ $2,9 \pm 0,3$ xuống $0,3 \pm 0,7$ [8].

Nghiên cứu cũng cho thấy sau điều trị thể tích nang giảm xuống từ $7,8 \pm 5,3$ ml xuống còn $2,2 \pm 1,9$ ml sau 3 tháng ($p < 0,01$). Thể tích trung bình và tỷ lệ giảm thể tích trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn số liệu của các tác giả Ferreira MC(2016), thể tích trung bình giảm từ $10,4 \pm 9,8$ ml xuống $2,0 \pm 2,5$ ml lần theo dõi cuối [2]. Kim YJ (2012), trung bình thể tích giảm từ $15,7 \pm 18,1$ ml xuống $3,0 \pm 7,9$ ml sau lần theo dõi cuối cùng [7]. Sung JY (2008), thể tích trung bình giảm từ $24,4 \pm 20,3$ ml xuống $1,8 \pm 3,8$ ml, tỷ lệ thể tích trung bình giảm $95,2 \pm 6,7\%$, lần theo dõi cuối cùng [8].

Thể tích trung bình và tỷ lệ giảm thể tích của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ giảm thể tích của các tác giả trên là do trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng BN chưa nhiều (56 BN), thời gian theo dõi ngắn (3 tháng). Trong khi thời gian nghiên cứu của Kim YJ (2012) [7] là 2 năm trên 217 BN. Thời gian nghiên cứu của Sung JY (2008) [8] là 2 năm trên tổng số 290 BN. Theo nhiều tác giả, thể tích tổn thương sau điều trị sẽ giảm dần theo thời gian cho dù BN có điều trị bổ xung hay không. Điều này được giải thích là do phần đặc trong tổn thương nang hấp thụ một phần cồn tuyệt đối và tác dụng xơ hóa kéo dài nên thể tích giảm dần sau những lần kiểm tra [2,5,8].

4.2. Mức độ đau và biến chứng của phương pháp EA:

Đa số BN không đau trong quá trình làm thủ thuật (chiếm 75%), một số bị đau nhẹ (chiếm 21,4%) và chỉ có 2 BN đau vừa tại chỗ tiêm, nhưng không kéo dài quá 2 giờ sau thủ thuật và không có BN nào phải dùng thuốc giảm đau trong và sau khi can thiệp. Nghiên cứu của Kim YJ(2012), chỉ có 5/209 BN đau nhẹ tại chỗ tiêm mà không cần dùng thuốc giảm đau [7]. JayeshSR (2009), có 9 trên 432 BN đau nhẹ và nóng tại chỗ tiêm mà không cần dùng thuốc

giảm đau[4]. Về biến chứng, tổn thương dạng nang có thể gặp chảy máu trong nang trong quá trình làm thủ thuật (4/56 BN) có thể do quá trình cố định kim để đưa cồn vào nang chưa tốt, kim di chuyển vào thành phần đặc của nang làm tổn thương mạch máu. Theo dõi sau 1 và 3 tháng, 4 BN này có tỷ lệ giảm thể tích nang chậm hơn so với giảm thể tích trung bình, phù hợp với nghiên cứu của Kim DW (2005) [6]. Để khắc phục biến chứng chảy máu trong nang, tác giả đã áp dụng PP: sau khi hút hết dịch trong nang ra, tiến hành tiêm vào nang lượng cồn bằng 30% lượng dịch vừa hút ra, rút kim ra khỏi nang mà không cần hút hết lượng cồn vừa tiêm vào. PP này làm giảm bớt thời gian làm thủ thuật, hạn chế biến chứng rò rỉ cồn ra khỏi nang xảy ra trong quá trình lưu kim để đợi hút cồn, hạn chế sự di chuyển của kim nên ít xảy ra biến chứng chảy máu trong nang [6]. Nghiên cứu này cũng gặp 6 BN rò rỉ cồn theo đường kim ra ngoài nang, tai biến này thường gặp ở BN nang lớn, eo tuyến giáp mỏng, nhu mô tuyến giáp lành ít, kim lỏng lẻo, dễ dò cồn ra theo đường kim, có thể gây đau tại chỗ trong thủ thuật nhưng không để lại di chứng sau kiểm tra 1 tháng, 3 tháng. Do vậy, trong trường hợp nang lớn, trong quá trình làm thủ thuật nên tiêm lượng cồn không vượt quá 15ml. Biến chứng hiếm gặp khác là khàn tiếng (2/56 BN) xảy ra khi lượng cồn tiêm vào nang nhiều trong quá trình làm thủ thuật, thành nang mỏng, nhu mô xung quanh nang ít hoặc không có, dẫn đến cồn rò rỉ, thẩm thấu ra ngoài trong quá trình can thiệp, tuy nhiên, triệu chứng này hết sau một tuần mà không cần dùng thuốc gì.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp tiêm cồn tuyệt đối dưới hướng

dẫn của siêu âm trong điều trị bệnh lý nang tuyến giáp là một phương pháp điều trị hiệu quả, chi phí thấp, rất ít biến chứng và không đòi hỏi kỹ thuật quá phức tạp, cần được phổ biến và áp dụng rộng rãi mang lại lợi ích cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Tu Thân (2004).** Chích ethanol qua da với trợ giúp của siêu âm để điều trị nang tuyến giáp khảo sát hồi cứu từ 4/1995-4/2003 tại Bệnh viện An Bình. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 8 (1): 420-427.
2. **Gharib H., Papini E., Garber J. R., et al. (2016).** American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medicine Endocrinology Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. *Endocr Pract.*, 22: 622-39.
3. **Kim D.W., Rho M.H., Park H.J., et al. (2012).** Ultrasonography-guided ethanol ablation of predominantly solid thyroid nodules: a preliminary study for factors that predict the outcome. *Br J Radiol*, 85(1015): 930-936.
4. **Sung, J.Y., Beak J.H., Kim Y.S., et al. (2008).** One-step ethanol ablation of viscous cystic thyroid nodules. *AJR Am J Roentgenol*, 191(6): 1730-1733.
5. **Ferreira M.C., Piaia C., Cadore A.C. (2016).** Percutaneous ethanol injection versus conservative treatment for benign cystic and mixed thyroid nodules. *Arch Endocrinol Metab*, 60(3): 211-216.
6. **Kim Y.J., Beak J.H., Ha E.J., et al. (2012).** Cystic versus predominantly cystic thyroid nodules: efficacy of ethanol ablation and analysis of related factors. *Eur Radiol*, 22(7): 1573-1578.
7. **Jayesh S.R., Mehta P., Cherian M.P., et al. (2009).** Efficacy and safety of USG-guided ethanol sclerotherapy in cystic thyroid nodules. *Indian J Radiol Imaging*, 19 (3): 199-202.
8. **Kim D.W., Rho M.H., Kim H.J., et al. (2005).** Percutaneous ethanol injection for benign cystic thyroid nodules: is aspiration of ethanol-mixed fluid advantageous? *AJNR Am J Neuroradiol*, 26(8): 2122-2127.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI DO DỊ TẬT TAI NHỎ

Vũ Duy Dũng¹, Nguyễn Roãn Tuất², Lê Gia Vinh³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Duy Dũng

Email: dungent@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/12/2018

Ngày phản biện khoa học: 15/1/2019

Ngày duyệt bài: 11/2/2019

Đặt vấn đề: Tạo hình vành tai mục đích là tạo lại các mốc giải phẫu trên đó, kết quả tạo hình vành tai càng giống bên lành tiêm cận tới sát mức vành tai "lý tưởng". Tại bệnh viện Nhi TW áp dụng kỹ thuật Brent trong tạo hình dị tật tai nhỏ từ 2009, sau đó áp dụng kỹ thuật của Nagata hoặc kỹ thuật khác, nhưng chưa có báo cáo về đánh giá kết quả của các kỹ thuật này. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: **Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình vành tai bằng sụn sườn tự thân giai đoạn 2015-2018. Đối tượng và phương pháp:** Áp dụng thang điểm đánh giá các mốc giải phẫu trên tai của Mohit cho 33 bệnh

nhân được tạo hình vành tai. Sử dụng thang điểm Likert đánh giá mức độ hài lòng sau khi phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi phẫu thuật trung bình 11.7 (7-18 tuổi), phẫu thuật tai phải 69.7% và 30.3% tai trái. 66.7% có kết quả chỉ tiết giải phẫu trên tai tạo hình tốt trở lên và 33.3% kết quả kém. 54.5% đạt mức độ hài lòng, chấp nhận được 33.3% và 12.1% không chấp nhận. **Kết luận:** Dựa trên thang điểm thực tế, khách quan giúp chúng tôi thấy được những khuyết điểm để cải tiến kịp thời mặt kỹ thuật cho phù hợp thực tế Việt Nam. Đồng thời cải thiện mức độ hài lòng của bệnh nhân sau tạo hình vành tai.

Từ khóa: Dị tật tai nhỏ, phẫu thuật tạo hình

SUMMARY

INITIAL EVALUATION OF MICROTIA RECONSTRUCTION OUTCOMES

Introduction: The purpose of ear reconstruction is created an "ideal ear" which full anatomical landmark. NHP have applied Brent technique for microtia's reconstruction then Nagata or others technique with no reported the outcomes, so we do this research with aim: evaluation of microtia reconstruction outcomes by using costal cartilage.

Subjects and method: Apply Mohit scales to evaluate the anatomical landmark on new pinna and use Likert scales to evaluation of satisfy with microtia reconstruction. **Results:** Average ages 11.7, the right ear 69.7% and 30.3% on left. Good landmark on new pinna 66.7% and 33.3% are poor outcomes. There are 54.5% with satisfy results, 33.3% acceptable and 12.1% unsatisfy with microtia reconstruction.

Conclusion: Based on actual, objective scores help us evaluate seriously, improve the existing results, through which we propose to apply this scale to assess the success in Vietnamese ear reconstruction.

Keyword: Microtia, reconstructive surgery

- Tình trạng thành ngực, nơi lấy sụn sườn

Thành ngực, nơi lấy sụn sườn	Điểm			Đánh giá (Tổng điểm)
	2	1	0	
Sẹo thành ngực	Sẹo mềm mại, đẹp	Sẹo giãn, cứng	Sẹo lõm, phì đại	Rất tốt: 6 điểm
Thành ngực mất cân đối	Không	Có khi thóp bụng	Bình thường thấy rõ	Tốt: 4-5 điểm
Đau	Không	Thì thoảng	Thường xuyên	Đạt: 3 điểm
				Kém: < 3 điểm

- Đánh giá mốc giải phẫu trên tai của Mohit trên tai tạo hình.

Mỗi đơn vị sau tính 1 điểm, tổng điểm tối đa là 13, nhỏ nhất là 0 điểm (hình 1).

Hình 1. Tính điểm và mốc giải phẫu.	Đánh giá
Gờ luân (4 điểm): 1. gốc gờ luân, 2. 1/3 trên, 3. 1/3 giữa, 4. 1/3 dưới gờ luân.	Rất tốt = 12-13 điểm.
Gờ đối luân (3 điểm): 5. trụ trên và dưới, 6. phần dưới, 7. gờ đối bình.	Tốt = 9-11 điểm.
8. Gờ bình, 9. dải tai, 10. hõm xoắn, 11. rãnh xoắn, 12. hõm tam giác, 13. hõm thuyền.	Trung bình = 6-8 điểm.
	Kém ≤ 5 điểm.

- Nơi tai tạo hình

Nơi tạo hình vành tai	Điểm			Đánh giá (Tổng điểm)
	2	1	0	
Màu sắc da	Đồng màu	Ít tương phản	Tương phản rõ	Rất tốt: 8 điểm
Độ dày da	Phù hợp (gờ rõ)	Chấp nhận (nhận diện được gờ sụn)	Không chấp nhận (không nhận diện được gờ sụn)	Tốt: 5-7

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vành tai được coi là "lý tưởng" khi có mặt đầy đủ mốc giải phẫu trên đó, đây là tiêu chí các nhà tạo hình phấn đấu để đạt được khi tạo hình vành tai. Dị tật tai nhỏ gặp khoảng 1/7000-8000 trẻ sơ sinh, dị tật này thực sự là thách thức cho ngành tạo hình nói chung và tạo hình vành tai nói riêng, vì đòi hỏi tạo ra các cấu trúc ba chiều tinh tế, phức tạp trên tai. Kết quả tạo hình phải tồn tại bền theo thời gian. Kể từ khi Tanzer khởi xướng tạo hình vành tai sử dụng sụn sườn tự thân năm 1959 đã làm thay đổi hoàn toàn kỹ thuật tạo hình vành tai. Sau đó Brent, Nagata, Firmin,... góp phần sáng tạo, cải tiến để kỹ thuật hoàn chỉnh như hiện nay.

Kết quả tạo hình vành tai chủ yếu thực hiện, báo cáo trên người châu Âu, châu Mỹ. Rất ít báo cáo công bố kết quả trên người Việt Nam. Nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình vành tai theo phương pháp khách quan, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả tạo hình vành tai do dị tật tai nhỏ bằng sụn sườn tự thân.*

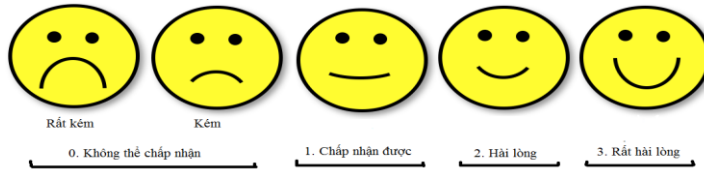
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bước đầu đánh giá kết quả 33 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình vành tai bằng sụn sườn tự thân do dị tật tai nhỏ mức độ nặng. Thời điểm đánh giá ≥ 3 tháng sau mổ. Trong thời gian từ 12/2015 đến 05/2018 theo tiêu chí sau:

1. Tuổi, giới, vị trí bên tai được phẫu thuật
2. Các tiêu chí đánh giá.

Tóc trên da tai	Không có	Chấp nhận (có tóc mặt sau)	Không chấp nhận (có tóc ở mặt trước)	điểm Đạt: 4 điểm Kém: < 4 điểm
Seo xung quanh	Seo mềm mại, đẹp	Seo giãn, cứng	Seo lồi, phì đại	

- Mức độ hài lòng của bệnh nhân (thang điểm Likert (hình 2))



Đánh giá:

0. Không chấp nhận được.
1. Không xác định (chấp nhận)
2. Hài lòng (tốt, thích).
3. Rất hài lòng (Rất tốt, rất đẹp)

Hình 2: Thang điểm Likert – mức độ hài lòng

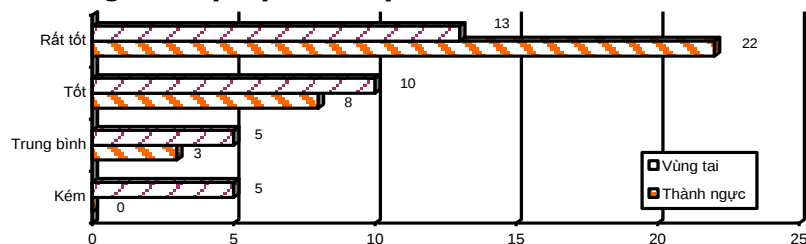
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Phân bố tuổi bệnh nhân phẫu thuật theo giới tính: Tuổi phẫu thuật trung bình 11.7 (từ 7 - 18 tuổi). Trong đó tuổi tiểu học (45.5%), THCS (39.4%), THPT (15.1%). Độ tuổi phẫu thuật trong nghiên cứu này sớm hơn so với các tác giả khác như: báo cáo của Nguyễn Thùy Linh tuổi trung bình $15,55 \pm 4,9$ (từ 11 - 37 tuổi). Báo cáo của Nguyễn Thị Vân Bình tuổi phẫu thuật trên 10 chiếm 80%, tuổi 7 - 9 chiếm 20%. Tuổi phẫu thuật từ 7 đến 26 tuổi. Theo tác giả Lý Xuân

Quang tuổi nhỏ nhất 9 -34 tuổi. Về giới tính, tỷ lệ Nam/Nữ ở học sinh tiểu học là 13/2; học sinh THCS là 7/6 và học sinh THPT là 2/3.

2. Vị trí vành tai được tạo hình theo giới tính: Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tai phải 69.7%, tai trái 30.3%, tỷ lệ tai phải/tai trái = 2.3/1, tỷ lệ Nam/Nữ = 2/1 (trong đó tỷ lệ Nam/Nữ ở tai phải là 18/5, ở tai trái là 4/6). Trong khi đó theo Lý Xuân Quang cho kết quả mổ bên tai phải 50%, mổ tai trái 47.4%, mổ hai bên 2.6%.

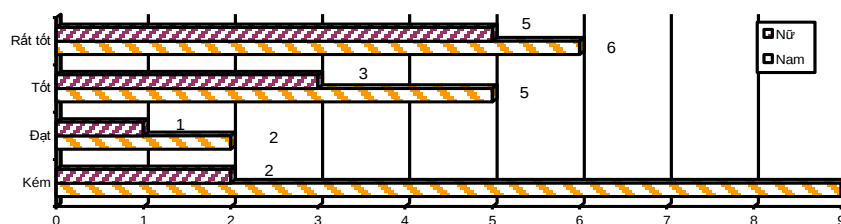
3. Các chỉ số đánh giá kết quả phẫu thuật



Biểu đồ 1. Các chỉ số đánh giá kết quả phẫu thuật

Kết quả vết mổ trên thành ngực hồi phục tốt, rất tốt chiếm 90.9%, khoảng 9% có kết quả mức trung bình. Khoảng 70% chỉ số nơi tai tạo hình đạt mức độ tốt trở lên và 15.2% có kết quả kém.

4. Đánh giá hình dáng vành tai tạo hình theo thang điểm của Mohit.



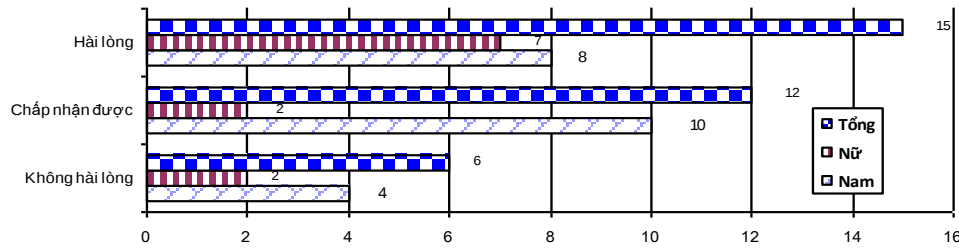
Biểu đồ 2. Điểm đánh giá chi tiết giải phẫu trên tai tạo hình

Kết quả nghiên cứu khi áp dụng thang điểm đánh giá chi tiết giải phẫu trên vành tai của Mohit trong nghiên cứu đạt 57.5% kết quả tốt, rất tốt, kết quả này tương đương với tác giả Lý Xuân Quang (59.8%), cao hơn Nguyễn Thùy Linh (55.2%), thấp hơn Mohit Sharma (70%).



Hình 3. Kết quả phẫu thuật
(1. Trước mổ, 2 và 3. Sau mổ nhìn thẳng, chếch)

5. Mức độ hài lòng với tạo hình vành tai



Biểu đồ 3. Mức độ hài lòng với tạo hình vành tai

Theo phiếu thăm dò kết quả phẫu thuật tạo hình vành tai đối với bệnh nhân hoặc gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả mức độ hài lòng sau:

Hài lòng: 54.5%, Chấp nhận được: 33.3%, Không chấp nhận được: 12.1%.

So sánh với LX Quang kết quả tốt chiếm 76.8%, chấp nhận được đạt 10.5%, không hài lòng 12.8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p \geq 0.05$.

V. KẾT LUẬN

Áp dụng đánh giá kết quả theo thang điểm khách quan giúp chúng tôi nhìn nhận nghiêm túc kết quả của chúng tôi đạt được qua đó áp dụng cải tiến các phương pháp nhằm cải thiện kết quả phẫu thuật hiện tại.

Tiêu sụn, hoại tử da do chuyển vị trí dải tai trong thì 1, khó đạt được mức nổi bật rõ ràng của các chi tiết do tăng độ dày của da là một vài vấn đề mà chúng ta phải đối mặt trong việc tạo hình vành tai.

Mức độ hài lòng của người bệnh đạt 54.5% và 12.1% trường hợp có kết quả không hài lòng sau khi phẫu thuật, chúng tôi cần nghiên cứu

thêm, tìm hiểu nguyên nhân, cải tiến kỹ thuật để cố gắng làm tỷ lệ không hài lòng sau phẫu thuật xuống mức thấp nhất có thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tanzer RC. (1959).** Total reconstruction of the external ear. Plast Reconstr Surg Transplant Bull, 23: p. 1-15.
2. **Brent B. (1980).** The correction of microtia with autogenous cartilage grafts: II. Atypical and complex deformities. Plast Reconstr Surg, 66: p. 13-21.
3. **Nagata S. (1993).** A new method of total reconstruction of the auricle for microtia. Plast Reconstr Surg, 92: p. 187-201.
4. **Mohit Sharma et al. (2015).** Objective analysis of microtia reconstruction in Indian patients and modifications in management protocol. Indian J Plast Surg, May-Aug; 48 (2): p. 144-152.
5. **Nguyễn Thị Văn Bình (2012).** Nghiên cứu hình thái thiếu sản vành tai và đánh giá kết quả phẫu thuật cấy sụn tạo hình, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thùy Linh (2015).** Đánh giá kết quả phẫu thuật nâng khung sụn - tạo hình rãnh sau tai trên bệnh nhân thiếu sản vành tai cấy sụn tạo hình, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
7. **Lý Xuân Quang (2018).** Tạo hình tai nhỏ bằng kỹ thuật Nagata có cải tiến, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CYTOKINE HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN ĐIỀU TRỊ KIỂM SOÁT BẰNG ICS VÀ LABA

Nguyễn Giang Nam*, Tạ Bá Thắng**, Nguyễn Văn Đoàn***

TÓM TẮT

*Trường Cao đẳng Y Thái Nguyên,

**Học viện Quân y,

***Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Giang Nam

Email: phuyenpathfinder@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/12/2018

Ngày phản biện khoa học: 28/1/2018

Ngày duyệt bài: 15/2/2019

Các cytokine có vai trò quan trọng trong bệnh sinh và theo dõi tiến triển, đánh giá đáp ứng điều trị kiểm soát hen phế quản. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá biến đổi nồng độ IL4, IL5, IL13 và TNF α huyết thanh ở bệnh nhân hen phế quản điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu trên 84 bệnh nhân hen phế quản điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2/2014 đến tháng 8/2016. Xét nghiệm nồng độ IL4, IL5, IL13, TNF α huyết thanh bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang. **Kết quả:** Nồng độ IL-4, IL-13 sau 1, 2, 3 tháng điều trị kiểm soát thay đổi chưa khác

biệt so với trước điều trị. Nồng độ IL-13 và TNF α sau 2, 3 tháng điều trị kiểm soát giảm rõ rệt so với trước điều trị ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nồng độ IL-13 và TNF α huyết thanh liên quan đến kết quả điều trị kiểm soát ở bệnh nhân hen phế quản.

Từ khóa: Hen phế quản; cytokine huyết thanh; kiểm soát hen bằng ICS và LABA.

SUMMARY

CHANGES OF SERUM CYTOKINES ON ASTHMA PATIENTS TREATED WITH ICS AND LABA

Cytokines play an important role in the pathogenesis and monitor progress, evaluate the response of asthma control. **Objectives:** To evaluate changes in serum levels of IL4, IL5, IL13 and TNF α in asthma patients treated with ICS and LABA. **Subjects and methods:** Research on 84 patients with bronchial asthma treated with ICS and LABA at Bach Mai Hospital from February 2014 to August 2016. Serum levels of IL4, IL5, IL13 and TNF α are tested by immunofluorescence assay. **Results:** The serum levels of IL-4, IL-5 change no significantly after treatment by ICS and LABA at 2nd, 3th month. The serum levels of IL-13, TNF α decrease significantly after treatment by ICS and LABA at 2nd, 3th month ($p < 0,05$). **Conclusion:** Serum levels of IL-13 and TNF α related to the levels of asthma control.

Keywords: Asthma; serum cytokines; asthma control by ICS and LABA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là một bệnh gặp phổ biến trên thế giới và có xu hướng ngày càng gia tăng trên thế giới. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới cứ 10 năm, độ lưu hành của bệnh lại tăng 20 - 50% [2]. Cơ chế bệnh sinh chủ đạo trong hen là cơ chế viêm đường thở mạn tính với sự tham gia của nhiều tế bào viêm và các chất trung gian hóa học viêm như các cytokine, leukotriene, IgE... Một số cytokine như interleukin (IL) 3, 4, 5, 13, yếu tố hoại tử u (Tumor necrosis factor-TNF) α có vai trò quan trọng trong HPQ. Sự thay đổi nồng độ các cytokine trong máu và dịch phế quản song song với quá trình viêm và diễn biến lâm sàng của bệnh. Các nghiên cứu cho thấy sự thay đổi các cytokine huyết thanh có tương quan với giai đoạn, mức độ bệnh tốt hơn diễn biến lâm sàng và là cơ sở để dự đoán đợt cấp cũng như phát triển các thuốc điều trị đích chống viêm mới kiểm soát bệnh trong hiện tại và tương lai [4,5,7]. Theo Chiến lược toàn cầu về hen (Global initiative for asthma-GINA) hiện tại sử dụng corticosteroid đường hít (Inhaled corticosteroid -ICS) kết hợp với thuốc chủ vận β_2 adrenergic tác dụng kéo dài (Long acting β_2 adrenergic agonist-LABA) là biện pháp điều trị kiểm soát HPQ hiệu quả. Đã có nhiều nghiên cứu về thay đổi lâm sàng, chức năng hô hấp ở bệnh nhân HPQ điều trị kiểm soát bằng ICS/LABA, tuy

nhiên sự thay đổi nồng độ một số cytokine huyết thanh ở bệnh nhân như nào trong quá trình điều trị kiểm soát và mối liên quan với sự thay đổi lâm sàng vẫn còn ít được nghiên cứu. Mục tiêu nghiên cứu của đề tài là: *Đánh giá biến đổi nồng độ IL-4, IL-5, IL-13 và TNF α huyết thanh ở bệnh nhân hen phế quản điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 84 bệnh nhân HPQ, hết đợt cấp hiện đang được theo dõi điều trị kiểm soát ngoại trú tại Câu lạc bộ hen - Trung tâm dị ứng - miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2 năm 2014 đến tháng 8 năm 2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: chẩn đoán xác định HPQ theo tiêu chuẩn của GINA (2015); ngoài đợt cấp; tuân thủ điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA (Salmeterol + Fluticasone) với liều lượng tương ứng với mức độ bệnh (theo bậc) theo hướng dẫn của GINA (2015); chấp nhận khám và xét nghiệm định kỳ hàng tháng theo chỉ định bác sỹ.

Loại trừ các bệnh nhân đang trong đợt cấp, không tuân thủ điều trị kiểm soát bằng ICS/LABA và các xét nghiệm theo chỉ định; không chấp nhận tham gia nghiên cứu.

2. 2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu và theo dõi dọc. Hỏi bệnh và khám lâm sàng ở các thời điểm nghiên cứu: trước điều trị, sau 1, 2, 3 tháng điều trị. Phân chia thể bệnh theo lâm sàng: hen ngoại lai và hen nội sinh. Phân bậc hen theo GINA (2015): bậc I, II, III, IV.

Điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA (Salmeterol + Fluticasone - Seretide) theo hướng dẫn của GINA (2015), liều dùng được điều chỉnh hàng tháng tùy theo bậc hen. Khi bệnh nhân có đợt cấp được hướng dẫn dùng thêm Ventolin 200 μ g x 3 lần cách nhau 15-20 phút, mỗi lần 2 nhát, nếu triệu chứng không giảm sẽ đến bệnh viện để điều trị. Sau mỗi tháng bệnh nhân được tái khám và làm các xét nghiệm cần thiết để đánh giá mức độ kiểm soát và điều chỉnh thuốc điều trị kiểm soát. Đánh giá mức độ kiểm soát theo GINA (2015).

Xét nghiệm nồng độ IL-4, IL-5, IL-13, TNF α huyết thanh: các bệnh nhân được lấy máu tĩnh mạch xét nghiệm nồng độ các cytokine huyết thanh tại các thời điểm: khi bắt đầu điều trị kiểm soát và sau 3 tháng điều trị kiểm soát. Định lượng nồng độ các cytokine huyết thanh bằng kỹ thuật hấp phụ miễn dịch vi hạt huỳnh quang tại labo xét nghiệm của Bộ môn miễn dịch-Học viện Quân y. Giá trị ngưỡng bình thường của các

cytokine theo giá trị tham chiếu của máy xét nghiệm và tham khảo kết quả nghiên cứu trên thế giới.

Các số liệu được quản lý và xử lý trên phần mềm SPSS 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bậc hen	Tỷ lệ	n	%
I		9	10,7
II		33	39,3
III		19	22,6
IV		23	27,4

Nhận xét: Hen bậc II gặp nhiều nhất (39,3%), tiếp đến hen bậc IV 27,4%, hen bậc III là 22,6% và thấp nhất là hen bậc I (10,7%).

Bảng 3.2: Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Tuổi						
< 20	1	1,2	2	2,4	3	3,6
20 - 29	4	4,8	11	13,1	15	17,9
30 - 39	11	13,1	12	14,3	23	27,4
40 - 49	2	2,4	5	5,9	7	8,3
50 - 59	3	3,6	15	17,8	18	21,4
60 - 69	3	3,6	8	9,5	11	13,1
> 70	3	3,6	4	4,8	7	8,3
Tổng	27	32,1	57	67,9	84	100
X±SD	44,58 ± 16,8					

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 44,58 ± 16,8 tuổi, trong đó gặp nhiều ở các nhóm tuổi từ 20 – 39 (45,3%) và 50-59 (21,4%); Tỷ lệ nữ chiếm (67,9%) cao hơn nam giới rõ rệt.

3.2. Biến đổi một số cytokine huyết thanh sau điều trị

Bảng 3.3: Biến đổi IL-4 theo thời gian điều trị kiểm soát (n=66)

Thời gian	Trước điều trị (1)		Sau 1 tháng (2)		Sau 2 tháng (3)		Sau 3 tháng (4)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
IL-4									
< 8 (BT)	60	90,9	64	97,0	66	100,0	65	98,5	*p _{1&2,3,4} > 0,05
≥ 8 (Tăng)	6	9,1	2	3,0	0	0,0	1	1,5	
X ± SD	2,82 ± 5,88		3,51 ± 6,55		1,01 ± 0,00		5,33 ± 1,43		**p _{2&3,3&4} < 0,05

Nhận xét: Sau 1, 2 và 3 tháng điều trị kiểm soát tỷ lệ nhân có nồng độ IL- 4 huyết thanh tăng thay đổi chưa thấy có sự khác biệt so với trước điều trị (p > 0,05).

Bảng 3.4: Biến đổi IL-5 theo thời gian điều trị kiểm soát (n=66)

Thời gian	Trước điều trị (1)		Sau 1 tháng (2)		Sau 2 tháng (3)		Sau 3 tháng (4)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
IL-5									
<5 (BT)	61	92,4	64	97,0	66	100	64	97,0	*p _{1&2,3,4} > 0,05
≥5 (Tăng)		7,6	2	3,0	0	0	2	3,0	
X ± SD	2,12 ± 5,33		0,79 ± 1,07		0,74 ± 0,83		2,14 ± 14,56		**p _{1&3} < 0,05

Nhận xét: Sau 1, 2 và 3 tháng điều trị kiểm soát tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ IL- 5 huyết thanh tăng thay đổi chưa thấy có sự khác biệt so với trước điều trị (p > 0,05).

Bảng 3.5: Biến đổi IL-13 theo thời gian điều trị kiểm soát (n = 66)

Thời gian	Trước điều trị (1)		Sau 1 Tháng (2)		Sau 2 Tháng (3)		Sau 3 tháng (4)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
IL-13									
< 9 (BT)	38	57,6	32	48,5	66	100	60	90,9	p _{1&4} < 0,05
≥ 9 (Tăng)	28	42,4	35	51,5	0	0,0	6	9,1	
X ± SD	78,61 ± 151,69		143,3 ± 588,54		14,40 ± 7,55		4,84 ± 10,3		p _{1&3,4} < 0,05

Nhận xét: Sau 1 tháng điều trị kiểm soát tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ IL- 5 huyết thanh tăng thay đổi chưa có sự khác biệt so với trước điều trị (p > 0,05), nhưng sau 2 và 3 tháng điều trị kiểm soát tỷ lệ bệnh nhân có IL-13 tăng đã thấp hơn rõ rệt so với trước điều trị (p>0,05).

Bảng 3.6: Biến đổi TNFα theo thời gian điều trị kiểm soát (n=66)

Thời gian	Trước điều trị (1)		Sau 1 tháng (2)		Sau 2 tháng (3)		Sau 3 tháng (4)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
TNFα									
									*p _{1&2} < 0,05

<6 (BT)	23	34,8	52	78,8	61	92,4	63	95,5	*p _{1&3} < 0,05
≥6 (Tăng)	43	65,2	14	21,2	5	7,6	3	4,5	*p _{1&4} < 0,05
X ± SD	8,57 ± 5,02	7,46 ± 32,44	1,60 ± 3,18	1,43 ± 5,75					**p _{1&3,4} < 0,001

Nhận xét: sau 1, 2 và 3 tháng điều trị kiểm soát nồng độ TNFα đã giảm rõ rệt so với trước điều trị (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là (44,5 ± 16,8) tuổi, trong đó gặp nhiều ở các nhóm tuổi từ 20-39 (45,3%) và 50-59 (21,4%). Nghiên cứu của Nguyễn Văn Đoàn và cs (2011) về tỷ lệ HPQ ở cộng đồng gặp ở nhóm tuổi > 80 khá cao (11,9%) [1]. Tạ Bá Thắng (2002) nghiên cứu HPQ nhập viện gặp độ tuổi trung bình là 45,2 ± 16,9 [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu về lứa tuổi HPQ nhập viện. Về giới chúng tôi cho thấy ở nữ giới chiếm tỷ lệ (67,9%) cao hơn nhiều so với nam giới (32,1%); kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu trong nước cho thấy ở người trưởng thành tỷ lệ HPQ ở nữ gặp cao hơn nam [2].

Phân bố các bậc hen: kết quả nghiên cứu cho thấy hen bậc II gặp nhiều nhất (39,3%), tiếp đến hen bậc IV 27,3%, hen bậc III là 22,6% và thấp nhất là hen bậc I (10,7%). Theo Reed C.E (1999) cho rằng ở bệnh nhân bậc III, IV thường có thời gian mắc bệnh lâu năm [3]. Ở các bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi thấy thể hen ngoại lai gặp 72,6% nhiều hơn rõ rệt so với thể nội sinh (27,4%). Tạ Bá Thắng (2002) cũng gặp hen ngoại lai nhiều hơn hen nội sinh [2]. Như vậy ở bệnh nhân trưởng thành cơ địa dị ứng và các dị nguyên vẫn là yếu tố nguy cơ chủ yếu.

4.2. Biến đổi một số Cytokine trong huyết thanh

- *Biến đổi IL- 4 theo thời gian điều trị kiểm soát:* Ở các bệnh nhân nghiên cứu sau 1, 2 và 3 tháng điều trị kiểm soát tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ IL- 4 huyết thanh tăng thay đổi chưa thấy có sự khác biệt so với trước điều trị (p > 0,05). Như vậy thay đổi của IL-4 chưa có sự khác biệt theo thời gian điều trị. Shahid SK (2002) thấy có sự khác biệt rõ rệt về nồng độ trung bình của IL- 4 trước và sau điều trị ICS (53,7 ± 4,2 pg/ml so với 37,5 ± 6,2 pg/ml), với p < 0,05 [4]. Leung T.F và cs (2005) thấy nồng độ IL- 4 cao hơn ở những bệnh nhân HPQ có nhiều đợt cấp liên tục phải dùng ICS và LABA liều cao so với những bệnh nhân ít đợt cấp dùng liều thấp ICS và LABA [5]. Nakamura Y. và cs (2016) không thấy có sự khác biệt nồng độ trung bình IL- 4 trên bệnh nhân HPQ sau 1 năm và 2 năm điều trị kiểm soát bằng ICS so với trước điều trị [6].

- *Biến đổi IL-5 theo thời gian điều trị kiểm*

soát: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau 1, 2 và 3 tháng điều trị kiểm soát nồng độ IL- 5 huyết thanh thay đổi chưa thấy có sự khác biệt so với trước điều trị (p > 0,05). Một số nghiên cứu thấy sự tăng, giảm nồng độ của IL-5 trong huyết thanh liên quan có ý nghĩa với tần suất các đợt cấp ở bệnh nhân hen. Sahid El-Radhi A và cs (2000), thấy ở bệnh nhân sử dụng corticocorticoid đường uống nồng độ IL-5 trong huyết thanh giảm rõ rệt (từ 5,59 pg/ml xuống 2,19 pg/ml, với p = 0,0001). Russo C. và cs (2005), wang K. và cs (2011), gặp nồng độ trung bình IL-5 ở bệnh nhân giảm khi điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA so với trước điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của các tác giả có thể do thời gian theo dõi sau điều trị kiểm soát ở các bệnh nhân còn ngắn.

- *Biến đổi IL-13 theo thời gian điều trị kiểm soát:* Nghiên cứu của chúng tôi thấy sau 1 tháng điều trị kiểm soát tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ IL- 5 huyết thanh trong giới hạn bình thường chưa thấy có sự khác biệt so với trước điều trị (p > 0,05), nhưng sau 2 và 3 tháng điều trị kiểm soát tỷ lệ bệnh nhân có IL-13 bình thường cao hơn rõ rệt so với trước điều trị (p>0,05). Như vậy nồng độ IL-13 giảm rõ rệt sau 2 và 3 tháng điều trị kiểm soát. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Al-Daghri N.M và cs (2014) không thấy có sự khác biệt về nồng độ IL-13 trước và sau điều trị ICS (4.9 ± 1.3) pg/ml so với (4.3 ± 1.0) pg/ml, p=0.56) [7]. Shehata IH và cs (2007), cũng không tìm thấy có sự khác biệt về nồng độ IL-13 trong huyết thanh giữa bệnh nhân HPQ dùng và không dùng ICS cũng như bệnh nhân dùng corticocorticoid đường toàn thân [8].

- *Biến đổi TNFα theo thời gian điều trị kiểm soát:* Kết quả điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA ở các bệnh nhân sau 1, 2 và 3 tháng thấy nồng độ TNFα đã giảm rõ rệt so với trước điều trị (p<0,05). Basyigit I. và cs (2004), khi so sánh 45 bệnh nhân HPQ trước và sau 12 tuần dùng ICS điều trị kiểm soát thấy nồng độ trung bình của TNFα ở nhóm bệnh nhân HPQ tăng E giảm rõ rệt so với trước điều trị (242 ± 89pg/ml so với 294 ± 102 pg/ml) trước điều trị, và giảm hơn so với nhóm bệnh nhân không tăng E (271 ± 97pg/ml so với 391 ± 110pg/ml, p<0,001. Wasserman S. và cs (2000), thấy thấy nồng độ

TNF α giảm đi một nửa sau điều trị ICS liều cao so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Các nghiên cứu đều cho thấy nồng độ TNF α huyết thanh giảm rõ rệt ở bệnh nhân được điều trị ICS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nhận xét của các nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá sự thay đổi nồng độ một số cytokin ở bệnh nhân HPQ sau điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Nồng độ IL-4, IL-13 sau 1, 2, 3 tháng điều trị kiểm soát thay đổi chưa khác biệt so với trước điều trị. Nồng độ IL-13 và TNF α sau 2, 3 tháng điều trị kiểm soát giảm rõ rệt so với trước điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Đoàn và cs:** Nghiên cứu thực trạng hen phế quản ở Việt Nam năm 2009 - 2011, Đề tài khoa học công nghệ cấp Bộ, Hà Nội 2013.
2. **Tạ Bá Thắng:** Hen phế quản, Bệnh hô hấp dùng cho sau đại học, Nhà xuất bản Quân Đội Nhân Dân, Hà Nội 2012, trang 13 - 41.
3. **Reed C.E:** The natural history of asthma in adults: the problem of irreversibility, J. Allergy.Clin. Immunol. 1999, 103 (4), pp 539 - 547.
4. **Shahid S.K, Kharitonov S.A, Wilson N.M, Bush A, Barnes P.J:** Increased interleukin-4 and decreased interferon-gamma in exhaled breath condensate of children with asthma., 2002, 165(9): pp1290-1293.
5. **Leung T.F, Wong G.W, Ko F.W, Li C.Y, Yung E., Lam C.W., et al:** Analysis of growth factors and inflammatory cytokines in exhaled breath condensate from asthmatic, Int Arch Allergy Immunol., 2005, pp137:66-72.
6. **Nakamura Y., Suzuki R., Mizuno T., et al:** therapeutic implication of genetic variants of IL-13 and STAT4 in airway remodeling with bronchial asthma, Clinical & Experimental Allergy, 2016, 46, pp1152-1161.
7. **Al-Daghri N.M, Alokail M.S., Draz H.M., et al:** Th1/Th2 cytokine pattern in Arab children with severe asthma, Int J Clin Exp Med., 2014, 7(8): pp2286-2291.
8. **Shehata I.H., Mostafa M.M., Ziada K.W., Saeed A.M:** Role of IL-13 in the pathogenesis of bronchial asthma, Egypt J Immunol., 2007, 14(2): pp19-27.

ÁP DỤNG PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH PHẦN TỬ HỮU HẠN TRONG KHẢO SÁT SỰ PHÂN BỐ ỨNG SUẤT TRÊN RĂNG VÀ INLAYS

Đoàn Minh Trí*

TÓM TẮT

Sử dụng phương pháp phân tích phần tử hữu hạn (PPPTPTH) trong khảo sát sự phân bố ứng suất trên răng nguyên vẹn và inlay sử dụng 3 loại vật liệu khác nhau. Thử nghiệm thực hiện trên 4 mẫu mô hình ba chiều răng cối nhỏ hàm trên gồm răng nguyên vẹn và răng có phục hồi inlay (với ba loại vật liệu) bằng cách scan răng nguyên vẹn và dựng mô hình bằng phần mềm Solidworks. Từ đó, ta tạo mô hình phần tử hữu hạn bằng phần mềm Ansys. Cho áp tải lực 250 N trên mặt nhai và khảo sát sự phân bố ứng suất von Mises tại mô răng và inlay. Kết quả cho thấy ứng suất có xu hướng tập trung từ vùng cổ răng quanh đường nối men- xê măng về múi trong, vùng cổ răng múi ngoài có ứng suất thấp nhất. Ở mẫu inlay sứ vị trí tập trung ứng suất tại mặt trong chân răng kéo dài gần như toàn bộ chân răng và thấp hơn về phía chóp so với mẫu inlay composite. Mẫu inlay composite ứng suất tập trung chủ yếu ở thành xoang. Từ nghiên cứu cho thấy, vật liệu có ảnh hưởng đáng kể đến sự phân bố ứng suất của răng và phục hồi. Sử dụng inlay sứ phục hồi răng hiệu quả hơn inlay composite, tuy nhiên inlay sứ có kiểu gãy phá hủy hơn.

Từ khóa: phân tích phần tử hữu hạn, Phân bố ứng suất, Ứng suất von Mises

SUMMARY

USING FINITE ELEMENT ANALYSIS TO EVALUATE THE STRESS DISTRIBUTION ON INTACT TEETH AND INLAYS

The purpose of this study was to use a 3-dimensional (3-D) finite element analysis method to evaluate the stress distribution on intact teeth and inlays which have 3 types of inlay materials. Four 3-D models of first maxillary premolars including of intact tooth and inlays with three kinds of materials were evaluated by scan and Ansys system. Each model was subjected to a force of 250 N directed to the occlusal surface and evaluated von Mises stress distribution on tooth structures, inlays. The stress tended concentrate from the neck of the tooth around of cemento-enamel junction to palatal tooth cusp, moreover and the buccal cusp tooth neck had lowest stress distribution. In the ceramic inlay, stress distributed mainly at the palatal site of root along the root and lower at the end of root in comparing with composite inlays. In the composite inlay, most stress distributed at walls of box. From this study showed that materials have significant influence on teeth and inlay restorations. Ceramic inlays have more effect than composite inlay in restoration but they can make more severe damage fracture types

Keywords: Finite Element Analysis. stress distribution, von Mises stress

*Trường Đại học Y Dược TPHCM
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Trí
Email: trimdr818@gmail.com
Ngày nhận bài: 2/12/2018
Ngày phản biện khoa học: 26/12/2018
Ngày duyệt bài: 11/2/2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc lựa chọn vật liệu để chế tạo inlay có các đặc tính cơ học và sự phân bố ứng suất phù hợp với mô răng đóng vai trò rất quan trọng. Với sự phát triển không ngừng của ngành vật liệu nha khoa, ngày càng có nhiều vật liệu mới với những tính năng thích hợp ra đời. Tuy nhiên, điều này lại mang đến những thuận lợi và thách thức cho các nhà lâm sàng khi mà số lượng vật liệu quá nhiều gây khó khăn trong việc lựa chọn. Vì vậy, rất cần thiết có các nghiên cứu về vật liệu để đưa ra những bằng chứng khoa học giúp nhà lâm sàng có được sự lựa chọn sáng suốt thay vì lựa chọn vật liệu theo thói quen như trước đây[3]. Hiện nay, một phương pháp nghiên cứu đầy hứa hẹn đang được áp dụng ngày càng rộng rãi trong nghiên cứu nha khoa đó là phương pháp phân tích phần tử hữu hạn (PTPTH) [2]. Được đưa vào nha khoa lần đầu tiên vào năm 1973, PPTH đã đóng góp rất lớn cho các nghiên cứu trên nhiều lĩnh vực: vật liệu, phục hình, chỉnh nha, phẫu thuật hàm mặt [5]... Việc sử dụng phương pháp này có ưu điểm là cho phép nhà nghiên cứu hiểu rõ một cách trực quan sự tương tác, phân bố ứng suất, ứng xử cơ học của răng và phục hồi dưới tác động của ngoại lực [1]. Ở Việt Nam, ứng dụng của phương pháp này trong nghiên cứu nha khoa còn rất ít. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mong muốn có thể tiếp cận nhiều hơn với phương pháp PPTH, đồng thời cung cấp thêm bằng chứng khoa học giúp các nhà lâm sàng lựa chọn vật liệu dễ hơn [4].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Bốn mẫu mô hình ba chiều răng cối nhỏ hàm trên vĩnh viễn của người:

- Mẫu CO: răng nguyên vẹn (mẫu chứng)
- Mẫu RZ: phục hồi inlay 1 lớp vật liệu bằng composite sử dụng trên lâm sàng.
- Mẫu RD: phục hồi inlay có 2 lớp bằng composite sử dụng trong Lab với lớp vật liệu mô phỏng lớp men ở trên dày 0,5 mm và lớp vật liệu mô phỏng lớp ngà ở dưới.
- Mẫu CE: phục hồi inlay 1 lớp vật liệu bằng sứ.

2.2. Tạo mô hình răng: Một răng cối nhỏ hàm trên còn nguyên vẹn của người Việt Nam được scan bằng máy Micro CT tại Phòng nghiên cứu Khoa Nha của Đại học Mahidol (Thái Lan). Sau đó, các file này sẽ được xử lý lại trong chương trình PTC Creo và Solidworks.

2.3. Tạo mô hình phần tử hữu hạn bằng phần mềm Ansys: Mô hình hình học sau khi được tạo ra trong Solidworks, chúng được chuyển vào phần mềm Ansys Workbench18.1 tạo mô hình

PTPTH.

• **Bước 1:** Chuyển mô hình vào phần mềm Ansys và hoàn thiện mô hình inlay

• **Bước 2:** Chia lưới mô hình

Trong PPTH, các nút của các phần tử lân cận được kết nối với nhau. Các phần tử liên kết với nhau, cùng chia sẻ một bề mặt và các nút chung vì tất cả các phần tử được giả định có liên kết hoàn hảo. Phần tử SOLID187 được sử dụng cho nghiên cứu.

Tạo lưới là một tiến trình quan trọng để chia nhỏ mô hình hình học vững chắc thành các phần tử nhỏ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn kích thước phần tử trung bình đảm bảo tốc độ làm việc nhưng vẫn đảm bảo kết quả.

• **Bước 3:** Phân tích ứng xử cơ học của PHRTLTH: Mỗi loại vật liệu sẽ có những tính chất khác nhau về mô đun đàn hồi, hệ số Poisson, vì ta cần khai báo các đặc tính cơ học của từng loại vật liệu. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ xét lực tác động theo chiều thẳng đứng, vuông góc với mặt phẳng nhai.

• **Bước 4:** Nhận xét và kết luận. Khảo sát sự phân bố ứng suất von Mises tại 3 vị trí: mô răng, inlay và lớp xi măng trong 3 nhóm vật liệu.

Xử lý số liệu: Các số liệu, dữ kiện thu thập được nhập liệu bằng Microsoft Excel 2010. Sử dụng phần mềm Stata 13.0 để phân tích và xử lý số liệu đã thu thập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sự phân bố ứng suất von Mises của các mô hình được quan sát từ mặt ngoài, mặt trong, mặt nhai và mặt bên. Các giá trị ứng suất được thể hiện bởi sự thay đổi màu sắc. Giá trị ứng suất tăng dần từ màu xanh dương đậm (giá trị nhỏ nhất) đến màu đỏ (giá trị lớn nhất).

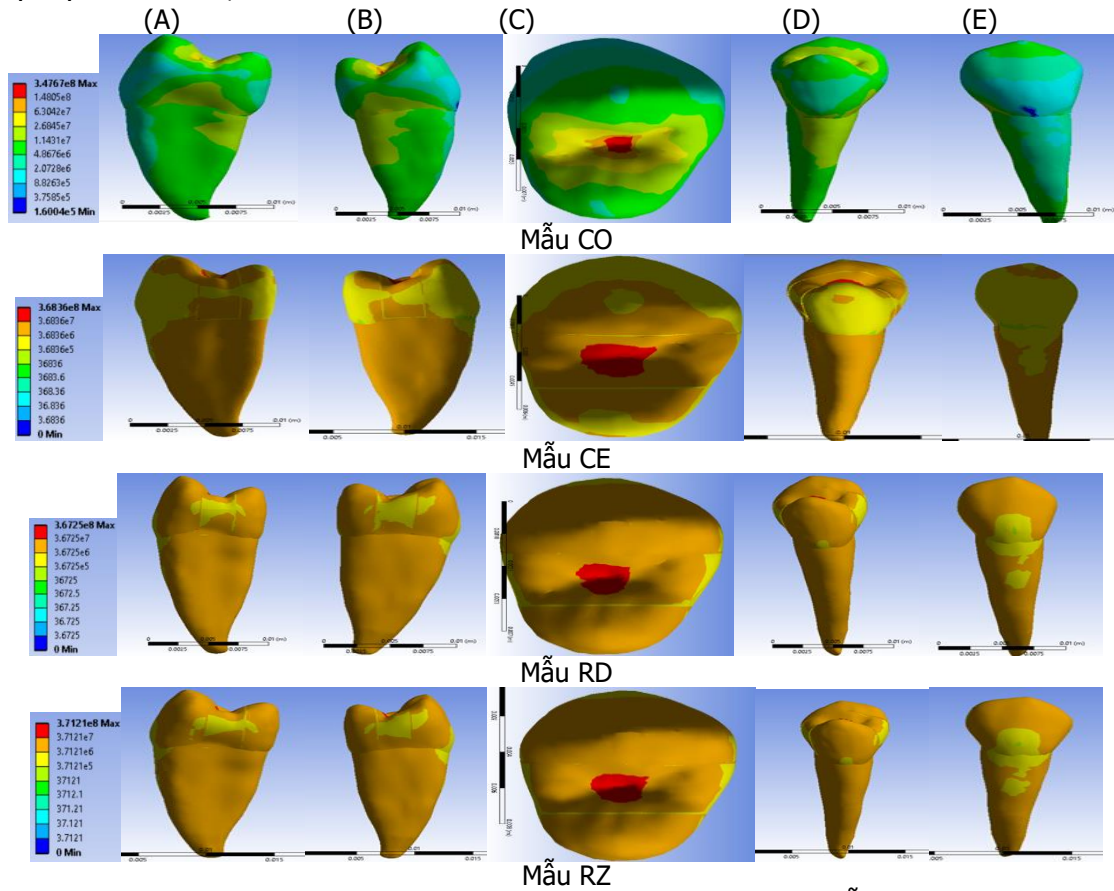
3.1. Mô hình phân bố ứng suất von Mises toàn bộ mẫu mô hình:

Từ hình 3.1, nhận thấy 4 mẫu đều có xu hướng tập trung ứng suất từ vùng cổ răng quanh đường tiếp nối men – xê măng về chân răng phía múi trong, vùng cổ răng múi ngoài có ứng suất thấp. So với mẫu CE (inlay sứ), 2 mẫu RD (composite 2 lớp) và RZ (composite 1 lớp) có phân bố ứng suất tương tự nhau, ứng suất cao màu cam có diện rộng hơn chiếm gần hết múi ngoài và múi trong.

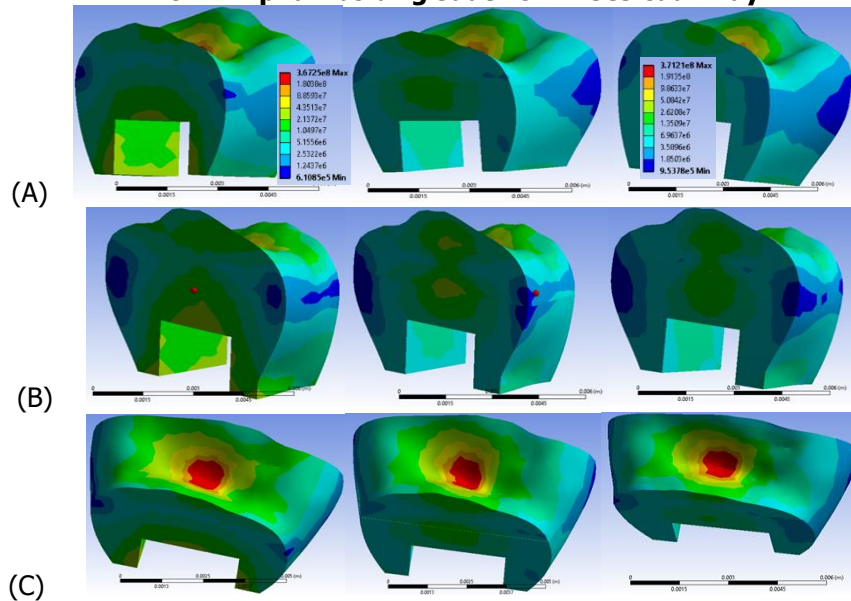
Nhìn từ mặt nhai (Hình C), ứng suất lớn nhất (màu đỏ) tập trung tại trung tâm mặt nhai ngay điểm đặt lực, sau đó ứng suất lan truyền và giảm dần. Khoảng giá trị ứng suất từ ứng suất tối đa (max) tới ứng suất nhỏ nhất (min) của mẫu CO nhỏ hơn so với 3 mẫu còn lại, nên mỗi bậc màu sắc có giá trị ứng suất chênh lệch không nhiều so với màu liền kề nó trên thang

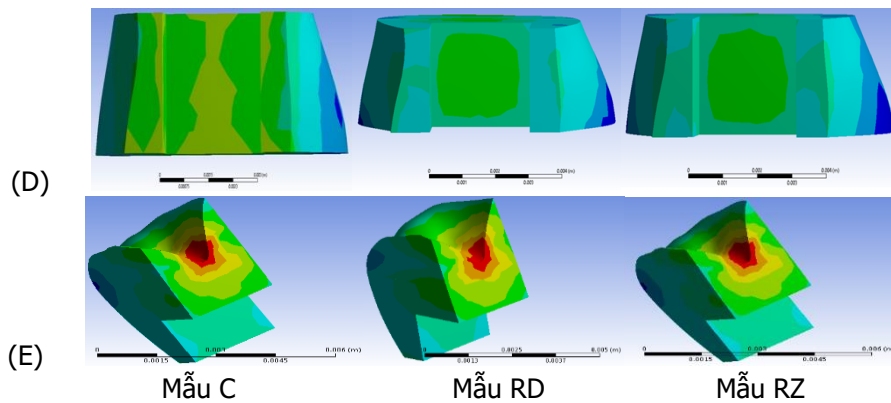
đo, nên mô hình phân bố ứng suất của mẫu CO có sự thay đổi màu sắc rất rộng và liên tục. Ngược lại 3 mẫu CE, RD và RZ mỗi màu có

khoảng giá trị ứng suất rộng, nên mô hình phân bố ứng suất không thay đổi màu liên tục như mẫu CO.



Hình 3.1. Mô hình phân bố ứng suất von Mises toàn bộ mẫu mô hình (A) và (B) mặt bên, (C) mặt nhai, (D) mặt trong, (E) mặt ngoài
Mô hình phân bố ứng suất von Mises của inlay



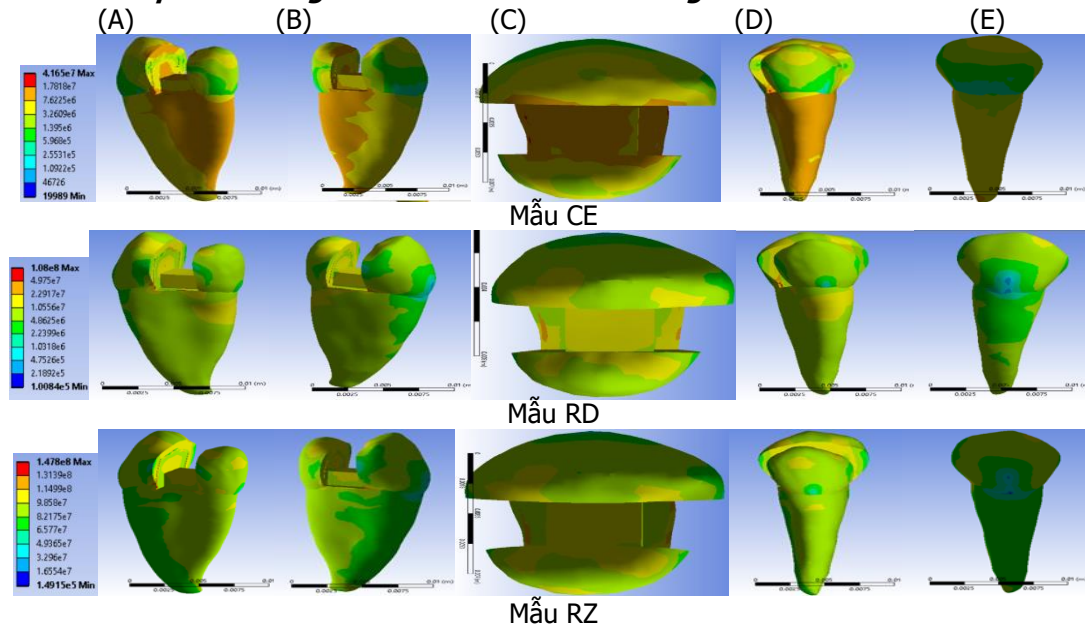


Hình 3.2. Mô hình phân bố ứng suất von Mises của inlay

(A) Nhìn từ thành trong (B) nhìn từ thành ngoài, (C) nhìn từ mặt nhai, (D) nhìn từ thành nướu, (E) mặt cắt đứng dọc.

Quan sát sự phân bố ứng suất trên inlay của 3 mẫu CE, RD và RZ, nhận thấy cả 3 mẫu đều có ứng suất phân bố tương tự nhau. Vùng đặt lực ở trung tâm mặt nhai tập trung ứng suất tối đa (màu đỏ) sau đó ứng suất lan truyền và giảm dần theo nhiều hướng, ở mặt cắt đứng dọc có thể thấy rõ sự lan truyền ứng suất này. Tuy nhiên vẫn có sự khác biệt giữa mẫu CE và 2 mẫu RD, RZ về phân bố ứng suất ở thành tủy, thành nướu và đáy inlay khi mẫu CE có sự tập trung ứng suất nhiều hơn ở những vùng này.

3.2. Mô hình phân bố ứng suất von Mises của mô răng



Hình 3.3. Mô hình phân bố ứng suất von Mises của mô răng

(A) và (B) mặt bên, (C) mặt nhai, (D) mặt trong, (E) mặt ngoài

Quan sát mô hình phân bố ứng suất von Mises của mô răng, nhận thấy xu hướng tập trung ứng suất là từ thành nướu của xoang inlay ở mặt bên đến cổ răng múi trong và mặt trong của chân răng. Ở mẫu CE vị trí tập trung ứng suất tại mặt trong chân răng kéo dài gần như toàn bộ chân răng và thấp hơn về phía chóp so với hai mẫu RD và RZ. Mẫu RZ ứng suất tập trung chủ yếu ở thành xoang, còn ở mặt trong

chân răng ứng suất chỉ tập trung trên một diện tích nhỏ. Các thành xoang inlay đặc biệt là thành nướu và đáy xoang có sự tập trung ứng suất nhiều nhất và trên diện rộng.

IV. BÀN LUẬN

Vùng đặt lực ở trung tâm mặt nhai tập trung ứng suất tối đa (màu đỏ) sau đó ứng suất giảm dần biểu hiện bằng sự thay đổi màu sắc, ở mặt

cắt đúng dọc có thể thấy rõ sự lan truyền ứng suất này.

Trong nhóm phục hồi bằng inlay composite, mô hình phân bố ứng suất của 2 nhóm RD và RZ tương tự nhau nên sẽ có kiểu gãy tương tự nhau. Do composite có mô đun đàn hồi, cũng như độ cứng thấp hơn mô răng, đồng thời do khả năng bong dán của composite cao hơn sứ vì giá trị ứng suất tại lớp xi măng cao hơn, nên khi chịu tác động lực, đa phần inlay composite sẽ gãy hoặc bị bong dán trước khi mô răng bị gãy. Các mẫu inlay composite có ứng suất tập trung chủ yếu ở thành nướu inlay, ở mặt trong chân răng ứng suất chỉ tập trung trên một diện tích nhỏ và có vị trí thiên về phía thân răng hơn nên sẽ dễ gãy ở thành xoang hơn đặc biệt là thành nướu của xoang mặt bên và đường gãy cũng hạn chế đi về phía chóp hơn so với răng được phục hồi bằng inlay sứ.

Thông qua mô hình phân bố ứng suất, ta có thể thấy ở mẫu CE vị trí tập trung ứng suất tại cổ răng múi trong quanh đường nối men – xê măng và gần như toàn bộ mặt trong chân răng nên có thể suy đoán đường gãy của nhóm này có xu hướng gãy sâu về phía chóp.

Quan sát sự phân bố ứng suất trong mô răng, có thể thấy ứng suất tập trung về múi trong, vùng cổ răng múi ngoài có ứng suất thấp nhất nên có thể tiên đoán trên lâm sàng chủ yếu các răng sẽ bị gãy múi trong.

Các kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng và kết quả của các nghiên cứu khác như Costa A. (2014) [1], Souza A. (2015)[4], có thể lý giải kết quả này thông qua đặc điểm cấu trúc giải phẫu của răng, múi trong là múi chịu và có kích thước nhỏ hơn so với múi ngoài, cổ răng eo thắt nên dễ gãy hơn. Như vậy dựa vào các kết quả ghi nhận sự phân bố ứng suất có thể đưa đến kết luận rằng, vật liệu có ảnh hưởng đáng

kể đến sự phân bố ứng suất. Các giá trị ứng suất cũng như nguy cơ gãy càng tăng khi mô đun đàn hồi càng nhỏ. Tóm lại, trong nghiên cứu này, sử dụng inlay sứ mang lại hiệu quả phục hồi tốt hơn inlay composite.

V. KẾT LUẬN

Vật liệu có ảnh hưởng đáng kể đến sự phân bố ứng suất của răng và phục hồi. Sử dụng inlay sứ phục hồi răng hiệu quả hơn inlay composite, tuy nhiên inlay sứ có kiểu gãy phá hủy hơn. Phục hồi composite nên có cấu trúc 2 lớp với 2 vật liệu có mô đun đàn hồi khác nhau mô phỏng cấu trúc răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Costa A., Xavier T., Noritomi P., Saavedra G., Borges A. (2014), "The influence of elastic modulus of inlay materials on stress distribution and fracture of premolars", *Oper Dent.* **39** (4), pp.E160-170.
2. Dejak B., Mlotkowski A. (2008), "Three-dimensional finite element analysis of strength and adhesion of composite resin versus ceramic inlays in molars", *J Prosthet Dent.* **99** (2), pp.131-140.
3. Irfan Ahmad (2012), *Prosthodontics at a Glance*, John Wiley & Sons, pp. 66-67, 69, 78-79.
4. Souza A. C., Xavier T. A., Platt J. A., Borges A. L. (2015), "Effect of Base and Inlay Restorative Material on the Stress Distribution and Fracture Resistance of Weakened Premolars", *Oper Dent.* **40** (4), pp.E158-166.
5. Trindade F. Z., Kleverlaan C. J., da Silva L. H., Feilzer A. J., Cesar P. F., Bottino M. A., Valandro L. F. (2016), "Ceramic Inlays: Effect of Mechanical Cycling and Ceramic Type on Restoration-dentin Bond Strength", *Oper Dent.* **41** (4), pp. E102-117.
6. Wafaie R. A., Ibrahim Ali A., Mahmoud S. H. (2018), "Fracture resistance of prepared premolars restored with bonded new lab composite and all-ceramic inlay/onlay restorations: Laboratory study".
7. Ferrario V. F., Sforza C., Serrao G., Dellavia C., Tartaglia G. M. (2004), "Single tooth bite forces in healthy young adults", *J Oral Rehabil.* **31** (1), pp.18-22.

XÁC ĐỊNH MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT U XƠ TỬ CUNG

Nguyễn Mạnh Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định yếu tố liên quan đến lựa chọn

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Thắng

Email: bsnguyenmanhthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/11/2018

Ngày phản biện khoa học: 5/12/2018

Ngày duyệt bài: 20/1/2019

phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Kết quả cho thấy: các yếu tố có liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật là: số con hiện có, tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đây, kích thước tử cung, số lượng vệt nhân xơ, kích thước tế bào nhân xơ và độ di động tử cung. Phần lớn bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng được lựa chọn phương pháp mổ mở (65,6%). Tỷ lệ phương pháp phẫu thuật nội soi giảm theo kích thước khối u.

Từ khóa: U xơ tử cung, yếu tố liên quan, phẫu thuật

SUMMARY**SOME RELATED FACTORS TO SURGICAL METHODS FOR THE TREATMENT OF UTERINE FIBROSIS**

Objective: To identify some related factors to surgical methods for the treatment of uterine fibrosis at National Hospital of Obstetric and Gynecology. The results showed that related factors to surgical methods for the treatment of uterine fibrosis included: number of children, history of abdominal surgery, uterine size, number of fibrosis, size of fibrosis cell, and mobility uterine. In which: most patients with history of abdominal surgery were chosen methods of open surgery (65.6%). The rate of laparoscopic surgery decreased with tumor size.

Keywords: Uterine fibrosis, related factor, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là bệnh lý hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, diễn biến lành tính và ít gây lên các triệu chứng lâm sàng. Tỷ lệ mắc u xơ tử cung tăng theo tuổi, phát triển cho đến tuổi mãn kinh thì teo nhỏ nhưng không biến mất [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ u xơ tử cung chiếm 18 – 20% phụ nữ trên 35 tuổi [2]. Trên thế giới, tỷ lệ u xơ tử cung chiếm $\geq 20\%$ ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và tuổi trung bình mắc bệnh là $39,6 \pm 6,6$ tuổi [3], [4]. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị u xơ tử cung bao gồm: điều trị nội khoa như dùng đồng vận nhóm progesteron, đồng vận GnRH, làm tắc mạch... hay điều trị ngoại khoa như: phẫu thuật bóc u xơ tử cung, phẫu thuật cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn được thực hiện bằng một trong ba phương pháp là mổ đường âm đạo, mổ qua đường bụng hoặc mổ nội soi. Trong đó, phẫu thuật là phương pháp thường được lựa chọn nhất hiện nay. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Chẩn đoán chính xác và đánh giá tình trạng của người bệnh là vấn đề đặc biệt quan trọng trong điều trị bệnh nhưng một số yếu tố như tuổi, kích thước khối u, khả năng sinh con sau này của bệnh nhân,... lại có tác động đến sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật nào đem lại hiệu quả cao nhất. Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung. Chính vì lý do đó, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Xác định một số yếu tố liên*

quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân u xơ tử cung được phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản TW.

2. Phương pháp

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu.

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: được tính theo công thức:

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

Trong đó: - n là cỡ mẫu nghiên cứu. Theo kết quả nghiên cứu trước đó của Eiko Murase MD (1999), tỷ lệ u xơ tử cung của phụ nữ trong độ tuổi sinh sản là 20 – 30% [3] nên chúng tôi

chọn: $p = 0,3$, $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}$: là hệ số giới hạn tin cậy, bằng 1,96 ứng với độ tin cậy là 95%; ε : giá trị tương đối, trong nghiên cứu này lấy bằng 0,2. Vậy cỡ mẫu cần nghiên cứu tối thiểu là 224 bệnh nhân. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn $n = 225$ bệnh nhân, như vậy cỡ mẫu là đủ lớn để đảm bảo độ tin cậy.

2.3. Các biến số nghiên cứu

Những đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, nghề nghiệp, địa dư.

Tiền sử của bệnh nhân: Tiền sử thai sản, tiền sử bệnh nội khoa, tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đây.

Triệu chứng lâm sàng, tiền lâm sàng: tình trạng thiếu máu, kích thước tử cung, số lượng nhân xơ, kích thước tế bào nhân xơ, độ di động khối u.

Phương pháp phẫu thuật: Mổ mở, mổ nội soi, cắt tử cung qua đường âm đạo.

3. Phân tích số liệu:

Các số liệu thu thập được sẽ được nhập trên phần mềm Epidata 3.1 và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%), so sánh giữa các nhóm bằng test χ^2 . Khi $p < 0,05$ thì sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. Đạo đức nghiên cứu: đảm bảo theo đúng quy định về đạo đức trong nghiên cứu. Tất cả các thông tin nghiên cứu của đối tượng đều được mã hóa và bảo đảm bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Liên quan tuổi với phương pháp phẫu thuật

Tuổi	Mổ nội soi		Mổ mở		Cắt TC qua ÂĐ		p
	n	%	n	%	N	%	
20-29	4	3,7	4	3,6	0	0	>0,05
30-39	15	13,7	29	25,9	2	50	

40-49	68	62,4	57	50,9	2	50	
>50	22	20,2	22	19,6	0	0	
Tổng	109	100	112	100	4	100	

Nhận xét: Phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở thực hiện ở mọi lứa tuổi trong đó độ tuổi 40 – 49 chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 62,4%(68/109) và 50,9%(57/112). Không có mối liên quan giữa tuổi và PPPT được lựa chọn ở bệnh nhân ($p>0,05$).

Bảng 2. Liên quan giữa tiền sử của bệnh nhân và phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm về tiền sử	Mổ nội soi		Mổ mở		Cắt TC đường ÂĐ		Tổng	p
	n	%	n	%	n	%	n (%)	
Số con: Chưa có con	10	38,5	16	61,5	0	0	26 (100)	<0,05
1 con	20	44,4	24	53,3	1	2,2	45 (100)	
≥ 2 con	79	51,3	72	46,8	3	1,9	154 (100)	
Nội khoa: Có	21	51,2	19	46,3	1	2,4	41(100)	>0,05
Không	88	47,	93	50,5	3	1,6	184(100)	
Phẫu thuật ổ bụng: Có	11	34,4	21	65,6	0	0	32(100)	<0,05
Không	98	50,8	91	34,4	4	2,1	193(100)	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mổ mở ở nhóm chưa có con là cao nhất 61,5% (16/26), tỷ lệ mổ nội soi ở nhóm có từ 2 con trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 51,3% (79/154), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các phương pháp phẫu thuật ($p<0,05$). Mổ mở là phương pháp phẫu thuật được chọn nhiều nhất trong nhóm có tiền sử phẫu thuật bụng dưới chiếm 65,6% (21/32) và có sự liên quan giữa tiền sử phẫu thuật bụng dưới với sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật, $p<0,05$. Không có sự khác biệt về tiền sử mắc bệnh nội khoa trong chọn lựa phương pháp phẫu thuật ($p>0,05$).

3. Liên quan giữa đặc điểm của khối u và phương pháp phẫu thuật

Bảng 3. Liên quan giữa đặc điểm của khối u và phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm khối u	Mổ nội soi		Mổ mở		Cắt TC đường ÂĐ		Tổng	p
	n	%	n	%	n	%	n (%)	
Kích thước tử cung: < 2 tháng	11	68,8	4	25,0	1	6,3	16(100)	<0,05
2-3 tháng	93	56,0	70	42,2	3	1,8	166(100)	
>3 tháng	5	11,6	38	88,4	0	0	43(100)	
Tình trạng thiếu máu: Bình thường	69	51,1	63	46,7	3	2,2	135(100)	>0,05
Thiếu máu	40	44,4	49	54,4	1	1,1	90(100)	
Số lượng nhân xơ: Đơn độc	67	52,3	55	43,7	4	3,2	126(100)	>0,05
2 nhân xơ	9	32,1	19	67,9	0	0	28(100)	
3-5 nhân xơ	14	50	14	50	0	0	28(100)	
≥ 5 nhân xơ	19	44,2	24	55,8	0	0	43(100)	
Kích thước tế bào nhân xơ: < 3cm	69	61,6	41	36,6	2	1,8	112(100)	<0,05
3-5 cm	13	48,1	13	48,1	1	3,7	27(100)	
>5 cm	27	31,4	58	67,4	1	1,2	86(100)	
Độ di động tử cung: Giảm	64	47,8	70	52,2	0	0	134(100)	< 0,05
Bình thường	25	49,0	22	43,1	4	7,9	51(100)	

Nhận xét: Đối tượng có tử cung tương đương thai kích thước 2-3 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất, 73,8% (166/225). Khi kích thước tử cung càng lớn thì tỷ lệ phẫu thuật nội soi càng giảm. Trong các trường hợp u đơn độc, phương pháp phẫu thuật nội soi được tiến hành nhiều nhất với 52,3%, 100% trường hợp cắt tử cung đường âm đạo là u đơn độc. Tỷ lệ mổ mở trong nhóm u kích thước >5cm là cao nhất với 67,4% và tỷ lệ mổ nội soi với nhóm u kích thước <3cm chiếm tỷ lệ cao nhất 61,6%. Có 134/185 trường hợp có mật độ tử cung giảm và có 90/225 bệnh nhân có

tình trạng thiếu máu. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các phương pháp phẫu thuật trong nhóm yếu tố về kích thước tử cung, kích thước tế bào nhân xơ, độ di động tử cung ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 225 bệnh nhân mắc u xơ tử cung cho thấy, không có bệnh nhân nào dưới 30 và trên 50 tuổi cắt tử cung đường âm đạo. Phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở thực hiện ở mọi lứa tuổi. Không có mối liên quan giữa tuổi và phương pháp phẫu thuật được lựa chọn ở

bệnh nhân ($p > 0,05$). Điều này cho thấy y học, kỹ thuật tiến bộ, phẫu thuật viên được nâng cao tay nghề nên chỉ định phương pháp phẫu thuật cũng rộng rãi hơn, yếu tố tuổi bệnh nhân do đó cũng không còn là yếu tố mang tính quyết định chỉ định nữa.

Kết quả cho thấy, tỷ lệ mổ mở là cao nhất ở nhóm chưa có con với 61,5%, tỷ lệ này giảm dần ở nhóm đối tượng có 1 con (53,3%) và đã đủ con (46,8%). Ngược lại, tỷ lệ mổ nội soi ở 3 nhóm đối tượng trên lại theo thứ tự tăng dần lần lượt là 38,5%, 44,4%, 51,3%. Có thể lý giải điều này như sau: với những bệnh nhân chưa có con, nhu cầu bảo tồn tử cung cũng như sự toàn vẹn về cấu trúc buồng tử cung là rất cao, mổ mở là phẫu thuật dễ dàng cho phẫu thuật viên, phẫu thuật thuận lợi hơn, khả năng bóc tách tránh làm tổn thương cơ quan xung quanh và niêm mạc tử cung giảm đi đáng kể. Nhất là với những khối u nằm sát niêm mạc tử cung hoặc khối u mặt sau tử cung, việc mổ mở sẽ là thuận tiện và an toàn cho niêm mạc tử cung hơn [5]. Kết quả cũng cho thấy bệnh nhân UXTC có kèm theo bệnh lý nội khoa không có ý nghĩa đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật, $p > 0,05$. Điều này giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Cao Thị Thúy Anh [6]. Số bệnh nhân UXTC có tiền sử phẫu thuật bụng dưới là 32 ca, chiếm 14,2%. Trong đó, phương pháp phẫu thuật được chọn cho những bệnh nhân này nhiều nhất là phẫu thuật mổ mở chiếm 65,6% (21/32 trường hợp). Không có trường hợp nào được cắt tử cung đường âm đạo, và 34,4% là phẫu thuật nội soi (11/32 trường hợp). Tiền sử này ảnh hưởng đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật, $p < 0,05$. Sở dĩ không có bệnh nào được cắt tử cung đường âm đạo với tiền sử mổ vùng bụng dưới vì sẹo mổ cũ có thể gây dính, khi tiến hành phẫu thuật khó khăn có thể tổn thương tạng xung quanh. Phẫu thuật mổ mở sẽ là an toàn và được ưu tiên lựa chọn hơn trong những trường hợp này, tuy nhiên với kỹ thuật mổ nội soi ngày càng tiến bộ, tỷ lệ mổ nội soi cho những trường hợp này đã tăng hơn so với nghiên cứu của Cao Thị Thúy Anh 2010 (34,4% so với 22,5%) [6].

Bệnh nhân có tử cung tương đương thai kích thước 2-3 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất, 73,8%, cao hơn so với kết quả trong các nghiên cứu trước của Cao Thị Thúy Anh (72,3%) [6]. Kích thước tử cung tương đương thai < 2 tháng, phẫu thuật nội soi chiếm 68,8%, với kích thước tử cung > 3 tháng, phẫu thuật nội soi chỉ còn chiếm 11,6%. Kết quả này cho thấy kích thước tử cung càng lớn thì tỷ lệ phẫu thuật nội soi càng giảm ($p < 0,05$). Tỷ lệ phẫu thuật nội soi ngày càng có

xu hướng được mở rộng, thay thế dần cho phương pháp mổ bụng. Bên cạnh đó, với kích thước tử cung lớn > 3 tháng thì không có trường hợp nào cắt tử cung đường âm đạo, tỷ lệ cắt tử cung đường mổ bụng là cao nhất, chiếm 88,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân có thiếu máu lúc vào viện là 40%, trong đó bệnh nhân có phương pháp phẫu thuật cao nhất là mổ mở (54,4%). Bệnh nhân không thiếu máu có phương pháp phẫu thuật cao nhất là mổ nội soi (51,1%). Không có liên quan mức độ thiếu máu của bệnh nhân và cách thức phẫu thuật được lựa chọn, $p > 0,05$. So sánh tỷ lệ bệnh nhân mổ nội soi có thiếu máu cũng tăng hơn so với nghiên cứu của Cao Thị Thúy Anh (19,8%) [6].

Phương pháp phẫu thuật nội soi được tiến hành nhiều nhất ở những trường hợp u đơn độc với 52,3%, cắt tử cung đường âm đạo được thực hiện 100% ở nhóm này. Với đối tượng có ≥ 3 nhân xơ: mổ mở chiếm tỉ lệ cao nhất (53,1%), tỷ lệ này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Cao Thị Thúy Anh (67,6%) [6] và Nguyễn Nguyên Ngọc (81,5%) [7], không có trường hợp nào được mổ cắt tử cung đường âm đạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì không có sự khác biệt giữa số lượng nhân xơ và lựa chọn phương pháp phẫu thuật ($p > 0,05$). Về kích thước trung bình nhân xơ trên siêu âm, tỷ lệ mổ cắt tử cung đường âm đạo được thực hiện cao nhất ở nhóm $u < 3\text{cm}$ 2/4 trường hợp (50%). Với nhân xơ kích thước trung bình $< 3\text{cm}$, tỷ lệ mổ nội soi là cao nhất với 61,6%. Trong khi nhân xơ kích thước trung bình $> 5\text{cm}$, tỷ lệ mổ mở lại là cao nhất với 67,4%. Xu hướng phẫu thuật hiện nay trên thế giới nói chung và ở nước ta nói riêng đang thiên về phẫu thuật nội soi và cắt tử cung đường âm đạo để mang lại nhiều lợi ích hơn cho bệnh nhân. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước trung bình nhân xơ và lựa chọn phương pháp phẫu thuật, $p < 0,05$. Về độ di động của tử cung thì ở nhóm giảm độ di động áp dụng phương pháp mổ mở chiếm tỷ lệ cao nhất (52,2%), không có trường hợp nào cắt tử cung qua đường âm đạo trong nhóm này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp phẫu thuật và độ di động tử cung, $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố có liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật là: số con hiện có, tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đây, kích thước tử cung, số lượng về nhân xơ, kích thước tế bào nhân xơ và độ di động tử cung. Trong đó về số con hiện có nhóm ≥ 2 con tỷ lệ phẫu thuật nội soi chiếm tỷ lệ cao nhất (51,3%), nhóm chưa có con tỷ lệ mổ

mở chiếm tỷ lệ cao nhất (61,5%). Phần lớn bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng chọ phương pháp mổ mở (65,6%). Trên 85% bệnh nhân có kích thước tử cung tương đương thai >3 tháng chọn phương pháp mổ mở. Tỷ lệ phương pháp phẫu thuật nội soi và cắt tử cung qua đường âm đạo giảm theo kích thước khối u, tỷ lệ mổ mở tăng theo kích thước khối u. Trong nhóm giảm di động phương pháp mổ mở được lựa chọn cao nhất (52,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aamir T Khan, Manjeet Shehmar và Janesh K Gupta (2014)**, "Uterine fibroids: current perspectives", *International journal of women's health*, **6**, tr. 95.
2. **Dương Thị Cường và Nguyễn Đức Hình (1999)**, "U xơ tử cung", *Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành*, NXB Y học, tr. 88-107.
3. **Eiko Murase, Evan S Siegelman và Eric K Outwater và các cộng sự (1999)**, "Uterine Leiomyomas: Histopathologic Features, MR Imaging Findings, Differential Diagnosis, and Treatment 1", *Radiographics*, tr. 1179-1197.
4. **Ligia Flávia da Silva Barbosa (2012)**, "Epidemiological factors associated with Uterine Fibroids", *Universidade da Beira Interior*.
5. **S Mahboui, Y Messaoudi và Y Chandoul và các cộng sự (2001)**, "Management of uterine fibromas. Report of 219 cases", *La Tunisie medicale*, **79(10)**, tr. 515-520.
6. **Cao Thị Thủy Anh (2010)**, *Nghiên cứu các phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2010*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Nguyễn Ngọc (2007)**, *Tình hình phẫu thuật điều trị u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 2/2007 – 6/2007*, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÁT HIỆN TỔN THƯƠNG TRÊN HÌNH ẢNH MÔ BỆNH HỌC QUA NỘI SOI THƯỜNG VÀ NỘI SOI NHUỘM MÀU BẰNG INDIGOCARMIN 0,2% Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM NIÊM MẠC DẠ DÀY MẠN TÍNH

Nguyễn Quốc Tiến¹, Trần Anh Việt², Bùi Thanh Sơn²

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên 138 người bệnh bị viêm niêm mạc dạ dày mạn tính tại bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình có độ tuổi 48 ± 18 để phát hiện tổn thương bằng phương pháp nội soi thường (NST) và nội soi nhuộm màu (NSNM) bằng Indigocarmine 0,2% và tiến hành làm mô bệnh học dựa vào phân loại Whitehead chúng tôi nhận thấy: Tỷ lệ phát hiện viêm hoạt động vừa, viêm teo nhẹ ở thân vị, viêm teo nhẹ ở hang vị ở nhóm NSNM chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,1%; 11,6%; 15,9% cao hơn so với ở nhóm NST. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ phát hiện viêm mạn nông, viêm mạn teo, dị sản mức độ nhẹ ở thân vị, loạn sản mức độ nhẹ ở hang vị ở nhóm NSNM chiếm tỷ lệ lần lượt là: 81,1%; 18,8%; 7,2%; 4,3% cao hơn so với ở nhóm NST với $p > 0,05$. Tỷ lệ và mức độ nhiễm *H. pylori* (+) gặp nhiều hơn ở cả 2 nhóm nhưng ở nhóm NSNM gặp nhiều hơn ở nhóm NST với $p < 0,05$.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS OF DETECTING LESIONS THROUGH THE IMAGES OF

HISTOPATHOLOGY BY CONVENTIONAL ENDOSCOPY AND DYE ENDOSCOPY WITH INDIGOCARMIN 0.2%

Abstract: Carrying research on 138 patients with chronic gastric mucositis in Thai Binh City General Hospital aged 48 ± 18 to detect lesions by conventional endoscopy and dye endoscopy with Indigocarmine 0.2% and then proceeding to histopathology based on the Whitehead classification, we found: The rate of detection of moderate inflammation, mild atrophic inflammation in the corpus, mild atrophic inflammation in the antrum in dye endoscopy group accounted for 39.1%; 11.6%; 15.9% respectively higher than in conventional endoscopy. The difference was statistically significant with $p < 0.05$. The rate of detection of low grade chronic inflammation, chronic atrophic inflammation, mild cytometaplasia in the corpus, mild dysplasia in the antrum in dye endoscopy accounted for 81.1%; 18.8%; 7.2%; 4.3% respectively, higher than those in conventional endoscopies with $p > 0.05$. The rate and infection level of *H. pylori* (+) was more common in both groups, but the figure in the group of dye endoscopy was more often than in the conventional endoscopy group with $p < 0.05$.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn tính là một bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, tỷ lệ viêm dạ dày mạn tính chiếm từ 50% - 60% trong các bệnh lý dạ dày tá tràng. Tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Thái Bình, tỷ lệ trên 50% ở lứa tuổi từ 29 - 44.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Tiến

Email: ngqtienytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 21.1.2019

Ngày duyệt bài: 29.1.2019

Một vấn đề quan trọng là viêm dạ dày mạn tính thường gây những hiện tượng như: viêm teo, dị sản ruột, loạn sản, có thể là dấu hiệu tiền ung thư dạ dày. Nội soi niêm mạc ở các Bệnh viện tuyến cơ sở còn ít được quan tâm. Hơn nữa, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán ung thư sớm ở người bệnh bị viêm dạ dày mạn là xét nghiệm Mô bệnh học mà thực tế tại tỉnh Thái Bình mới chỉ có 02 Bệnh viện có khoa Giải phẫu bệnh đó là Bệnh viện đa khoa tỉnh và Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Để góp phần chẩn đoán và điều trị đạt kết quả tốt, đưa ra những chỉ định phù hợp cho các Bác sỹ lâm sàng thông qua kết quả nội soi, đồng thời góp phần chẩn đoán sớm ung thư dạ dày ở người bệnh bị viêm dạ dày mạn tính nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phát hiện tổn thương trên hình ảnh mô bệnh học qua nội soi thường và nội soi nhuộm màu bằng Indigocarmine 0,2% ở người bệnh viêm niêm mạc dạ dày mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 138 người bệnh từ 30 tuổi trở lên có triệu chứng đau dạ dày đến khám tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện thành phố Thái Bình năm 2018.

2.2. Phương pháp và vật liệu nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp

- Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang,
- Chia 2 nhóm: Nhóm nội soi nhuộm màu = 69 bệnh nhân; Nhóm nội soi không nhuộm màu (nội soi thường) = 69 bệnh nhân.

2.2.2. Vật liệu nghiên cứu

- Máy nội soi video Olympus CV 170; Kim sinh thiết qua nội soi BF2416SF.
- Dung dịch Indigocarmine 0,2%. (E. Merck, Darmstadt);

3.2. Mức độ tổn thương viêm dạ dày mạn

Bảng 3.2. Mức độ tổn thương viêm dạ dày mạn

Mức độ tổn thương	Nội soi nhuộm màu		Nội soi thường		Tổng		p
	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	
Viêm mạn nông	56	81,1	57	82,6	113	81,9	>0,05
Viêm mạn teo	13	18,8	12	17,3	25	18,1	>0,05

Nhận xét: - Tỉ lệ phát hiện viêm mạn nông ở nhóm NSNM: 81,1%; nhóm NST: 82,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

- Tỉ lệ phát hiện viêm mạn teo ở nhóm NSNM: 18,8% cao hơn so với nhóm NST: 17,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

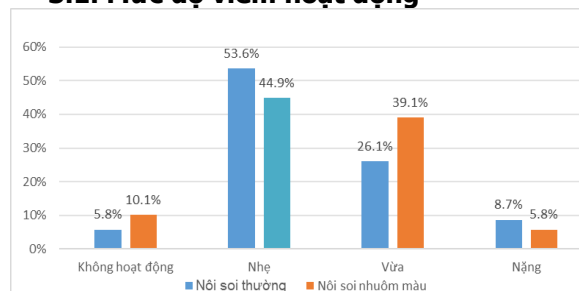
TB 259 x 200 H.E - Viêm teo nhẹ

Đỗ Quý A. 63 tuổi - Nam. SNC: 54. Nội soi: 10/10/2017, Làm MBH ngày 14/10/2017

- Sau khi kết thúc nội soi chẩn đoán, tiến hành sinh thiết lấy bệnh phẩm niêm mạc dạ dày để xét nghiệm sinh thiết từ 3 đến 4 mẫu niêm mạc dạ dày ở các vị trí theo hướng dẫn của hệ thống Sydney cập nhật

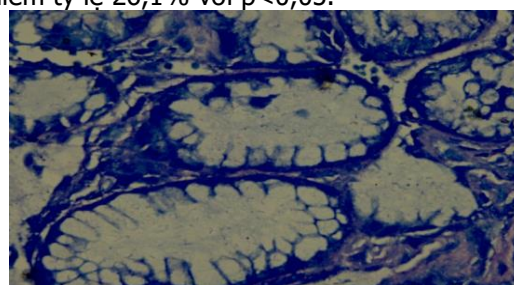
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mức độ viêm hoạt động

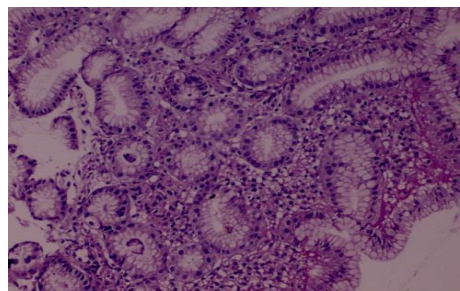


Biểu đồ 3.1: Mức độ viêm hoạt động

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện viêm hoạt động nhẹ 49,3%; Tỷ lệ phát hiện viêm hoạt động vừa 32,6%; Tỷ lệ phát hiện viêm hoạt động nặng 7,3%; Tỷ lệ phát hiện viêm hoạt động vừa ở nhóm NSNM chiếm tỷ lệ 39,1%; ở nhóm NST chiếm tỷ lệ 26,1% với $p<0,05$.



TB 183 x 400 Giem sa - Viêm hoạt động mạnh
Hồ Thị H. 38 tuổi - Nữ. SNC: 42. Nội soi: 28/9/2017, Làm MBH ngày 03/10/2017

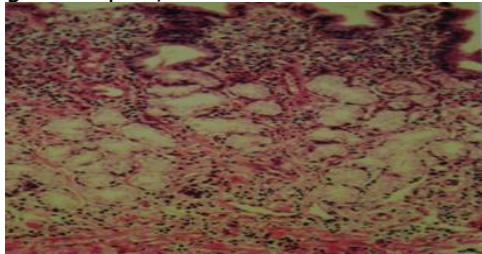


3.3. Vị trí và mức độ viêm teo

Bảng 3.3. Vị trí và mức độ viêm teo

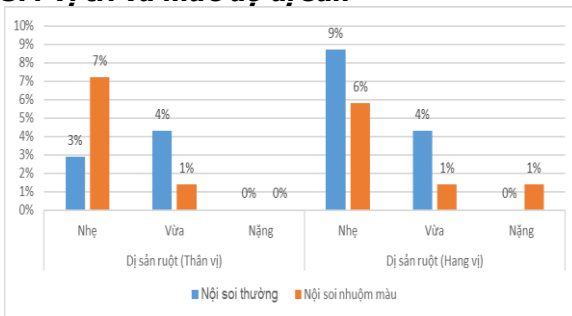
Vị trí và mức độ viêm teo		Loại nội soi						p
		Nội soi nhuộm màu		Nội soi thường		Tổng		
		SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	
Mức độ viêm teo (thân vị)	Nhẹ	8	11,6	2	2,9	10	7,0	<0,05
	Vừa	3	4,3	5	7,2	8	6,0	
	Nặng	0	-	0	-	0	-	
Mức độ viêm teo (Hang vị)	Nhẹ	11	15,9	7	10,1	18	13,0	<0,05
	Vừa	3	4,3	5	7,2	8	6,0	
	Nặng	0	-	0	-	0	-	

Nhận xét: Mức độ viêm teo nhẹ ở thân vị của nhóm NSNM chiếm tỷ lệ 11,6% cao hơn so với nhóm NST 2,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức độ viêm teo nhẹ ở hang vị của nhóm NSNM chiếm 15,9% cao hơn so với nhóm NST 10,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$



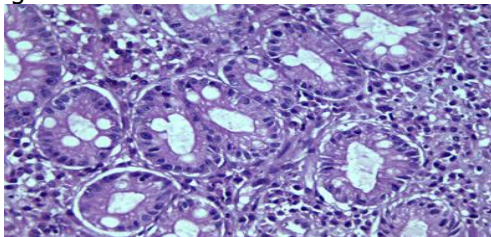
TB 134 x 200 H.E có viêm teo nhẹ vùng hang vị. Trần Đình T. 50 tuổi - Nam. SNC: 58. Nội soi: 12/10/2017, Làm MBH ngày 16/10/2017

3.4 Vị trí và mức độ dị sản



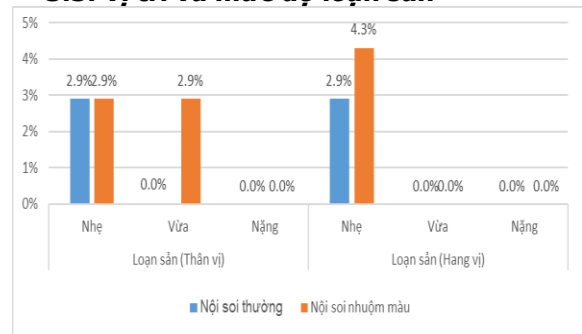
Biểu đồ 3.4: Vị trí và mức độ dị sản

Nhận xét: Dị sản mức độ nhẹ ở thân vị nhóm NST chiếm tỷ lệ 2,9%, ở nhóm NSNM chiếm tỷ lệ 7,2%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



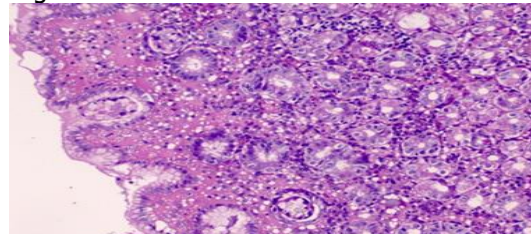
TB 180 x 400 H.E - DSR typ III vùng hang vị. Trịnh Văn Kh. 54 tuổi - Nam. SNC: 50. Nội soi: 05/10/2017, Làm MBH ngày 10/10/2017

3.5. Vị trí và mức độ loạn sản

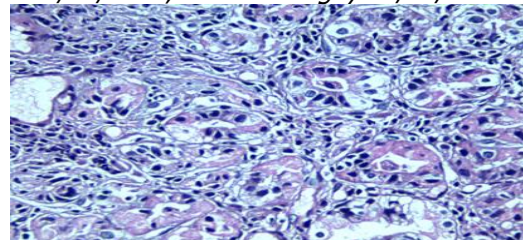


Biểu đồ 3.5: Vị trí và mức độ loạn sản giữa 2 nhóm

Nhận xét: Loạn sản mức độ nhẹ ở hang vị nhóm NST chiếm tỷ lệ 2,9%, ở nhóm NSNM chiếm tỷ lệ 4,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



TB 178 x 200 H.E - loạn sản nhẹ vùng hang vị. Đinh Thị Ph. 43 tuổi - Nữ. SNC: 46. Nội soi: 03/10/2017, Làm MBH ngày 07/10/2017

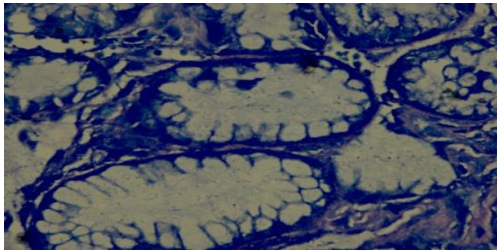


TB 171 x 400 H.E - loạn sản nặng vùng hang vị. Phạm Hữu Ngh. 59 tuổi - Nam. SNC: 82. Nội soi: 20/03/2018, Làm MBH ngày 27/3/2018

3.6. Tỷ lệ và mức độ nhiễm *H. pylori* qua xét nghiệm mô bệnh học**Bảng 3.6: Tỷ lệ và mức độ nhiễm *H. Pylori***

Mức độ nhiễm		Loại nội soi				Tổng		p
		Nội soi thường		Nội soi nhuộm màu				
		SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	
Mức độ nhiễm H.p	(-)	45	65,2	27	39,7	72	52,2	<0,05
	(+) <25 VK/VT	18	26,1	31	45,6	49	35,5	
	(++)25-50VK/VT	6	8,7	9	13,2	15	10,9	
	(+++)>50 VK/VT	0	-	1	1,5	1	0,7	

Nhận xét: Tỷ lệ và mức độ nhiễm *H. pylori* (+) gặp nhiều ở cả 2 nhóm nhưng ở nhóm NSNM gặp nhiều hơn ở nhóm NST với $p < 0,05$.



TB 183 x 400 Giemsa - *H. pylori* (++++)
 Đặng Thị M. 70 tuổi – Nữ. SNC: 47, Nội soi:
 03/10/2017, Làm MBH ngày 07/10/2017

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ phát hiện viêm hoạt động vừa, viêm teo nhẹ ở thân vị, viêm teo nhẹ ở hang vị ở nhóm nội soi nhuộm màu chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,1%; 11,6%; 15,9% cao hơn so với ở nhóm nội soi thường (26,1%; 2,9%; 10,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ phát hiện viêm mạn nông, viêm mạn teo, dị sản mức độ nhẹ ở thân vị, loạn sản mức độ nhẹ ở hang vị ở nhóm nội soi nhuộm màu chiếm tỷ lệ lần lượt là: 81,1%; 18,8%; 7,2%; 4,3% cao hơn so với ở nhóm nội soi thường (82,6%; 17,3%; 2,9%; 2,9%) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Tỷ lệ và mức độ nhiễm *H. pylori* (+) gặp nhiều ở cả 2 nhóm nhưng ở nhóm nội soi nhuộm màu gặp nhiều hơn ở nhóm nội soi thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

KHUYẾN NGHỊ

Khi thực hiện nội soi thường có nghi ngờ tổn thương thì nên làm phương pháp nhuộm màu bằng dung dịch Indigocarmine 0,2% và tiến hành sinh thiết làm mô bệnh học giúp cho quá trình chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Chung, Tạ Long, Trịnh Tuấn Dũng (2007), "Hình ảnh nội soi, mô bệnh học của viêm dạ dày mạn do nhiễm *Helicobacter pylori*", *Tạp chí Khoa học Y học Việt Nam* tập II (7), tr.389-394.
2. Nguyễn Thị Hòa Bình (2001), "Nghiên cứu chẩn đoán bệnh viêm dạ dày mạn tính bằng nội soi, mô bệnh học và tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori*", Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Phạm Thị Thu Hồ (2003), "Nội soi dạ dày", *Tài liệu đào tạo nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng, phòng chỉ đạo tuyến BV Bạch Mai* Tr.88.
4. Bùi Thanh Sơn (2013), *Nghiên cứu hình ảnh nội soi, mô bệnh học viêm niêm mạc dạ dày mạn bằng nội soi nhuộm màu indigo-carmin ở bệnh nhân trên 60 tuổi*. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Học viện quân y

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRẺ HÓA MI MẮT DƯỚI BẰNG MỠ TỰ THÂN KẾT HỢP HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU

Phạm Hiếu Liêm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu kỹ thuật làm trẻ hóa mi mắt dưới bằng cấy mỡ tự thân kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thực nghiệm không đối chứng.

*Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TP. Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm
 Email: drliempham@pnt.edu.vn
 Ngày nhận bài: 20.12.2018
 Ngày phản biện khoa học: 22.1.2019
 Ngày duyệt bài: 28.1.2019

Khách hàng có lão hóa mi dưới được tư vấn và đồng ý điều trị bằng kỹ thuật cấy mỡ tự thân kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu từ 01/2013 đến 09/2015 tại phòng khám phẫu thuật thẩm mỹ Lê Hành. Tình trạng mi dưới của khách hàng được chụp hình trước phẫu thuật, ngay sau phẫu thuật, một tháng, sáu tháng, một năm, hai năm và ba năm sau phẫu thuật. Mức độ hải lòng của khách hàng được đánh giá vào thời điểm ngay sau phẫu thuật, một tháng, sáu tháng, một năm, hai năm và ba năm sau phẫu thuật. **Kết quả:** 58 khách hàng nữ có tình trạng lão hóa da mi dưới được đưa vào nghiên cứu. Tính đến thời điểm hiện tại tất cả các trường hợp đều được đánh giá sau phẫu thuật

một tháng, sáu tháng và một năm, trong đó có 38 trường hợp đủ thời gian để đánh giá sau hai năm và 11 trường hợp đủ thời gian để đánh giá sau ba năm. Tất cả trường hợp đều cấy mỡ lần đầu. Tuổi trung bình $41,83 \pm 11,3$ tuổi. Tỷ lệ cấy mỡ và số lượng mỡ cấy trung bình ở rãnh lệ, vách ổ mắt và góc ngoài ổ mắt lần lượt là 79,3% (0,77 ml), 72,4% (0,8 ml), 60,3% (0,52 ml). Tỷ lệ khách hàng hài lòng sau 01 năm cấy mỡ là 66%. **Kết luận:** Cấy mỡ tự thân làm trẻ hóa mi dưới là phương pháp an toàn và hiệu quả. Phương pháp này không những phục hồi được thể tích mi dưới bị mất do lão hóa mà còn cải thiện chất lượng da mi dưới.

Từ khóa: trẻ hóa mi dưới, cấy mỡ mi dưới, cấy mỡ tự thân.

SUMMARY

EVALUATION THE RESULTS OF LOWER EYELIDS REJUVENATION USING FAT GRAFTING

Objectives: Evaluate the results of lower eyelids rejuvenation using fat grafting. **Methods:** Clinical trial without control group. Patient having aging lower eyelids were consulted and agreed on being treated using fat grafting. The patient's lower eyelids would be noted before and after the procedure. Results would be checked at 01 months, 06 months and 12 months. Patient's satisfaction will be asked after 12 months. **Results:** From Jan 2013 to Sep 2015, there were 58 patients with average age $41,83 \pm 11,3$ have lower eyelid's rejuvenation using autologous fat grafting. The average follow-up time was $25 \pm 9,2$. The fat grafting rate and the average fat volume added at the tear trough, lower eyelids septum and the lateral area were 79,3% (0,77 ml), 72,4% (0,8 ml), 60,3% (0,52 ml) respectively. The absorption rate after 01 month, 06 months and 12 months were 14,6%, 25,2% và 52%. Patient's satisfaction rate after 12 months was 66%. **Conclusions:** Autologous fat graft for lower eyelids rejuvenation was an effective and safe procedure. This technique not only could restore the volume loss of the lower eyelids due to aging, but also increase the patient's skin.

Keywords: Lower eyelids rejuvenation, lower eyelids fat grafting, autologous fat grafting.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự thay đổi cấu trúc quanh ổ mắt theo thời gian do sự tác động của trọng lực bao gồm quá trình hạ xệ của các dây chằng nâng đỡ và sự di chuyển xuống dưới và ra trước của lớp mỡ ổ mắt[7]... Bên cạnh đó, quá trình lão hóa vùng dưới ổ mắt còn xảy ra do sự mất thể tích tại chỗ ở những khu vực có sự gắn kết giữa da và cấu trúc sâu và sự teo triển của cấu trúc xương bờ dưới ổ mắt[1].

Hầu hết các kỹ thuật trẻ hóa mi dưới chú trọng và việc lấy bỏ da thừa, cơ và các túi mỡ thoát vị. Tuy nhiên, các quan điểm mới về quá trình lão hóa mi nêu trên dưới đã góp phần thay đổi mục tiêu và kỹ thuật trong những thập kỷ gần đây. Do đó, phẫu thuật lấy mỡ có thể làm

trầm trọng hơn tình trạng hõm sâu vùng mi dưới và không thực sự làm trẻ hoá vùng này.

Có rất nhiều phương pháp làm trẻ hóa da vùng mi mắt dưới đã được sử dụng[6] như dùng laser ablation, lột da đã được sử dụng rất lâu. Vào cuối năm 1999, sản phẩm poly-L-lactic acid (PLLA) – chuỗi phân tử acid lactic có đặc tính tương hợp sinh học cao và tự phân hủy đã được sử dụng rộng rãi ở Châu Âu với mục đích phục hồi thể tích vùng mặt ở những vị trí thiếu thể tích do quá trình lão hóa. Sản phẩm acid hyaluronic – thành phần chính trong chất ngoại bào đã được nghiên cứu và ứng dụng rộng rãi trong làm trẻ hóa da[7]. Tuy nhiên, những báo cáo gần đây cho thấy acid hyaluronic có khả năng gây phản ứng dị ứng đối với mô xung quanh.

Kỹ thuật cấy mỡ tự thân đã xuất hiện vào năm 1893 thực hiện bởi tác giả Neuber[7]. Những năm gần đây, cùng với sự phát triển của dụng cụ hút cấy mỡ, cấy mỡ tự thân đã được sử dụng cho nhiều mục đích thẩm mỹ và tái tạo: làm trẻ hóa da, phục hồi thể tích do sẹo, trẻ hóa vùng quanh ổ mắt... Mỡ tự thân là sản phẩm có sẵn, ít tổn kém, hiệu quả kéo dài và là vật liệu tự thân nên không gây phản ứng miễn dịch. Mỡ tự thân có chứa các tế bào gốc giúp cải thiện mô xung quanh vị trí cấy[4]. Mặt khác, lấy tế bào mỡ được thực hiện qua một đường rạch rất nhỏ và không để lại biến chứng nơi cho. Do đó, mỡ tự thân có thể xem là một vật liệu tự nhiên – sinh học lý tưởng[1],[6].

Cấy mỡ tự thân làm trẻ hóa mi dưới không những phục hồi thể tích mi dưới mà còn bổ sung các tế bào gốc có trong mỡ giúp cải thiện chất lượng da tại nơi cấy. Bên cạnh đó, thêm huyết tương giàu tiểu cầu (Platelet Rich Plasma – PRP) vào mỡ cấy sẽ làm tăng tỉ lệ sống của tế bào mỡ được cấy[2]. Vì thế, cấy mỡ tự thân có thêm PRP trong điều trị lão hóa da mi mắt dưới đang được sử dụng rộng rãi trên thế giới. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả làm trẻ hóa mi mắt dưới bằng phương pháp cấy mỡ tự thân có bổ sung PRP.

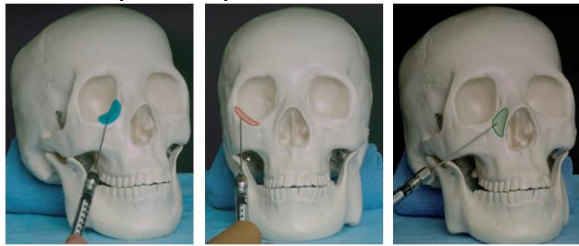
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên khách hàng có lão hóa vùng mi mắt dưới với biểu hiện thiếu mỡ tại một hoặc nhiều vị trí quanh mi dưới như rãnh lệ, góc mắt ngoài và vách ổ mắt đến tư vấn tại Phòng khám Phẫu thuật Thẩm Mỹ Lê Hành từ 01/2013 đến 09/2015. Những trường hợp có xa xệ da mi dưới mức độ vừa hoặc nặng (độ 2 – 3) sẽ được loại ra khỏi nghiên cứu. Những trường hợp còn lại sẽ được tư vấn điều trị bằng phương pháp cấy mỡ tự thân. Khách hàng đồng ý điều

trị sẽ được giải thích tham gia nghiên cứu. Những trường hợp đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được chụp hình để đánh giá mức độ thiếu mỡ vùng mi dưới ở 3 vị trí: rãnh lệ, góc mắt ngoài và vách ổ mắt và đánh giá mức độ hài lòng trước và sau khi phẫu thuật 01 tháng, 06 tháng và 12 tháng.

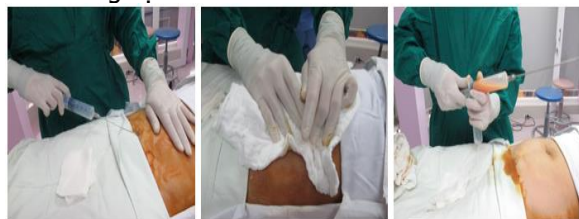
Quy trình cấy mỡ mi dưới:

Bước 1: Chuẩn bị khách hàng: Khách hàng sau khi được tư vấn sẽ được vẽ để xác định các vị trí vùng mi dưới sẽ dự định cấy mỡ gồm: rãnh lệ, vách ổ mắt và góc ngoài mi dưới và xác định thể tích dự kiến cấy mỡ.



Hình 1: Vị trí cấy mỡ vùng mi dưới. Nguồn *Nonsurgical Peri-orbital Rejuvenation, 2014*

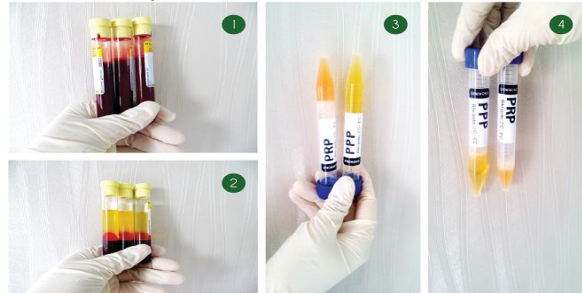
Bước 2: Lấy mỡ tự thân: Khách hàng được tiến mê và bơm dung dịch Tumescent gồm Lactate Ringer 500 ml pha với 25 ml Lidocaine 2% và 0,5 ml adrenaline 0,1% với lượng dung dịch gấp đôi lượng mỡ dự kiến hút ra. Chờ 15-20 phút để tế bào mỡ ngấm đủ thuốc tê. Dùng ống hút mỡ đường kính 2.5mm nhiều lỗ dưới áp lực âm tạo ra bởi bơm tiêm 10 cc hút mỡ ở vị trí đã bơm dung dịch Tumescent.



Hình 2: Lấy mỡ từ bụng

Đồng thời khách hàng sẽ được lấy máu quay ly tâm để thu PRP. PRP hoạt hóa được lấy từ máu ngoại vi của khách hàng tương tự như xử lý các mô mỡ bằng cách sử dụng bộ kit New-

PRPPro Kit (GeneWorld) theo hướng dẫn của nhà sản xuất, thu 20 ml máu ngoại vi được vào ống chân không và ly tâm ở $800 \times g$ trong 10 phút. Lấy phần huyết tương phía trên ống ly tâm và ly tâm lần 2 ở $1000 \times g$ trong 5 phút để thu được các tiểu cầu dạng hạt. Hầu hết các plasma sau đó đã được loại bỏ, giữ lại 3 ml huyết tương cho quá trình tái lắng của tiểu cầu. Cuối cùng, PRP được hoạt hóa bằng cách sử dụng ống hoạt hóa có chứa 100 μ l 20% CaCl₂.



Hình 3: Kít New-PRPPro Kit của GeneWorld và các bước lấy PRP theo hướng dẫn nhà sản xuất

Bước 3: Xử lý mỡ cấy: Mỡ được lấy ra sẽ được đem quay ly tâm với tốc độ cố định là 3300 vòng/phút trong vòng 03 phút để loại bỏ dầu, máu và huyết thanh. Sau đó sẽ được bổ sung PRP theo tỷ lệ mỡ:PRP là 10:1. Cuối cùng mỡ sẽ được chiết ra các ống nhỏ 1cc để chuẩn bị cấy



Hình 4: Chiết mỡ ra các ống 1 cc chuẩn bị cấy

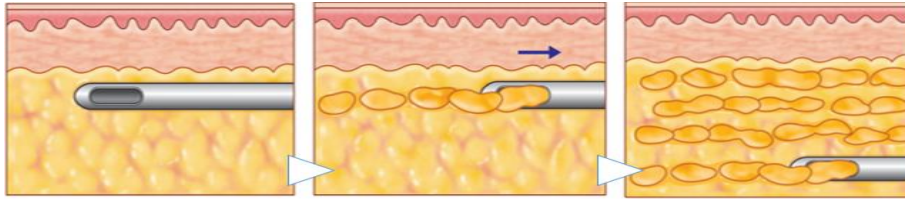
Bước 4: Cấy mỡ mi dưới

Chúng tôi sử dụng súng cấy mỡ MAFT gun (Micro – Autologous Fat Transplantation) để cấy. Canula dùng để cấy có đường kính 0.9mm và chiều dài là 12cm.



Hình 5: Súng MAFT gun và các mức độ điều chỉnh thể tích mỡ bơm ra

Chúng tôi sử dụng dùng canula cấy mỡ đặt vào vị trí cần cấy, sau đó vừa rút canula vừa bơm mỡ vào. Chúng tôi cấy theo nhiều lớp để mỡ được phân bố đều ở nhiều vị trí tránh hiện tượng tạo cục sau cấy.



Hình 6: Kỹ thuật cấy mỡ. Nguồn: *Plastic Surgery 6 Volume, 3rd Edition, Peter C. Neligan*

Dùng kim 18 tạo lỗ vào cho canula ở vùng góc ngoài môi trên, dùng kim cấy mỡ đâm vào theo lỗ mỡ được tạo hướng đầu kim đến vị trí cần cấy mỡ vùng mí mắt dưới. Sau đó cấy mỡ làm đầy các vị trí thiếu mỡ.



Hình 7: Vị trí tạo lỗ vào cho canula

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 01/2013 đến 09/2015 có 72 khách hàng đến tư vấn làm trẻ hóa mí dưới có xa xệ da mí độ 0 hoặc 1; có hõm ít nhất một trong 3 vị trí rãnh lệ, vách ổ mắt, và góc mắt ngoài. Chúng tôi chọn ra 58 trường hợp thỏa tiêu chuẩn được chọn để nghiên cứu. Chúng tôi rút ra một số kết quả sau:

Cả 58 khách hàng đều là nữ, có tuổi trung bình $41,83 \pm 11,3$ tuổi, trong đó nhỏ nhất là 27 tuổi và lớn nhất là 65 tuổi. Số trường hợp có xa xệ da mí độ 1 chiếm 74,1% gần gấp 3 lần số trường hợp không có xa xệ da mí.

Thời gian theo dõi trung bình là $25 \pm 9,2$ tháng, trong đó ngắn nhất là 01 năm và lâu nhất là 03 năm. Vị trí cấy mỡ của mí dưới như sau:

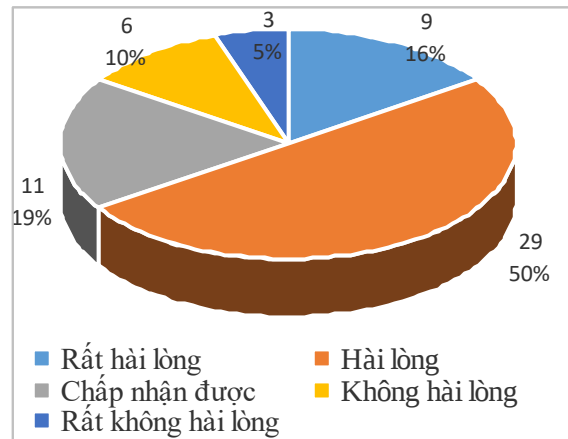
Bảng 1: Vị trí cấy mỡ và lượng mỡ cấy

Vị trí cấy mỡ	Số khách hàng (%)	Số lượng mỡ cấy trung bình
Rãnh lệ	46 ca (79.3%)	$0,77 \pm 0,15$ ml (0,5 ml – 1 ml)
Vách ổ mắt	42 ca (72.4%)	$0,80 \pm 0,13$ ml (0,6ml – 1 ml)
Góc mắt ngoài	35 ca (60.3%)	$0,52 \pm 0,12$ ml (0,3ml – 0,7 ml)

Trong đó, số trường hợp cấy 02 vị trí vùng mí dưới là 23 trường hợp chiếm 40%, kể đến là cấy 03 vị trí chiếm 21 trường hợp (36%), có 14 khách hàng chỉ cấy 01 vị trí (24%)

Trong nghiên cứu, chúng tôi không nghi nhận có sự thoái hóa mỡ tại những vị trí vùng mí dưới không cần cấy mỡ trong thời gian 01 năm. Sau khi cấy, lượng mỡ tiêu hao theo thời gian tại các vị trí của mí dưới có hình dạng tuyến tính.

Mức độ hài lòng của khách hàng sau 01 năm cấy mỡ:



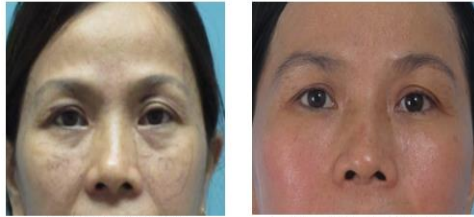
Sơ đồ 1: Tỷ lệ khách hàng hài lòng và rất hài lòng chiếm 2/3 tổng số khách hàng, tỷ lệ không hài lòng và rất không hài lòng lần lượt là 10% và 3%.



Hình 8: Khách hàng trước và ngay sau được cấy mỡ mí dưới vùng rãnh lệ

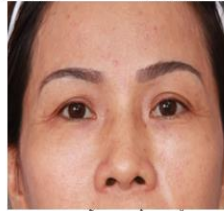


Hình 9: Khách hàng trước và sau cấy mỡ mi dưới rãnh lệ, vách ổ mắt, góc mắt ngoài sau 10 ngày



TRƯỚC PHẪU THUẬT

SAU PHẪU THUẬT 4 THÁNG



SAU PHẪU THUẬT 3 NĂM

Hình 10: Khách hàng trước và sau khi cấy mỡ mi dưới rãnh lệ, vách ổ mắt sau 4 tháng và 3 năm

IV. BÀN LUẬN

Có rất nhiều phương pháp làm trẻ hóa mi dưới từ phẫu thuật đến không phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn phương pháp cấy mỡ tự thân có thêm PRP vào các vị trí vùng mi dưới.

Chúng tôi chỉ nhận các trường hợp có da mi dưới không xa xệ hoặc xa xệ mức độ nhẹ. Kỹ thuật cấy mỡ tự thân tác động trực tiếp đến cơ chế gây lão hóa mi dưới như hoá triển các cấu trúc xương vùng quanh mắt và thoái hóa mỡ vùng mi dưới. So với phương pháp phẫu thuật, trong phương pháp cấy mỡ tự thân, khách hàng không phải chịu một đường sẹo mà còn phục hồi được thể tích đã mất vùng mi dưới[4][6].

Khi so sánh với sử dụng chất làm đầy, cấy mỡ có ưu điểm là vật liệu lấy sẵn từ khách hàng nên có khả năng tương hợp sinh học rất cao[6]. Ngoài ra, trong mỡ có thành phần tế bào gốc và các yếu tố tăng trưởng giúp cải thiện da mi dưới của khách hàng sau khi được tiêm. Vì thế, sau khi cấy mỡ, các biến chứng như sưng nề nhiều, hoại tử da vùng cấy mỡ ít gặp hơn so với sử dụng chất làm đầy[1],[6].

Trong kỹ thuật cấy mỡ của chúng tôi, chúng tôi sử dụng dụng bơm hút 2.5 mm với nhiều lỗ

nhỏ để thu được các tế bào mỡ mịn, đều và nhỏ giúp quá trình thao tác cấy được dễ dàng và chính xác hơn. Mặt khác, quá trình xử lý mỡ bằng quay ly tâm theo nhiều tác giả cũng cho thấy tăng khả năng sống của tế bào mỡ sau khi cấy[3],[6].

Những năm gần đây, PRP có chứa tiểu cầu và các yếu tố tăng trưởng đã được sử dụng rộng rãi trong lĩnh vực thẩm mỹ. Chúng tôi cũng sử dụng PRP bổ sung vào mỡ cấy để tăng khả năng sống cũng như cải thiện chất lượng da vùng cấy mỡ của khách hàng. Một số tác giả sử dụng PRP tiêm vào vùng da sau khi cấy một cách độc lập[2],[5]. Tuy nhiên, chúng tôi cho rằng khi trộn PRP vào mỡ sẽ giúp tế bào mỡ tồn tại lâu hơn tại nơi được cấy. Việc bổ sung PRP vào mỡ để cấy giúp làm tăng khả năng tồn tại của mỡ trong mô cũng đã được ghi nhận bởi các tác giả Cervelli, Keyhan[2],[5].

Mặt khác, vì vùng mi dưới rất nhỏ và chỉ cần một lượng mỡ dư không đáng kể có thể tạo thành nốt mỡ sau cấy và ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả cấy mỡ. Chính vì lý do này, chúng tôi sử dụng súng MAFT gun để cấy vùng mi dưới này. Súng MAFT gun có thể điều chỉnh sao cho mỗi nhát bóp, lượng mỡ ra có thể tùy chỉnh 1/90, 1/120, 1/150, 1/180cc.

Tuy nhiên, hạn chế lớn nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là chưa đánh giá một cách khách quan mất độ tiêu mỡ theo thời gian.

V. KẾT LUẬN

Cấy mỡ tự thân xử lý bằng quay ly tâm có bổ sung PRP làm trẻ hóa mi dưới là phương pháp an toàn và hiệu quả. Phương pháp này không những phục hồi được thể tích mi dưới mà còn cải thiện chất lượng da mi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bernardini F P, Gennai A (2016), "Fluid Fat Injection for Volume Restoration and Skin Regeneration of the Periocular Aesthetic Unit". *JAMA Facial Plast Surg*, 18(1), 68-70.
2. Cervelli V, Bocchini I, Di Pasquali C, De Angelis B, Cervelli G, Curcio C B, et al. (2013), "P.R.L. platelet rich lipotransfer: our experience and current state of art in the combined use of fat and PRP". *Biomed Res Int*, 2013, 434191.
3. Charles-de-Sa L, Gontijo-de-Amorim N F, Maeda Takiya C, Borojevic R, Benati D, Bernardi P, et al. (2015), "Antiaging treatment of the facial skin by fat graft and adipose-derived stem cells". *Plast Reconstr Surg*, 135(4), 999-1009.
4. Grant J R, Laferriere K A (2010), "Periocular rejuvenation: lower eyelid blepharoplasty with fat repositioning and the suborbicularis oculi fat". *Facial Plast Surg Clin North Am*, 18(3), 399-409.
5. Keyhan S O, Hemmat S, Badri A A, Abdesahzadeh A, Khiabani K (2013), "Use of

- platelet-rich fibrin and platelet-rich plasma in combination with fat graft: which is more effective during facial liposuction?". *J Oral Maxillofac Surg*, 71(3), 610-621.
6. **Le T P, Peckinpaugh J, Naficy S, Amadi A J (2014)**, "Effect of autologous fat injection on lower eyelid position". *Ophthal Plast Reconstr Surg*, 30(6), 504-507.
7. **Lee H, Ahn S M, Chang M, Park M, Baek S (2014)**, "Analysis of lower eyelid aging in an Asian population for customized lower eyelid blepharoplasty". *J Craniofac Surg*, 25(2), 348-351.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG THƯỜNG GẶP TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH TỌA Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Văn Hương*, Bùi Thị Nga*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng thường gặp trên bệnh nhân đau dây thần kinh tọa. **Đối tượng và phương pháp:** Các bệnh nhân đến khám bệnh tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8 năm 2017 đến tháng 6 năm 2018, được các bác sĩ chuyên khoa Thần kinh khám lâm sàng và chẩn đoán đau dây thần kinh tọa dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của quốc tế. **Kết quả:** Triệu chứng khởi phát đau thắt lưng 46,4%, đau rễ 43,9%. Các triệu chứng cột sống: nghiệm pháp tay đất dương tính cao nhất 73,2%, cơ cơ cạnh sống 68,5% và độ giãn thắt lưng 65,9%. Các triệu chứng của hội chứng rễ: rối loạn vận động 87,8%, Lasègue dương tính là 81,5%, có điểm đau Valleix 65,9% và có rối loạn cảm giác nông là 63,4%. Rối loạn cơ tròn chiếm tỷ lệ thấp 9,8%. **Kết luận:** Triệu chứng khởi phát hay gặp nhất trong đau thần kinh tọa là đau thắt lưng 46,4%, các triệu chứng lâm sàng hay gặp như: nghiệm pháp tay đất 73,2%, rối loạn vận động 87,8%, Lasègue dương tính 81,5%. Rối loạn cảm giác nông 63,4%.

Từ khóa: Đau thần kinh tọa

SUMMARY

RESEARCH SOME CLINICAL CHARACTERISTICS OF SCIATICA IN THE ADULTS PATIENT

Objective: The study aims to describe some common clinical characteristics in patients with sciatica. **Subjects and methods:** The patients went to Hanoi Medical University Hospital for medical examination from August 2017 to June 2018, and were given clinical examination by neurosurgeons and diagnosed with neuralgia based on international diagnostic standards. **Results:** Symptoms of low back pain 46.4%, root pain 43.9%. Spinal symptoms: the highest positive soil hand test 73.2%, the lateral muscle contraction 68.5% and the lumbar stretch 65.9%. Symptoms of root syndrome: movement disorder 87.8%, Lasègue positive 81.5%, Valleix pain score 65.9% and agricultural sensory disorder was 63.4%. Round muscle disorder accounts for a low rate of 9.8%. **Conclusion:** The most common onset of

symptoms in sciatica is pain in the back of 46.4%, common clinical symptoms such as 73.2% soil hand solution, movement disorder 87.8%, Lasègue positive 81.5%. Farming sensory disorder 63.4%.

Keywords: Sciatica

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa (ĐTKT) là bệnh lý thường gặp trong lĩnh vực thần kinh và nội khoa [1]. ĐTKT là bệnh lý khá phổ biến ở Việt Nam cũng như mọi nơi trên thế giới, bệnh thường mắc ở lứa tuổi từ 25 – 65 tuổi [2]. Ở Mỹ, 60% dân số có ít nhất một lần ĐTKT trong đời, hàng năm có 5% các trường hợp mắc ĐTKT mới và xu hướng ngày càng tăng hơn nữa [3;4]. Ở các nước châu Phi đặc biệt ở các nước đang phát triển thì tỷ lệ ĐTKT cao gấp đôi so với các nước phát triển và cũng chính các nước đang phát triển do sự chú quan về bệnh cũng như điều trị muộn nên ĐTKT gây ra nhiều tổn thương nặng nề như hội chứng đuôi ngựa (35%), teo cơ cẳng chân và hạn chế vận động (28%) [5;6]. Theo Markku Heliovaara, Makela, Matti (1991) [7] thì 90% con người chúng ta phải chịu ít nhất một lần trong đời những đau do hội chứng thắt lưng gây ra. Ở Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự (1999) [8], ĐTKT chiếm 2% trong nhân dân và chiếm 17% những người trên 60 tuổi. Do tính chất thường gặp như vậy nên bệnh nhân bị ĐTKT có thể đến khám và điều trị tại nhiều chuyên khoa khác nhau: thần kinh, cơ xương khớp, phục hồi chức năng, y học cổ truyền, phẫu thuật thần kinh,... Tiên lượng bệnh phụ thuộc rất nhiều vào chẩn đoán sớm và điều trị đúng. Chẩn đoán sớm sẽ giúp người bệnh được điều trị kịp thời và cho kết quả tốt. ĐTKT là một hội chứng, do đó có rất nhiều nguyên nhân gây nên, đặc biệt người trong độ tuổi lao động có những nguyên nhân khác hơn so với người trẻ em và người cao tuổi. Trên thực tế nhiều tác giả cho thấy rằng có sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng cũng như nguyên nhân ở nhóm người trong

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hương

Email: vanhuong73@hotmail.com

Ngày nhận bài: 22.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 18.1.2019

Ngày duyệt bài: 28.1.2019

độ tuổi lao động khác với nguyên nhân với nhóm người cao tuổi. Bởi lẽ các tác giả cho rằng có sự khác biệt này liên quan đến tính chất công việc cũng như liên quan mật thiết đến tuổi. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu "*Mô tả một số đặc điểm lâm sàng thường gặp trên bệnh nhân đau dây thần kinh tọa ở người trưởng thành*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Gồm 41 bệnh nhân được chẩn đoán đau thần kinh hông tại phòng khám thần kinh bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 8 năm 2017 đến tháng 10 năm 2018

Tiêu chuẩn chẩn đoán đau thần kinh tọa [6]:

- Đau lưng lan xuống mông và đùi dọc theo đường đi dây thần kinh tọa 1 bên.
- Có hội chứng cột sống với các đặc điểm như thay đổi hình dáng cột sống, đau cột sống, có điểm đau cạnh sống, nghiệm pháp tay đất (+).
- Có hội chứng rễ: Các nghiệm pháp căng DTKT như Lasegue (+), Valleix (+), có

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 thiết kế nghiên cứu mô tả, cắt ngang

2.2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu thuận tiện

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Bệnh nhân đến khám đều được hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng theo trình tự:

- Khai thác thông tin chung: tên, tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ, thông tin liên hệ.
- Khai thác tiền sử: thời gian bị bệnh, hoàn cảnh xuất hiện, các bệnh đã mắc, tiền sử gia đình liên quan.
- Khám các triệu chứng của hội chứng đau thần kinh tọa, đánh giá mức độ đau dựa vào thang điểm VAS.
- Khám lâm sàng thần kinh bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh tại phòng khám thần kinh – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.3 Sử lý số liệu:

- Số liệu thu được sẽ được xử lý theo phương pháp thống kê y học.

- Phần mềm xử lý số liệu SPSS 20.0.

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu

- Đây là một nghiên cứu mô tả, bằng việc thăm khám trực tiếp trên lâm sàng và nhận định các kết quả xét nghiệm MRI, thăm dò điện sinh lý thần kinh - cơ dựa vào đúng quy trình của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, không can thiệp gì ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân.

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ, chi tiết và ký đơn tự nguyện tham gia nghiên cứu.

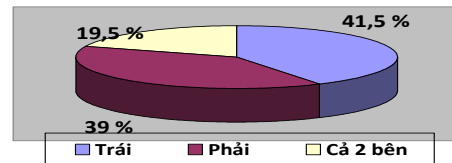
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm chung trong nghiên cứu: Trong 41 bệnh nhân tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $42,95 \pm 10,52$. Nữ chiếm 56,1%, nam 43,9%

Bảng 3.1. Triệu chứng lúc khởi phát (n=41)

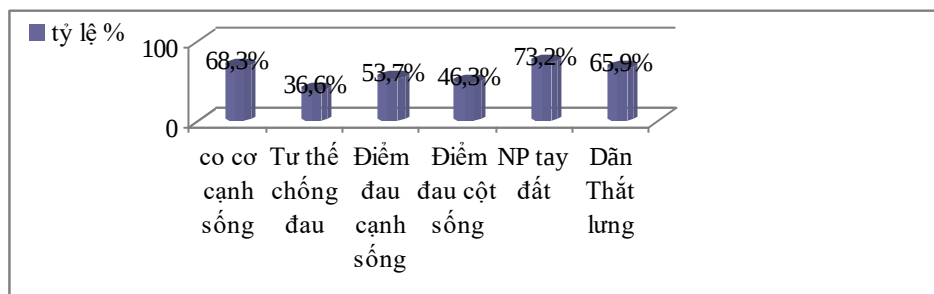
Triệu chứng	Đau thắt lưng	Đau rễ thần kinh	Cả 2 triệu chứng
N	19	4	18
Tỷ lệ %	46,4	9,8	43,9

Nhận xét: Triệu chứng lúc khởi phát của bệnh thường là đau thắt lưng 19/41 trường hợp 46,4% hoặc cả đau thắt lưng và đau rễ 18/41 trường hợp (43,9%). Khởi phát chỉ đơn thuần đau thắt lưng chỉ có 4 trường hợp chiếm tỷ lệ 9,8%.



Biểu đồ 3.1: Phân bố đặc điểm đau theo vị trí

Nhận xét: Hay gặp đau thần kinh hông một bên chiếm 33/41 trường hợp (80,5%), trong đó bên phải (17/41) chiếm tỷ lệ 39% và bên trái (16/41) chiếm tỷ lệ 41,5%. Đau cả 2 bên chỉ có 8/41 trường hợp chiếm tỷ lệ 19,5%.



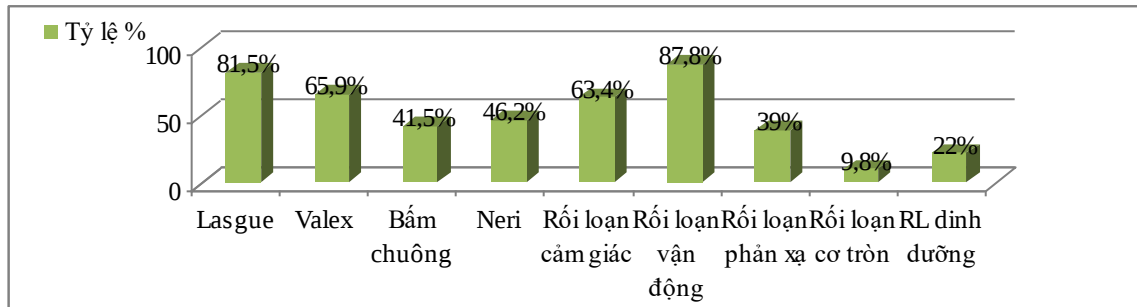
Biểu đồ 3.2: Hội chứng cột sống ĐTKT trong độ tuổi lao động

Nhận xét: Các triệu chứng cột sống gặp trong ĐTKT tương đối đầy đủ, trong đó nghiêm pháp tay đất dương tính cao nhất (73,2%), tiếp đó là cơ cơ cạnh sống 68,5% và độ giãn thắt lưng 65,9%. Tư thế chống đau ít gặp nhất 36,6%.

Bảng 3.2. Yếu tố khởi phát và làm tăng triệu chứng đau

Tính chất	Yếu tố khởi phát		Yếu tố làm tăng cường độ đau		
	Vd, thay đổi tư thế	Liên tục	Thay đổi tư thế	Găng sức	Cả hai
n	13	28	14	12	15
Tỷ lệ	31,7%	68,3%	34,1	29,3	36,6

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đau có tính chất liên tục (68,3%), chỉ 13/41 trường hợp (31,7%) đau xuất hiện khi thay đổi tư thế hoặc vận động.



Biểu đồ 3.3: Triệu chứng hội chứng rễ ĐTKT trong độ tuổi lao động

Nhận xét: Các triệu chứng của hội chứng rễ tương đối điển hình, thường gặp nhất là rối loạn vận động (87,8%), Lasègue dương tính là 81,5%, có điểm đau Valleix 65,9% và có rối loạn cảm giác nông là 63,4%. Rối loạn cơ tròn chiếm tỷ lệ thấp 9,8%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lúc khởi phát (bảng 3.1) của bệnh thường là đau thắt lưng 19/41 trường hợp 46,4% hoặc cả đau thắt lưng và đau rễ 18/41 trường hợp (43,9%). Khởi phát chỉ đơn thuần đau thắt lưng chỉ có 4 trường hợp chiếm tỷ lệ 9,8%. Như vậy triệu chứng lâm sàng thường gặp đầu tiên là đau thắt lưng. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự. Theo tác giả khi tổn thương chèn ép hoặc kích thích vào rễ này trên đường đi từ ống tủy ra ngoài các lỗ tiếp hợp cũng gây nên cảm giác đau[8]. Theo số liệu nghiên cứu của chúng tôi các triệu chứng cột sống gặp trong ĐTKT tương đối đầy đủ, trong đó nghiêm pháp tay đất tỷ lệ dương tính cao nhất (73,2%), tiếp đó là cơ cơ cạnh sống 68,5%, độ giãn thắt lưng 65,95%, tư thế chống đau ít gặp nhất 36,6%. Nghiên cứu của chúng tôi kết quả tương tự các tác giả khác về điểm đau cạnh sống, cơ cơ cạnh sống, nghiêm pháp tay đất và độ giãn thắt lưng nhưng tư thế chống đau chúng tôi gặp tỷ lệ thấp hơn các tác giả Marian Betan [1] 2005 là 65% và Mamak Hashemi1 and Farzin Halabchi2 (2016)[3] là 54,6%. Bởi lẽ các nghiên cứu của các tác giả đều tiến hành nghiên cứu ở những bệnh nhân đang điều trị trong bệnh viện thì thường là những đợt cấp tính nặng, còn nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành ở phòng khám nên có thể gặp những bệnh

nhân ở giai đoạn cấp tính hoặc ổn định nên triệu chứng lâm sàng ít rõ rệt hơn. Các dấu hiệu trong hội chứng rễ thắt lưng cùng có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán định khu và chẩn đoán giai đoạn bệnh ĐTKT. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân biểu hiện các triệu chứng rễ tương đối đầy đủ và điển hình: tỷ lệ thường gặp nhất là rối loạn vận động 87,8%, Lasègue dương tính là 81,5%, có điểm đau Valleix là 65,9%. Đây là những dấu hiệu đặc trưng cho tình trạng chèn ép rễ thắt lưng cùng và là những triệu chứng kinh điển để chẩn đoán. Những cơ chế chính gây nên hội chứng rễ thắt lưng là: chèn ép cơ giới (hẹp lỗ liên hợp do TVĐĐ hoặc do gai xương); hẹp ống sống nguyên phát hoặc thứ phát do hậu quả của TVĐĐ hoặc thoái hóa đĩa đệm, do viêm rễ thần kinh (viêm ngoài màng cứng, viêm màng nhện), do u rễ thần kinh[5]. Dấu hiệu Lasègue thường gặp với giá trị góc > 30°, góc trung bình là 58.83±15.23. Theo nghiên cứu của Nordin M và cộng sự (1999) có 86,6% dấu hiệu Lasègue dương tính, góc Lasègue trung bình là 48,17±15. So với nghiên cứu này thì tỷ lệ dương tính của chúng tôi thấp hơn, và góc trung bình có giá trị cao hơn. Điều này có nghĩa những bệnh nhân đến phòng khám chúng tôi ở giai đoạn sớm biểu hiện chưa rõ ràng bằng các bệnh nhân nặng đang điều trị nội trú mà tác giả nghiên cứu. Các điểm đau Valleix: chúng tôi gặp dương tính (có nhiều

hơn 1 điểm) 65,9%. Còn theo Nguyễn Thị Ngọc Lan có tới 88,1% bệnh nhân có điểm đau Valleix[8]. So với nghiên cứu này thì tỷ lệ bệnh nhân có điểm đau Valleix thấp hơn một chút nhưng vẫn chiếm tỷ lệ cao. Dấu hiệu Neri: nghiên cứu của chúng tôi gặp 46,2% dương tính với dấu hiệu Neri. Theo nghiên cứu tác giả Bedane A và cộng sự năm 2015 ở một vùng nông thôn ở Ethiopia là 88,37%. So với nghiên cứu này thì nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể do bệnh nhân chúng tôi gặp ở giai đoạn sớm nên chưa biểu hiện lâm sàng điển hình như tác giả.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng khởi phát hay gặp nhất trong đau thần kinh tọa là đau thắt lưng 46,4%, các triệu chứng lâm sàng hay gặp như: Hội chứng cột sống: có nghiệm pháp tay đất 73,2%, rối loạn vận động 87,8%, Hội chứng rễ: Lasègue dương tính 81,5%. Rối loạn cảm giác nông 63,4%. Valex dương tính 65,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marian Betan Court 2004 Emile Hil Siger (2004)**, "Say goodbye to back pain", tr.308-309.
2. **Đặng Thị Xuân Liễu (2005)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân đau*

thần kinh tọa, Hà Nội, Đại Học Y Hà Nội.

3. **Mamak Hashemi1 and Farzin Halabchi2 (2016)**, "Changing Concept of Sciatica: A Historical Overview", *Iran Red Crescent Med J*. 2016 February, 18(2), tr. 211-232.
4. **Richard Winn H. Youmans** Neurological surgery in Treatment of disk và disease of the lumbar spine. (2003), "Neurological surgery in Treatment of disk disease of the lumbar spine.", *Philadelphia: Saunders*, 9
5. **Suter E McMorland G1, Casha S, et all (2010)**, "Manipulation or microdiscectomy for sciatica? A prospective randomized clinical study.", *J Manipulative Physiol Ther*, 33(8), tr. 576-584
6. **Nordin M. Balague F., Sheikhzadeh A., Echeygoyen A.C., Echeygoyen A.C., Brisby H., Hoogewoud H.M., Fredman P., Skovron ML (1999)**, "Recovery of severe sciatica", *spine*, (Dec1,24(23)), tr. 2526-2514.
7. **Markku Heliovaara, Makela, Matti (1991)**, "Determinants of Sciatica and Low Back Pain", *the spine* 16(6).
8. **Nguyễn Thị Ngọc Lan Nguyễn Vĩnh Ngọc (1999)**, *Nghiên cứu các đặc điểm chẩn đoán và điều trị đau thần kinh tọa tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai*, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học bệnh viện Bạch Mai 1997-1998 tập 2.
9. **Daryl R Fournay, Donald F Schomer, Remi Nader và các cộng sự. (2003)**, "Percutaneous vertebroplasty and kyphoplasty for painful vertebral body fractures in cancer patients", *Journal of Neurosurgery: Spine*, 98(1), tr. 21-30.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2018

Chu Thị Trang¹, Nguyễn Trọng Hưng²,
Nguyễn Thị Hương Lan¹, Phan Hường Dương³

TÓM TẮT

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định đặc điểm lâm sàng đái tháo đường thai kỳ (tiền sử sản khoa, chỉ số hóa sinh, chỉ số nhân trắc, yếu tố nguy cơ cao) của 120 thai phụ khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2018. Kết quả cho thấy: Tiền sử sản khoa bệnh nhân có tiền sử sảy thai chiếm tỷ lệ cao nhất 44,2%. Chỉ số hóa sinh: trung bình glucose máu lúc đói là $5,2 \pm 0,7$; glucose sau nghiệm pháp dung nạp glucose 1 giờ là $11,1 \pm 1,6$; glucose sau nghiệm pháp dung nạp 2 giờ là $9,4 \pm 1,5$; tỷ lệ thai phụ tăng triglycerid chiếm tỷ lệ 83,8%, thai phụ tăng cholesterol chiếm 69,3%; tỷ lệ

tăng LDL 56,8%. Chỉ số nhân trắc: tỷ lệ thai phụ có chỉ số khối cơ thể (BMI) $<18,5$, $18,5 \leq \text{BMI} < 25$, BMI ≥ 25 của thai phụ lần lượt là 8%, 18,8%, 9%. Tiền sử sinh con to $\geq 3,5$ kg là yếu tố nguy cơ cao hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 47,3%.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

SUMMARY

THE CLINICAL AND LABORATORY OF GESTATIONAL MELITUS DIABETES PATIENT IN NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY IN 2018

Using a cross – sectional descriptive research method; Characteristics of gestational diabetes (prenatal history, biochemical, anthropometric, some risk factors) of 120 pregnant women examined and treated at the National Hospital of Endocrinology in 2018. The results showed that the prevalence of GDM patients having the history of miscarriage and abortion was the highest, accounted for 44,2%. Average fasting blood glucose was $5,2 \pm 0,7$ mmol/L; blood glucose after 1 hour of glucose tolerant was $11,1 \pm$

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Dinh Dưỡng

³Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Trang

Email: chutranghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 18.1.2019

Ngày duyệt bài: 29.1.2019

1,6 mmol/L; blood glucose after 2 hour $9,4 \pm 1,5$; 83.8% patients had high triglyceride, 69.3% had high cholesterol, 56.8% had high LDL. The percentage of patients having BMI under 18.5, BMI between 18.5 and 25 and over 25 was 8%, 83%, and 9%, respectively. Birth rates of $\geq 3,5$ kg are high risk factors, accounting for 47,3%.

Key words: gestational diabetes melitus (GDM), National Hospital of Endocrinology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể của bệnh đái tháo đường, là bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng. So với người da trắng, nguy cơ mắc ĐTĐTK tăng 7,6 lần ở người Đông Nam Á. Ở Mỹ ước tính hàng năm ĐTĐTK ảnh hưởng đến 170.000 thai phụ, chiếm tỷ lệ 1 - 14%. Ở Việt Nam tỷ lệ mắc ĐTĐTK từ 3,6 - 39% tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán và đặc điểm dân cư.

ĐTĐTK gây ra hậu quả cấp tính và lâu dài nặng nề cho cả mẹ và thai nhi. Nghiên cứu chỉ ra rằng phụ nữ mang thai bị ĐTĐTK tăng nguy cơ tiền sản giật, mổ lấy thai. Trẻ sinh ra từ mẹ mắc ĐTĐTK có nguy cơ cân nặng to, tử vong chu sinh. Một số kết quả nghiên cứu cho thấy khoảng 30 - 50% phụ nữ mắc ĐTĐTK sẽ tái phát mắc ĐTĐTK trong lần mang thai tiếp theo, 20 - 50% bà mẹ mắc ĐTĐTK sẽ chuyển thành ĐTĐ type 2 trong 5 - 10 năm sau sinh. Các yếu tố làm tăng nguy cơ của ĐTĐTK, bao gồm: tiền sử gia đình bị ĐTĐ ở thế hệ thứ nhất, béo phì, tiền sử sinh con ≥ 4 kg. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ĐTĐTK tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu: Là các thai phụ đến khám và điều trị tại khoa Nội tiết sinh sản Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2018.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bị đái tháo đường trước khi mang thai.
- Bệnh nhân bị các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa đường như: Basedow, suy giáp, cushing, u tủy thượng thận, suy gan, suy thận...
- Bệnh nhân đang sử dụng thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa đường: Corticoid, salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazide...
- Đang mắc các bệnh cấp tính: Nhiễm khuẩn, lao phổi...
- Các thai phụ đã và đang tiêm thuốc thành phổi.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu để mô tả đặc điểm của bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ

$$n = \frac{t^2 \cdot \delta^2 \cdot N}{e^2 \cdot N + t^2 \cdot \delta^2}$$

Trong đó: n: số lượng bệnh nhân; t: phân vị chuẩn hóa (t=2, xác suất 0,95).

e: độ lệch chuẩn = 310,9 (Nghiên cứu Hồ Thu Mai 2011 về thực trạng thiếu máu và sử dụng viên sắt ở phụ nữ có thai và phụ nữ tuổi sinh đẻ tại Lai Châu và Kontum 2009) [1].

e: Sai số cho phép = 50Kcal.

N: 370 (là số bệnh nhân nhập viện do đái tháo đường thai kỳ khoảng 1 bệnh nhân/ ngày trong trong 1 năm).

Số lượng bệnh nhân: n=109 bệnh nhân, lấy 10% sai số, cỡ mẫu cần thu thập là 120 bệnh nhân.

2.3 Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Tiêu chuẩn đánh giá lipid máu ngoài mức giới hạn bình thường: Theo tiêu chuẩn của

Trinder 1969: Cholesterol TP > 5,2mmol/l, Triglycerid > 1,7 mmol/l, LDL > 3,4 mmol/l.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính theo công thức: BMI= Cân nặng (kg)/Chiều cao² (m).

Đánh giá chỉ số khối cơ thể dựa theo phân loại Tổ chức Y tế Thế giới chung cho toàn cầu.

BMI(kg/m ²)	Phân loại
< 18,5	Thiếu năng lượng trường diễn
18,5 - 24,9	Bình thường
≥ 25	Thừa cân
25 - 29,9	Tiền béo phì
≥ 30	Béo phì

2.4 Nhập và xử lý số liệu: Nhập liệu bằng chương trình EPI DATA. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình stata 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân loại tuổi của các thai phụ trong nghiên cứu

Nhóm tuổi	N	%
< 25	6	5
25 - 29	37	30,8
30 - 34	37	30,8
≥ 35	40	33,3
Tổng	120	100
$\bar{X} \pm SD$ (min - max)	31,9 $\pm$ 5,2 (21 - 48)	

Kết quả bảng 1 cho thấy thai phụ ở nhóm tuổi ≥ 35 tuổi chiếm tỷ lệ ĐTĐTK cao nhất là 33,3% và nhóm tuổi < 25 tuổi chiếm tỷ lệ mắc ĐTĐTK thấp nhất là 5%. Tuổi trung bình của các thai phụ là $31,9 \pm 5,2$. Tuổi lớn nhất là 48 tuổi và tuổi nhỏ nhất là 21 tuổi.

Bảng 2. Trung bình tuổi thai chẩn đoán ĐTĐTK của các thai phụ

Tuổi thai	TB $\pm$ SD	Max	Min
-----------	-------------	-----	-----

Thời điểm chẩn đoán ĐTĐTK	27,9 ± 6,9	37	6
----------------------------------	------------	----	---

Kết quả bảng 2 cho thấy tuổi thai trung bình thời điểm chẩn đoán ĐTĐTK là 27,9 ± 6,9 và tuổi thai phát hiện ĐTĐTK sớm nhất là 6 tuần và muộn nhất là 37 tuần.

Bảng 3. Đặc điểm tiền sử sản khoa của thai phụ

Tiền sử sản khoa	N	%
Sảy thai	53	44,2
Thai ngoài tử cung	6	5
Thai chết lưu	29	24,2
Thai đẻ non	7	5,8
Buồng trứng đa nang	13	10,8

Kết quả bảng 3 cho thấy tiền sử sảy thai chiếm tỷ lệ cao nhất của các thai phụ chiếm 44,2%, thai chết lưu chiếm 24,2%, thai đẻ non 5,8%, tỷ lệ thấp nhất là thai ngoài tử cung 5%.

Bảng 4. Giá trị trung bình của NPDNG

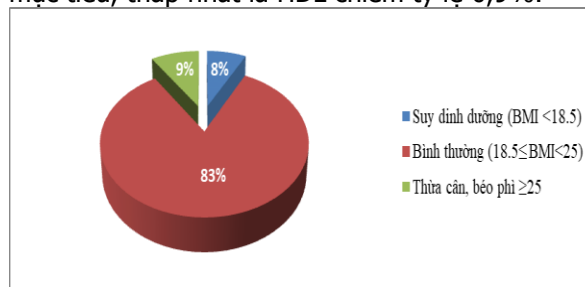
Chỉ số	X ± SD	Min-Max
Đường huyết lúc đói	5,2 ± 0,7	3,5 - 8
Sau 1 giờ làm NPDNG	11,1 ± 1,6	5,7 - 15,2
Sau 2 giờ làm NPDNG	9,4 ± 1,5	5 - 14,2

Kết quả bảng 4 cho thấy giá trị trung bình của NPDNG ở 3 thời điểm lúc đói, sau 1 giờ làm nghiệm pháp, sau 2 giờ làm nghiệm pháp đều cao hơn giá trị bình thường.

Bảng 5. Mức độ kiểm soát các chỉ số hóa sinh theo ADA 2017

Các chỉ số	Bình thường	Đạt mục tiêu	Không đạt mục tiêu
		n (%)	n (%)
HDL	≥ 1,55 mmol/l	110 (99,1)	1 (0,9)
LDL	≤ 3,4 mmol/l	48 (43,3)	63 (56,8)
Triglycerid	< 1,7 mmol/l	18 (16,2)	93 (83,8)
Cholesterol	3,9-5,2 mmol/l	34 (30,6)	77 (69,3)

Kết quả bảng 5 cho thấy số thai phụ có tỷ lệ triglyceride không đạt mục tiêu chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,8%, LDL chiếm tỷ lệ 56,8% không đạt mục tiêu, thấp nhất là HDL chiếm tỷ lệ 0,9%.



Biểu đồ 1: Phân loại tình trạng dinh dưỡng trước mang thai

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy BMI trước mang thai của thai phụ có 9% thai phụ có tình trạng thừa cân, béo phì trước mang thai, 8% thai phụ

là suy dinh dưỡng trước mang thai, còn lại 83% số thai phụ bình thường trước mang thai.

Bảng 6. Một số yếu tố nguy cơ cao

Yếu tố nguy cơ	N	%
Thừa cân béo phì *	11	9
Tiền sử gia đình ĐTĐ ở thế hệ thứ 1	33	27,7
Glucose niệu dương tính	10	8,3
Tiền sử đẻ con to ≥ 3,5kg	31	47,3
Tiền sử ĐTĐTK ở lần mang thai trước	5	4,2

*Thừa cân béo phì trước khi mang thai (BMI ≥ 25). Kết quả bảng 6 cho thấy yếu tố nguy cơ hay gặp nhất ở thai phụ ĐTĐTK là tiền sử đẻ con to ≥ 3,5kg chiếm tỷ lệ cao 47,3%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi thai trung bình ở thời điểm chẩn đoán ĐTĐTK là 27,9 ± 6,9, thời gian chẩn đoán sớm nhất là 6 tuần và muộn nhất là 37 tuần. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Thái Thị Thanh Thúy với tuổi trung bình chẩn đoán ĐTĐTK là 27,2 ± 1,6 [2], và gần giống với nghiên cứu của Vũ Bích Nga cũng chỉ ra thời gian chẩn đoán ĐTĐTK sớm nhất là 7 tuần [3]. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy cần sàng lọc chẩn đoán sớm ĐTĐTK cho các thai phụ có yếu tố nguy cơ cao ngay từ lần khám đầu tiên.

Tiền sử sản khoa chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm ĐTĐTK là tiền sử sảy thai với tỷ lệ 44,2%, thai chết lưu 24,2%. Kết quả nghiên cứu tương tự nghiên cứu của Lê Thanh Tâm (2012) với tiền sử sảy thai 36,2%, tiền sử thai chết lưu 36% [4]. Vì vậy những thai phụ có tiền sử sảy thai, thai chết lưu cần làm NPDNG từ lần khám đầu tiên nhằm phát hiện sớm ĐTĐTK và điều trị kịp thời tránh gây sảy thai, thai chết lưu trong lần mang thai tiếp theo.

Giá trị trung bình của NPDNG lúc đói là 5,2 ± 0,7, sau thời điểm uống 1h là 11,1 ± 1,6, sau 2h là 7,5 ± 1,2 mmol/l, nghiên cứu có sự khác biệt với nghiên cứu của Lê Thanh Tùng với glucose lúc đói trung bình là 6,13 ± 0,82 mmol/l, sau 1h 8,9 ± 1,3 mmol/l, sau 2h 7,2 ± 0,8 mmol/l đều cao hơn sau làm nghiệm pháp 1h và 2h [5]. Có sự khác biệt như vậy có thể là do nghiên cứu chúng tôi được thực hiện ở tuyến Trung ương, tuyến cuối cùng điều trị những bệnh nhân đường huyết cao khó kiểm soát đường huyết.

Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở thai phụ ĐTĐTK chiếm tỷ lệ rất cao LDL 56,8%, triglycerid 83,8%, cholesterol là 69,3% không đạt mục tiêu. Hình thái rối loạn lipid gặp nhiều nhất là tăng hỗn hợp triglyceride và cholesterol chiếm 72,4%. Nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ này cao hơn

nghiên cứu của Nguyễn Hoa Ngần (2010), 72,4% so với 54,2% [6], có sự khác biệt như vậy vì nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại Thành phố lớn kinh tế phát triển, nơi tập trung nhiều loại hình ăn nhanh, là cơ hội cho các thai phụ sử dụng nhiều hơn.

BMI thừa cân béo phì trước mang thai là 9%, tương tự nghiên cứu Nguyễn Thị Mai Phương với tỷ lệ thừa cân béo phì là 14% [7]. Như vậy với sự phát triển kinh tế xã hội, đời sống người dân nâng cao, chế độ ăn không cân đối, tỷ lệ thừa cân béo phì cũng tăng lên.

Yếu tố nguy cơ cao: Trong các yếu tố nguy cơ cao mắc ĐĐTĐTK thì yếu tố sinh con to chiếm tỷ lệ cao nhất 47,3%, tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm (2017) với tiền sử đẻ con to là 42,9% [4]. Điều đó cho thấy sinh con to là một yếu tố nguy cơ cao khiến thai phụ mắc ĐĐTĐTK lần mang thai tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Tuổi thai trung bình chẩn đoán ĐĐTĐTK là 27,9 ± 6,9, tuổi thai chẩn đoán sớm nhất là 6 tuần và muộn nhất là 37 tuần.

Tiền sử sảy thai ở thai phụ ĐĐTĐTK chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,2%.

Tỷ lệ bệnh nhân tăng triglycerid chiếm tỷ lệ 83,8%, tăng cholesterol chiếm tỷ lệ 69,3%, tăng

LDL chiếm tỷ lệ 56,8%.

Yếu tố nguy cơ cao hay gặp nhất ở thai phụ ĐĐTĐTK là sinh con to chiếm tỷ lệ 47,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Thu Mai (2011)**, "Thực trạng thiếu máu và sử dụng viên sắt ở phụ nữ có thai và phụ nữ độ tuổi sinh đẻ tại Lai Châu và Kon Tum - 2009", Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở.
2. **Thái Thị Thanh Thủy (2012)**, "Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA năm 2011 và các yếu tố nguy cơ", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Vũ Bích Nga (2009)**, "Nghiên cứu ngưỡng glucose máu lúc đói để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Thanh Tâm (2017)**, "Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại Thành phố Vinh", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Thanh Tùng (2010)**, "Nghiên cứu tỷ lệ mắc bệnh, một số yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng của đái tháo đường thai kỳ", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Hoa Ngần, Nguyễn Kim Lương (2010)**, "Nghiên cứu thực trạng đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ được khám tại bệnh viện A Thái Nguyên: Y học thực hành, tập 751, số 10 - H.: Bộ y tế.
7. **Nguyễn Thị Mai Phương (2015)**, "Nghiên cứu đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2015", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM ĐỘNG MẠCH CẢNH TRÊN SIÊU ÂM VỚI LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Nguyễn Thị Phương Thủy¹, Trần Thái Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm động mạch cảnh trên siêu âm với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang được thực hiện tại khoa Khớp, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2017 đến tháng 7/2018, gồm 65 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984. **Kết quả và kết luận:** Tình trạng dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh gặp ở 45/65 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 69,2%), trong đó 4/65 bệnh nhân có mảng xơ vữa (chiếm tỷ lệ 6,1%). Có mối tương quan thuận giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với tuổi, thời gian mắc bệnh

VCSĐK, mức độ hoạt động bệnh (chỉ số BASDAI) và nồng độ cholesterol trong huyết thanh, tương ứng với ($r=0,443$, $p<0,05$), ($r=0,316$, $p<0,05$), ($r=0,331$, $p<0,05$), ($r=0,251$, $p<0,05$). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với chỉ số BMI, huyết áp, ASDAS, CRP, tốc độ máu lắng, nồng độ triglyceride, HDL-C và LDL-C trong huyết thanh.

Từ khóa: viêm cột sống dính khớp, động mạch cảnh, siêu âm, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN CHARACTERISTICS OF THE CAROTID ARTERY ON ULTRASOUND WITH CLINICAL AND SUBCLINICAL MANIFESTATIONS IN ANKYLOSING SPONDYLITIS

Aims: 1.To investigate the relationship between the manifestations of carotid artery on ultrasound with some clinical and subclinical characteristics of patients with ankylosing spondylitis. **Subjects and methods:** The prospective cross-sectional study was carried out at the Rheumatology department, Bach Mai hospital

¹Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuonghthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 21.1.2019

Ngày duyệt bài: 28.1.2019

from October 2017 to July 2018, including 65 patients diagnosed with ankylosing spondylitis according to the criteria of New York Standard 1984. **Results and conclusions:** The carotid intima media thickness occurred in 45/65 patients (accounting for 69.2%), of which 4/65 patients had atherosclerotic carotid plaque (accounting for 6.1%). There was a positive correlation between the thickness of carotid intima media with age, duration of ankylosing spondylitis, severity of disease activity (BASDAI index) and serum cholesterol ($r = 0.443$, $p < 0.05$), ($r = 0.316$, $p < 0.05$), ($r = 0.331$, $p < 0.05$), ($r = 0.251$, $p < 0.05$). No significant relationship was found between the thickness of carotid intima media with BMI, blood pressure, ASDAS, CRP, blood sedimentation rate, serum triglycerides, HDL-C and LDL-C.

Keywords: Ankylosing spondylitis, carotid artery, ultrasound, clinical manifestations, laboratory findings.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm cột sống dính khớp (VCSDK) thuộc nhóm bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính. Ở Việt Nam, bệnh chiếm 0,15% tổng số dân trên 16 tuổi ở miền Bắc [1]. Ngoài ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động của các khớp thuộc hệ trục như cột sống và khớp cùng chậu, bệnh còn gây tổn thương ở một số cơ quan khác như tim mạch, mắt và phổi. Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy, tình trạng viêm toàn thân làm tăng nguy cơ bị xơ vữa mạch dẫn đến sự khởi phát sớm và tiến triển của các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân VCSDK như tăng huyết áp, suy tim ứ huyết, bệnh mạch máu ngoại vi, xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim và tai biến mạch não. Theo Eriksson JK, nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân VCSDK tăng từ 30- 50% và tỷ lệ tử vong cũng tăng gấp 1,3 – 1,9 lần so với người khỏe mạnh [2]. Trong VCSDK, các yếu tố nguy cơ chính gây xơ vữa mạch máu bao gồm: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc, béo phì và viêm toàn thân kéo dài (tốc độ máu lắng và protein C phản ứng tăng). Các yếu tố nguy cơ đã làm thay đổi chức năng của lớp tế bào nội mô ở thành mạch dẫn đến sự mất cân bằng giữa quá trình giãn mạch và co mạch, ngưng tập tiểu cầu, giảm phân hủy fibrin, hình thành cục máu đông, hình thành và phát triển xơ vữa mạch. Vì vậy, việc phát hiện sớm những bệnh nhân VCSDK có nhiều nguy cơ hình thành mảng xơ vữa mạch máu để phòng ngừa các biến chứng tim mạch là rất quan trọng và cần thiết. Siêu âm động mạch cảnh là một kỹ thuật thăm dò không xâm lấn và giúp phát hiện sớm tình trạng xơ vữa thành mạch. Các tổn thương xơ vữa động mạch có thể được phát hiện sớm khi mới có biểu hiện rối loạn chức năng lớp nội mạc mạch máu động mạch cảnh thông qua đo độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh và

xác định mảng xơ vữa động mạch cảnh đoạn ngoài sọ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm động mạch cảnh trên siêu âm với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm cột sống dính khớp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2017 đến tháng 7/2018, gồm 65 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Tiến cứu, mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân VCSDK đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cần thiết. Số liệu thu thập được ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Các biến số và chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, hút thuốc lá, chỉ số BMI, thời gian bị bệnh VCSDK, đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo chỉ số BASDAI, ASDAS và đánh giá chức năng vận động của bệnh nhân theo chỉ số BASFI. Tiền sử bị đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, các bệnh lý tim mạch.

- Đo độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh và phát hiện xơ vữa động mạch cảnh: bằng hệ thống tự động của máy siêu âm tại Khoa chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Bạch Mai.

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 16.0 với các test thống kê thường dùng trong y học.

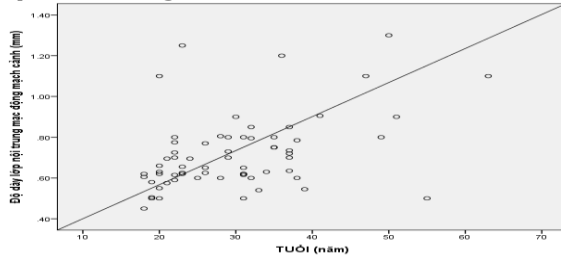
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Trong nhóm nghiên cứu, bệnh nhân nam giới chiếm tỷ lệ 95,4% (62/65 bệnh nhân) và độ tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ cao nhất (89,3%). Các bệnh nhân chủ yếu có tuổi khởi phát bệnh trước 40 tuổi (chiếm tỷ lệ 98,5%), trong đó trước 30 tuổi chiếm 76,9%. 49,2% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh VCSDK trên 5 năm, trong đó 29,2% bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm.

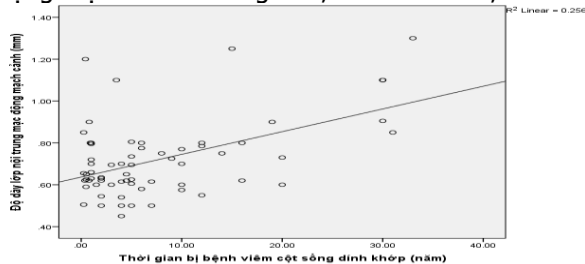
- Tình trạng dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh gặp ở 45/65 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chiếm tỷ lệ 69,2%. Trong nghiên cứu, 4/65 bệnh nhân có mảng xơ vữa (chiếm tỷ lệ 6,1%). Mảng xơ vữa chỉ gặp ở những bệnh nhân trên 40 tuổi và 3/4 bệnh nhân có thời gian bị bệnh dài kéo trên 10 năm và có rối loạn lipid máu. Các mảng xơ vữa chủ yếu có kích thước nhỏ hơn 3mm và làm hẹp dưới 30% diện tích đường kính lòng mạch.

2. Môi liên quan giữa đặc điểm động mạch cảnh trên siêu âm với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.1: Môi tương quan giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh và tuổi

Nhận xét: Có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với tuổi ($r = 0,443$; $p < 0,05$). Phương trình tương quan: Độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung = $0,017 \times \text{tuổi} + 0,23$.



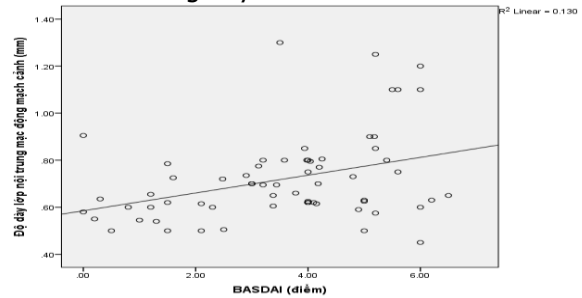
Biểu đồ 3.2: Môi tương quan giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với thời gian mắc bệnh VCSDK

Nhận xét: Có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với thời gian mắc bệnh VCSDK ($r = 0,316$; $p < 0,05$). Phương trình tương quan: Độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung = $0,01 \times \text{thời gian bị bệnh} + 0,64$.

Bảng 3.1. Môi tương quan giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu.

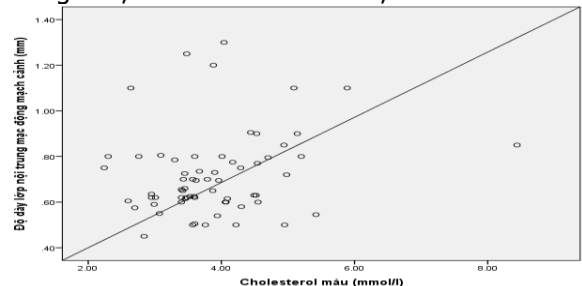
Đặc điểm lâm sàng	Độ dày lớp nội trung mạc	r	p
Tuổi		0,443	<0,05
BMI		0,131	>0,05
Thời gian bị bệnh		0,316	<0,05
BASDAI		0,351	<0,05
ASDAS		0,17	>0,05
CRP		0,16	>0,05
Máu lắng		0,06	>0,05
Huyết áp tâm thu		0,17	>0,05
Cholesterol		0,251	<0,05
Triglycerid		0,215	>0,05
HDL-C		0,005	>0,05
LDL-C		0,221	>0,05

Nhận xét: Có mối tương quan thuận chặt và có ý nghĩa giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với tuổi, thời gian bị bệnh VCSDK, mức độ hoạt động bệnh (tính theo chỉ số BASDAI), cholesterol toàn phần ($p < 0,01$; $r = 0,246 - 0,443$). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với chỉ số BMI, huyết áp, ASDAS, CRP, tốc độ máu lắng, nồng độ triglyceride, HDL-C và LDL-C trong huyết thanh.



Biểu đồ 3.3: Môi tương quan giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với mức độ hoạt động bệnh tính theo chỉ số BASDAI của nhóm BN nghiên cứu

Nhận xét: Có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với mức độ hoạt động bệnh VCSDK ($r = 0,331$; $p < 0,05$). Phương trình tương quan: Độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung = $0,04 \times \text{điểm BASDAI} + 0,58$.



Biểu đồ 3.4: Môi tương quan giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với nồng độ cholesterol trong huyết thanh ở bệnh nhân VCSDK

Nhận xét: Có mối tương quan thuận mức độ ít giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với nồng độ cholesterol trong huyết thanh ($r = 0,251$; $p < 0,05$). Phương trình tương quan: Độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung = $0,14 \times \text{nồng độ cholesterol trong huyết thanh} + 0,11$.

IV. BÀN LUẬN

Trong VCSDK, giai đoạn bệnh hoạt động mạnh sẽ làm tăng tổng hợp các tế bào và cytokine gây viêm như bạch cầu đa nhân trung

tính, bạch cầu đơn nhân, interleukin 6 và yếu tố hoại tử u (TNF- tumour necrosis factor). Các bạch cầu trung tính và đại thực bào sẽ làm gan tăng sản xuất protein- C phản ứng (C reactive protein- CRP). CRP làm các tế bào nội mô ở thành mạch giảm tổng hợp nitric oxide (chất gây giãn mạch) và tăng tổng hợp endothelin (chất gây co mạch), do đó dẫn đến tăng trương lực thành mạch, gây tổn thương mạch máu nhiều hơn, tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình xơ vữa mạch và hình thành huyết khối. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh gặp ở 45/65 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 69,2%), trong đó 4/65 bệnh nhân có mảng xơ vữa (chiếm tỷ lệ 6,1%). Theo Solmaz D, khi bệnh VCSDK tiến triển có thể gây ra tình trạng stress oxy hóa. Stress oxy hóa thúc đẩy quá trình xơ vữa mạch, tăng độ bám dính của tế bào, hình thành các tế bào bọt, phát triển mảng bám ở thành mạch và biến chứng huyết khối [3]. Tuổi cao liên quan với sự biến đổi của lớp nội mạc mạch máu, kèm theo sự suy giảm của quá trình chuyển hóa và sửa chữa, nguy cơ tăng huyết áp cao. Sự biến đổi của thành mạch tăng lên theo tuổi làm tăng nguy cơ xơ vữa mạch. Kết quả của các nghiên cứu trong bệnh VCSDK cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh lý tim mạch tăng dần theo tuổi, đặc biệt ở những bệnh nhân trên 65 tuổi. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, thấy có mối tương quan đồng biến giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với tuổi của bệnh nhân ($r=0,443$, $p<0,05$). Tuổi và thời gian mắc bệnh là những yếu tố chính quyết định tốc độ xơ vữa mạch ở bệnh nhân VCSDK [4]. Tình trạng viêm mạn tính kéo dài làm tổn thương lớp tế bào nội mạc mạch máu ngày càng trầm trọng và làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân VCSDK lên 2,15 lần so với nhóm chứng khỏe mạnh. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, thời gian mắc bệnh VCSDK có mối tương quan thuận mức độ trung bình với độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh ($r=0,316$, $p<0,05$).

Trong một nghiên cứu cắt ngang của Han C năm 2006, gồm 1843 bệnh nhân VCSDK và 460 người khỏe mạnh (nhóm chứng), thấy các bệnh nhân VCSDK có nguy cơ mắc: xơ vữa động mạch tăng 40%, bệnh mạch máu ngoại vi tăng 60%, suy tim tăng 50%, đái tháo đường tăng 50%, tăng huyết áp tăng 30% và rối loạn lipid máu tăng 20% [5]. Nghiên cứu cũng cho thấy, có mối tương quan giữa mức độ hoạt động bệnh VCSDK và độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh. Khi bệnh VCSDK hoạt động sẽ thúc đẩy nhanh quá trình tạo mảng xơ vữa ở thành mạch. CRP tăng trong giai đoạn bệnh tiến triển làm mất cân

bằng giữa quá trình đông máu và phân hủy fibrin, gây ra sự bất ổn của mảng xơ vữa, thúc đẩy tổng hợp chất ức chế hoạt hóa plasminogen dẫn đến ức chế quá trình tiêu sợi huyết, tạo điều kiện hình thành huyết khối, làm tăng nguy cơ các biến cố tim mạch. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với mức độ hoạt động bệnh VCSDK ($r=0,331$, $p<0,05$). Khi bệnh VCSDK tiến triển cũng dẫn đến rối loạn lipid máu tăng lên, trong đó chủ yếu là làm giảm nồng độ HDL-C và làm tăng nồng độ triglyceride trong huyết thanh. Bệnh nhân VCSDK giảm vận động thể lực do đau khớp cũng làm giảm quá trình chuyển hóa lipid dẫn đến tăng nguy cơ rối loạn lipid máu. Theo Van Halm VP, khi chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh BASDAI cứ tăng một điểm so với giá trị bình thường sẽ làm giảm 1,7% nồng độ HDL-C trong huyết thanh [6]. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có mối tương quan thuận giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với nồng độ cholesterol trong huyết thanh ($r=0,251$; $p<0,05$). Chúng tôi không tìm thấy mối tương quan giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với nồng độ triglyceride, HDL-C và LDL-C trong huyết thanh.

V. KẾT LUẬN

- Tình trạng dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh gặp ở 45/65 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 69,2%), trong đó 4/65 bệnh nhân có mảng xơ vữa (chiếm tỷ lệ 6,1%).

- Có mối tương quan thuận giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với tuổi, thời gian mắc bệnh VCSDK, mức độ hoạt động bệnh (chỉ số BASDAI) và nồng độ cholesterol trong huyết thanh, tương ứng với ($r=0,443$, $p<0,05$), ($r=0,316$, $p<0,05$), ($r=0,331$, $p<0,05$), ($r=0,251$, $p<0,05$).

- Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh với chỉ số BMI, huyết áp, ASDAS, CRP, tốc độ máu lắng, nồng độ triglyceride, HDL-C và LDL-C trong huyết thanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân (1980)**, Bệnh viêm cột sống dính khớp ở miền Bắc Việt Nam, Luận án phó tiến sĩ khoa học, trường Đại học Y Hà Nội.
2. **J. K. Eriksson, L. Jacobsson, K. Bengtsson (2017)**. Is ankylosing spondylitis a risk factor for cardiovascular disease, and how do these risks compare with those in rheumatoid arthritis? *Ann Rheum Dis*, 76 (2), 364-370.
3. **Solmaz D, et al (2016)**. Oxidative stress and related factors in patients with ankylosing

- spondylitis. *Eur J Rheumatol*, 3 (1), 20-24.
4. **Gupta N, Saigal R (2014)**. Carotid intima media thickness as a marker of atherosclerosis in ankylosing spondylitis. *Int J Rheumatol*, 839-1135.
5. **Han C, et al (2006)**. Cardiovascular disease and risk factors in patients with rheumatoid arthritis,

- psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis. *J Rheumatol*, 33 (11), 2167-72.
6. **Van Halm V.P (2006)**. Increased disease activity is associated with a deteriorated lipid profile in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*, 65 (11), 1473-7.

KHẢO SÁT MỘT SỐ CHỈ SỐ HÌNH THÁI CỦA SINH VIÊN ĐẠI HỌC DƯỢC HÀ NỘI

Nguyễn Thị Phương Lan¹, Nguyễn Xuân Bách²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số chỉ số hình thái về chiều cao đứng, cân nặng, vòng ngực, chỉ số BMI, chỉ số Pignet của sinh viên Trường Đại học Dược Hà Nội. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang; sử dụng phương pháp nghiên cứu nhân trắc của Martin. **Kết quả nghiên cứu cho thấy:** chiều cao đứng trung bình của nam: $168,8 \pm 6,7$ cm, nữ: $156,2 \pm 4,9$ cm; cân nặng trung bình của nam: $59,5 \pm 9,1$ kg, nữ: $47,8 \pm 5,1$ kg; vòng ngực trung bình của nam tuổi 18 - 22: $78,9 \pm 5,3$ cm, nữ: $71,9 \pm 4,4$ cm; BMI của nam: $20,8 \pm 2,5$; nữ: $19,6 \pm 1,9$; chỉ số Pignet của nam: $30,9 \pm 11,7$; nữ: $36,5 \pm 8,5$.

Từ khóa: sinh viên, các chỉ số hình thái, BMI, Pignet

SUMMARY

EXAMINATION OF ANTHROPOMETRIC TRAITS OF STUDENTS OF HANOI UNIVERSITY OF PHARMACY

Objectives: To examine a number of anthropometric traits of height, weight, chest measurement, BMI index, Pignet index of students of Hanoi University of Pharmacy. Research method: cross-sectional analysis; using Martin's anthropometric research method. The results showed that: average height of males: $168,8 \pm 6,7$ cm, females: $156,2 \pm 4,9$ cm; Average weight of males: $59,5 \pm 9,1$ kg, females: $47,8 \pm 5,1$ kg; Average chest measurement of males (18-22 of age): $78,9 \pm 5,3$ cm, females: $71,9 \pm 4,4$ cm; BMI of males: $20,8 \pm 2,5$; females: $19,6 \pm 1,9$; Pignet index of males: $30,9 \pm 11,7$; females: $36,5 \pm 8,5$.

Keywords: students, anthropometric traits, BMI, Pignet

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đang ở thời kỳ "cơ cấu dân số vàng", thanh niên, sinh viên chiếm tỷ lệ lớn nhất trong lịch sử phát triển nhân khẩu của đất nước [1]. Thanh niên sinh viên là một trong những lực lượng nòng cốt của xã hội, lực lượng lao động trí

óc, lực lượng chính của sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa và bảo vệ đất nước. Chăm sóc sức khỏe của sinh viên là một việc làm cần thiết trong đó đánh giá tình trạng thể lực và sức khỏe của sinh viên là công việc không thể thiếu của bất kỳ trường Đại học nào. Sinh viên với độ tuổi từ 18 - 22, cơ thể vẫn tiếp tục hoàn thiện và phát triển, sự thay đổi hình thái sẽ làm thay đổi chức năng nhiều hệ cơ quan đặc biệt như hệ tuần hoàn, hệ hô hấp, hệ cơ... Vì vậy, tất cả các vấn đề về thể chất có thể dẫn tới những ảnh hưởng không nhỏ và có thể để lại những hậu quả lâu dài cho sức khỏe, thể lực và làm giảm sút khả năng học tập của sinh viên từ đó dẫn tới giảm sút khả năng làm việc và lao động sau này.

Trường Đại học Dược Hà Nội là một trong những trung tâm đào tạo đội ngũ cán bộ Dược cho ngành y tế Việt Nam, tuy nhiên, đặc thù của Trường là đào tạo và bồi dưỡng những kiến thức chủ yếu về chuyên ngành nên việc phát triển phong trào thể dục thể thao, rèn luyện thân thể trong sinh viên cũng còn những mặt hạn chế. Các chỉ số hình thái không phải là hằng định mà thay đổi phụ thuộc vào lứa tuổi, đối tượng nghiên cứu và từng thời kỳ điều tra tùy theo sự thay đổi môi trường tự nhiên. Chính vì thế, nghiên cứu về đặc điểm hình thái của sinh viên luôn mang tính thời sự và cấp thiết, không chỉ cung cấp các cơ sở khoa học sinh học thể hiện một giai đoạn quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng con người mà còn giúp việc giáo dục thể chất tại các Trường Đại học dựa trên cơ sở khoa học có hiệu quả cao hơn. Mục tiêu của nghiên cứu: *Khảo sát một số chỉ số hình thái về chiều cao đứng, cân nặng, vòng ngực, chỉ số BMI, chỉ số Pignet của sinh viên Trường Đại học Dược Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bao gồm 300 sinh viên Trường Đại học Dược Hà Nội (gồm 150 nam và 150 nữ) có độ tuổi từ 18 - 22, không có mang các dị tật hình thái hay tâm thần, không có các bệnh mạn tính.

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Khoa Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Lan

Email: ntpl1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 14.1.2019

Ngày duyệt bài: 22.1.2019

Địa điểm nghiên cứu: Bộ môn Y học cơ sở - Trường Đại học Dược Hà Nội.

Thời gian tiến hành: 6/2017 – 8/2018

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu nhân trắc của Martin

Các chỉ số cần xác định trong nghiên cứu: tuổi, giới tính, chiều cao đứng, cân nặng, vòng ngực, BMI, Pignet.

Kỹ thuật xác định các chỉ số trong nghiên cứu

Tuổi của đối tượng nghiên cứu: dựa trên giấy khai sinh hoặc chứng minh thư nhân dân (hoặc thẻ căn cước).

Giới tính: nam/nữ

Các chỉ số về hình thái:

- **Chiều cao đứng:** đơn vị đo cm, độ chính xác tới 0,1cm. Người được đo ở tư thế đứng trên nền phẳng, hai gót chân sát nhau sao cho 4 điểm: cằm, lưng, mông, gót chạm thước đo. Khi đo chiều cao, đối tượng được bỏ giày, dép.

- **Cân nặng:** đơn vị đo là kg, dụng cụ đo là cân điện tử Laica (Thụy Sĩ), có độ chính xác đến 0,1 kg. Cân được đặt trên nền cứng, phẳng và hiệu chỉnh trước khi cân. Đối tượng được mặc quần, áo mỏng.

- **Vòng ngực trung bình:** được xác định bằng trung bình cộng của vòng ngực lúc hít vào tận

lực và vòng ngực lúc thở ra gắng sức. Dụng cụ đo là thước dây Thụy Sĩ, đơn vị tính bằng cm, độ chính xác đến 0,1cm. Khi đo dùng thước dây đo ngang qua mũi ức, dưới núm vú sao cho thước dây không bị xoắn và song song với mặt đất. Đối tượng khi đo mặc áo mỏng.

- **Chỉ số Pignet:**

Chỉ số Pignet = chiều cao đứng(cm) - [cân nặng(kg) + vòng ngực trung bình (cm)].

Đánh giá chỉ số Pignet theo Nguyễn Quang Quyền đối với người trưởng thành:

Pignet = 0 – 20,8: cường tráng

Pignet = 20,9 – 24,1: rất khỏe

Pignet = 24,2 – 27,4: khỏe

Pignet = 27,5 – 33,9: trung bình

Pignet = 34 – 37,2: yếu

Pignet = 37,3 – 40,5: rất yếu

Pignet ≥ 40,6: yếu kém

- **Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index):**

BMI = Cân nặng (kg)/[chiều cao đứng (cm)]².

Đánh giá BMI theo WHO (1998):

BMI < 18,5: nhẹ cân

BMI = 18,5 – 24,9: bình thường

BMI ≥ 25: thừa cân

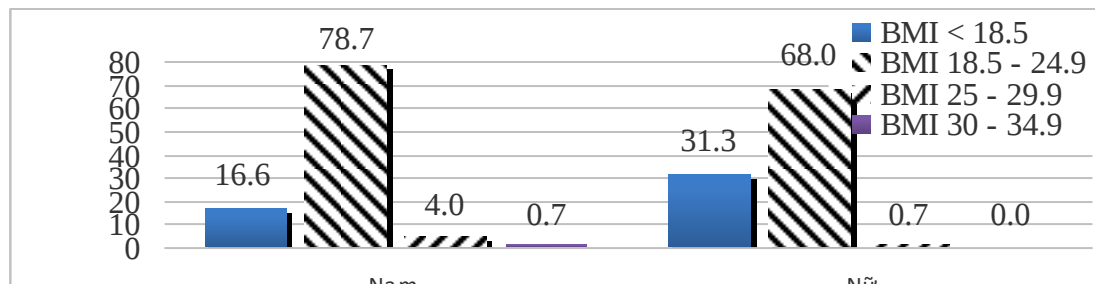
Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và phân tích bằng phần mềm thống kê sử dụng trong y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm về các chỉ số cơ thể của đối tượng nghiên cứu

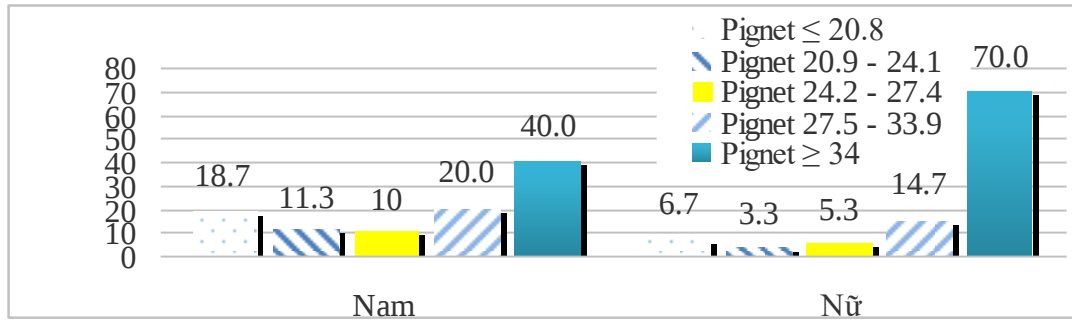
Chỉ số	Giới	Nam $\bar{X} \pm SD$ (n=150)	Nữ $\bar{X} \pm SD$ (n = 150)	p
Tuổi (năm)		19,8 ± 1,4	19,3 ± 1,1	>0,05
Chiều cao đứng (cm)		168,8 ± 6,7	156,2 ± 4,9	< 0,01
Cân nặng (kg)		59,5 ± 9,1	47,8 ± 5,1	<0,01
Vòng ngực trung bình (cm)		78,9 ± 5,3	71,9 ± 4,4	<0,01
BMI		20,8 ± 2,5	19,6 ± 1,9	> 0,05
Pignet		30,9 ± 11,7	36,5 ± 8,5	< 0,05

Nhận xét: Các đặc điểm hình thái về chiều cao đứng trung bình, cân nặng trung bình, vòng ngực trung bình, chỉ số BMI, Pignet của đối tượng nghiên cứu đều nằm trong giá trị bình thường của người Việt Nam và có sự khác biệt về các chỉ số này giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.



Biểu đồ 3.1. Chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu theo giới

Nhận xét: cả hai giới nam và nữ chủ yếu ở tình trạng thể lực và dinh dưỡng bình thường, tuy nhiên tình trạng nhẹ cân ở nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn ở nam giới.



Biểu đồ 3.2. Chỉ số Pignet của đối tượng nghiên cứu theo giới

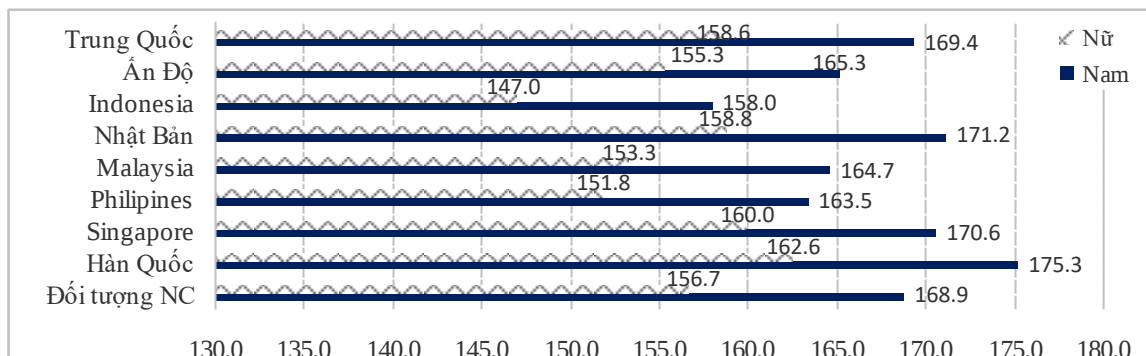
Nhận xét: chỉ số Pignet ở nam giới: 40,0% thuộc nhóm sức khỏe tốt trong đó 18,7% thuộc nhóm cường tráng, 20% thuộc nhóm trung bình và 40% thuộc nhóm yếu; chỉ số Pignet ở nữ giới: 70,0% thuộc nhóm sức khỏe yếu, 15,3% thuộc nhóm sức khỏe tốt và 14,7% thuộc nhóm sức khỏe trung bình. Sự khác biệt về chỉ số Pignet giữa 2 giới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Về độ tuổi của đối tượng nghiên cứu: ở nam là $19,8 \pm 1,4$; ở nữ là $19,3 \pm 1,1$; không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình giữa hai giới của đối tượng nghiên cứu với $p > 0,05$.

Về chiều cao đứng trung bình của đối tượng nghiên cứu: Chiều cao đứng trung bình của nam là $168,8 \pm 6,7$ cm, nữ là $156,2 \pm 4,9$ cm, nam lớn hơn nữ khoảng 8cm, sự khác biệt về chiều cao đứng giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. So với số liệu của toàn quốc cho thấy nam sinh viên cao hơn nam thanh niên toàn quốc ($164,4 \pm 6,0$ cm), còn nữ sinh viên cao hơn

nữ thanh niên toàn quốc ($153,4 \pm 5,3$ cm) [2]; chứng tỏ thực trạng sức khỏe thể chất của đối tượng thanh niên từ 18 – 22 tuổi đã có bước cải thiện, tuy nhiên, chiều cao của nam sinh viên vẫn thấp hơn 10cm so với chuẩn và nữ sinh viên thấp hơn 7cm so với chuẩn. So với tầm vóc của thanh niên các nước trong khu vực như Hàn Quốc, Nhật Bản, Singapore, tầm vóc của đối tượng nghiên cứu thấp hơn. Biểu đồ 4.1. cho thấy chiều cao trung bình đối tượng nghiên cứu kém so với Hàn Quốc là 7cm, kém so với Trung Quốc 7cm, kém Thái Lan và Nhật Bản, Singapore là khoảng 3 - 4cm [1].



Biểu đồ 4.1. Chiều cao của đối tượng nghiên cứu so với các quốc gia khác

Về cân nặng trung bình của đối tượng nghiên cứu: Cân nặng trung bình nam giới: $59,5 \pm 9,1$ kg, ở nữ giới: $47,8 \pm 5,1$ kg, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. So với số liệu của toàn quốc cho thấy nam sinh viên nặng cân hơn nam thanh niên toàn quốc ($54,2 \pm 7,1$ kg), còn nữ sinh viên nặng cân hơn nữ thanh niên toàn quốc ($46,0 \pm 5,5$ kg) [2]. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Mai Văn Hưng và CS (2008) nghiên cứu trên đối tượng sinh viên Hàn Quốc và sinh viên Việt Nam

có cùng độ tuổi [3].

Về vòng ngực trung bình của đối tượng nghiên cứu: Vòng ngực trung bình của nam là $78,9 \pm 5,3$ cm lớn hơn nam toàn quốc là ($77,4 \pm 4,3$ cm) và vòng ngực trung bình của nữ là $71,9 \pm 4,4$ nhỏ hơn so với nữ toàn quốc ($76,0 \pm 5,9$ cm) [4].

Về chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu: Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body mass index) của nam là $20,8 \pm 2,5$ và của nữ là $19,6 \pm 1,9$; sự khác biệt giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chỉ số BMI là chỉ số được tính từ

chiều cao và cân nặng của cơ thể, là một chỉ số đáng tin cậy về sự gầy béo của một người, đây là phương pháp không tốn kém và dễ thực hiện để tầm soát về vấn đề sức khỏe. Kết quả nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Trường An (2007) cũng không thấy có sự khác biệt về chỉ số BMI giữa nam và nữ sinh viên ở độ tuổi này [5]. So sánh với số liệu của thanh niên toàn quốc ở cùng độ tuổi, chúng tôi thấy không có sự khác biệt (BMI nam: $20,6 \pm 2,8$ và BMI nữ: $19,9 \pm 5,5$) [2]. Tuy nhiên, chỉ số BMI của nam và nữ sinh viên trong nghiên cứu này của chúng tôi đều thấp hơn so với tiêu chuẩn về chỉ số BMI của khu vực Đông Nam Á (BMI nam $22,0 [21,6 - 22,4]$ và nữ $22,4 [22,0 - 22,8]$ và thấp hơn tiêu chuẩn chung toàn cầu (BMI của nam $24,3 [24,2 - 24,5]$ và của nữ $24,6 [24,4 - 24,8]$) (theo WHO – 2016).

Về đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI: chỉ số BMI đã trở thành phổ biến trong những năm gần đây được sử dụng để đánh giá một cách sơ bộ tình trạng dinh dưỡng của cộng đồng. Theo thang phân loại quốc tế cho thấy: 78,7% nam và 60,8% nữ có tình trạng thể lực và dinh dưỡng bình thường; 16,6% nam và 31,3% nữ thuộc nhóm suy dinh dưỡng trong đó chủ yếu là suy dinh dưỡng nhẹ (Biểu đồ 3.1). Tuy sinh viên nữ có suy dinh dưỡng nhẹ nhưng tình trạng dinh dưỡng ảnh hưởng rất lớn đến khả năng học tập cũng như khả năng sáng tạo của sinh viên, do đó cần có nhiều các biện pháp tuyên truyền giáo dục dinh dưỡng cho sinh viên. Báo cáo kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc 2009 - 2010 của Bộ Y tế cho thấy, tình trạng thiếu năng lượng của thanh niên trong độ tuổi 20-24 là 22,9%; trong đó nam: 17,2% và nữ: 27,7%. Như vậy, yếu tố chất thể lực, đặc biệt là sức bền và sức mạnh của thanh niên Việt Nam được xếp vào mức kém và rất kém so với chuẩn quốc tế, đây là vấn đề ảnh hưởng tới nguồn nhân lực tương lai của đất nước.

Về chỉ số Pignet của đối tượng nghiên cứu: Đây là một trong các chỉ số được nghiên cứu để đánh giá tình trạng nhân trắc nói chung của cơ thể. Chỉ số này được xác định từ ba kích thước là chiều cao, cân nặng và vòng ngực trung bình. Kết quả nghiên cứu chỉ số Pignet của sinh viên lứa tuổi từ 18 - 22 tại Trường Đại học Dược cho thấy ở nam: $30,9 \pm 11,7$ và nữ: $36,5 \pm 8,5$; có sự khác biệt về chỉ số Pignet giữa 2 giới với $p < 0,05$ (kết quả bảng 3.1). Chỉ số Pignet ở nam: 40,0% thuộc nhóm sức khỏe tốt trong đó 18,7% thuộc nhóm cường tráng, 20% thuộc nhóm trung bình và 40% thuộc nhóm yếu. Chỉ số

Pignet ở nữ: 70,0% thuộc nhóm sức khỏe yếu, 15,3% thuộc nhóm sức khỏe tốt và 14,7% thuộc nhóm sức khỏe trung bình; sự khác biệt về chỉ số Pignet giữa 2 giới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (biểu đồ 3.2). Nghiên cứu của Mai Văn Hưng và CS (2013) cho thấy môi trường sống khác nhau giữa vùng đô thị và vùng nông thôn đã ảnh hưởng đến nhân trắc của tuổi sau dậy thì [6]. Hầu hết các nghiên cứu đều cho rằng các chỉ số hình thái của cơ thể người đều bị ảnh hưởng bởi yếu tố sinh lý, yếu tố môi trường và các điều kiện về dinh dưỡng.

Như vậy, các chỉ số về hình thái: chiều cao, cân nặng, vòng ngực, BMI và Pignet ở nam giới đều có giá trị trung bình cao hơn so với nữ giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này phù hợp với các đặc điểm liên quan đến giới tính. Nghiên cứu các chỉ số hình thái của sinh viên Hàn Quốc và sinh viên Việt Nam có cùng độ tuổi của Mai Văn Hưng và CS (2008) cũng thấy rằng có sự khác biệt về chỉ số hình thái: chiều cao, cân nặng, vòng ngực, BMI, Pignet của nam cao hơn so với nữ với $p < 0,01$, tuy nhiên, các chỉ số này của sinh viên Hàn Quốc cao hơn so với sinh viên Việt Nam [3].

Sức khỏe nói chung là trạng thái thoải mái đầy đủ về thể chất, tâm thần xã hội mà không chỉ có nghĩa là không có bệnh hay thương tật; cho phép mỗi người thích ứng nhanh chóng với các biến đổi của môi trường, giữ được lâu dài khả năng lao động và lao động có hiệu quả. Sức khỏe thể chất bao gồm: chiều cao, cân nặng, tỷ lệ hợp lý giữa chiều cao và cân nặng, sức bền, sự dẻo dai, sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục, sự chịu đựng của cơ thể thanh niên ở các điều kiện thiên nhiên khắc nghiệt, ... Tập thể dục rất quan trọng để duy trì cơ thể tăng trưởng và có thể đóng góp tích cực vào duy trì trọng lượng khỏe mạnh, xây dựng và duy trì mật độ xương khỏe mạnh, cơ bắp và sức mạnh, thông khí phổi tốt. Tập thể dục đã được chứng minh là cải thiện chức năng thông qua cải thiện hình thái và chức năng thông khí phổi và tăng cường cuộc sống tích cực. Ngoài ra hoạt động thể chất đã được chứng minh là thay đổi chỉ số nhân trắc của cơ thể. Trạng thái chiều cao của thanh niên Việt Nam có những cải thiện qua thời gian. Tuy nhiên, vẫn còn rất hạn chế so với các nước trong khu vực, tỷ lệ tập thể dục thể thao thường xuyên của thanh niên còn thấp dẫn đến những hạn chế về sức khỏe thể lực của thanh niên. Cần có những chương trình chăm sóc sức khỏe thể chất cho thanh niên thông qua các can thiệp về dinh dưỡng và hoạt động thể dục thể thao để có thể

giúp thu hẹp khoảng cách về chiều cao và thể lực của thanh niên Việt Nam so với thanh niên khu vực và quốc tế, để họ có thể chủ động thực hiện các mục tiêu và xây dựng tương lai mà họ mong muốn. Đồng thời, Nhà trường nên tăng cường đầu tư đổi mới hoạt động thể chất và phong trào thể dục thể thao ở Trường nhằm tạo điều kiện cho thanh thiếu niên tích cực tham gia hoạt động thể dục thể thao, rèn luyện thể chất.

V. KẾT LUẬN

- Chiều cao đứng trung bình của nam tuổi 18-22: 168,8 ± 6,7cm, nữ: 156,2 ± 4,9cm
- Cân nặng trung bình của nam tuổi 18 - 22: 59,5 ± 9,1kg, nữ: 47,8 ± 5,1kg
- Vòng ngực trung bình của nam tuổi 18 - 22: 78,9 ± 5,3cm, nữ: 71,9 ± 4,4cm
- BMI của nam: 20,8 ± 2,5; nữ: 19,6 ± 1,9
- Chỉ số Pignet của nam: 30,9 ± 11,7; nữ: 36,5 ± 8,5.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quỹ Dân số Liên hợp quốc tại Việt Nam (UNFPA) (2015).** *Báo cáo quốc gia về thanh niên Việt Nam*, Hà Nội,
2. **Bộ Y Tế (2010).** *Tổng điều tra dinh dưỡng 2009 - 2010*, Nhà xuất bản Y học.
3. **Mai Văn Hưng và Sunyoung Pak (2008).** The impact of environment on morphological and physical indexes of Vietnamese and South Korean students. *VNU Journal of Science, Natural Sciences and Technology*, 24, 50 -55.
4. **Trịnh Văn Minh (2000).** *Báo cáo tổng kết dự án điều tra cơ bản một số chỉ tiêu sinh học người Việt Nam bình thường thập kỷ 90*, Trường Đại học Y HN
5. **Nguyễn Trường An (2007).** Chiều cao đứng, cân nặng và chỉ số khối cơ thể của thanh thiếu niên 15 - 24 tuổi ở Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y học thực hành*, 3.
6. **Mai Văn Hưng và Trần Long Giang (2013).** Nghiên cứu một số đặc điểm nhân trắc cơ bản của học sinh trung học phổ thông tại Hà Nội. *Nghiên cứu giáo dục - Tạp chí Khoa học Đại học Quốc Gia Hà Nội*, 19 (1), 39 - 47.

HIỆU QUẢ CAN THIỆP TƯ VẤN CỦA DƯỢC SĨ TRÊN VIỆC CẢI THIỆN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,2}, Nguyễn Thành Quân³, Nguyễn Thị Duyên Anh¹,
Huỳnh Thị Thanh Tuyền³, Phạm Xuân Khôi³

TÓM TẮT

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những nguyên nhân chính gây tăng tử suất và gánh nặng bệnh tật cho BN (BN) trên toàn thế giới. Việc tuân thủ điều trị bằng thuốc đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát COPD. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá hiệu quả can thiệp giáo dục của dược sĩ đối với việc cải thiện mức độ tuân thủ điều trị của BN COPD tại bệnh viện Đại Học Y Dược TP.Hồ Chí Minh. Chúng tôi tiến hành thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng, trên BN ngoại trú mắc COPD, đến khám và điều trị tại Phòng khám quản lý hen và COPD, Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 12/2017 đến tháng 03/2018. BN được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm – nhóm can thiệp (CT) – nhận được sự tư vấn của dược sĩ và sự tư vấn thường quy của bác sĩ và nhóm không can thiệp (KCT) – chỉ nhận được sự tư vấn từ bác sĩ. Hiệu quả can thiệp được đánh giá bằng việc so sánh điểm tuân thủ theo Morisky Medication Adherence Scale 8 (MMAS-8) giữa 2 nhóm. Có 109 BN được chọn vào nghiên cứu. Sau 1 tháng theo dõi, có

44 BN nhóm CT và 50 BN nhóm KCT hoàn thành nghiên cứu. Điểm MMAS-8 ở nhóm CT (7,11 ± 1,125) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm KCT (6,06 ± 1,695), p = 0,001. Tỷ lệ BN tuân thủ cao ở nhóm CT (52,3%) cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm KCT - 18,0%, p = 0,001. Biện pháp can thiệp của dược sĩ làm tăng điểm MMAS-8 ở BN COPD (hệ số góc là 0,913; p = 0,004). Nghiên cứu này đã chứng minh được vai trò tích cực của tư vấn dược lâm sàng trong việc cải thiện mức độ tuân thủ điều trị bằng thuốc của BN COPD.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, tuân thủ điều trị, can thiệp, dược sĩ

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF PHARMACIST'S INTERVENTION ON MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the leading causes of morbidity and mortality of patients all over the world. Medication adherence plays an important role in COPD control. This study aimed to evaluate the effectiveness of pharmacist led-educational intervention in improving medication adherence in patients with COPD at Medical University Center, Ho Chi Minh City. A clinical randomized controlled trial was conducted on COPD outpatients aged 18 years or older at Screening Respiratory Function Department from December 2017 to March 2018. Patients were randomized into 2 groups –

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh,

²Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh.

³Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Xuân Khôi

Email: xuankhoi1210@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2019

Ngày duyệt bài: 23.01.2019

Intervention group (IG) with pharmacist's intervention and doctor's consultation, and Non-intervention group (NIG) with doctor's consultation only. The effectiveness of intervention was evaluated by comparing Morisky Medication Adherence Scale 8 (MMAS – 8) scores between the two groups. There were 109 patients included in this study. After 1 month, 44 patients in IG and 50 patients in NIG completed the study. Mean MMAS-8 score in IG (7.11 ± 1.125) was statistically higher than that in NIG (6.06 ± 1.695), $p = 0.001$. The prevalence of patients with high level of adherence in IG was higher than that in NIG (52.3% vs 18.0%, respectively, $p < 0.001$). Pharmacist's intervention increased MMAS-8 scores ($\beta = 0.913$; $p = 0.004$). Our study proves the effectiveness of patient education performed by pharmacist on increasing medication adherence of patients with COPD.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, COPD, intervention, pharmacist

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những nguyên nhân chính gây tăng tử suất và gánh nặng bệnh tật cho BN (BN) trên toàn thế giới (1). Hiện nay, số lượng người mắc bệnh COPD vào khoảng 300 triệu người [3], gây tử vong khoảng 2,7 triệu người mỗi năm và dự kiến sẽ là nguyên nhân thứ ba gây tử vong do bệnh tật trên thế giới vào năm 2030. Hiện nay, Việt Nam được dự báo có tỷ lệ mắc COPD là 6,7%, cao nhất ở khu vực Châu Á - Thái Bình Dương [5]. Vai trò của tuân thủ điều trị trong COPD đã được chứng minh là một biện pháp giúp tối ưu hoá hiệu quả điều trị, giảm chi phí điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN [2]. Chính vì thế, nhiều biện pháp can thiệp đã được áp dụng ở các nước khác nhau trên thế giới, trong đó biện pháp giáo dục về COPD, cách dùng thuốc điều trị và tư vấn cho BN về việc thay đổi lối sống được thực hiện bởi dược sĩ đã được chứng minh có những hiệu quả tích cực đến việc tuân thủ điều trị của BN COPD [4], [8]. Tuy nhiên, hiện tại ở Việt Nam, vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá vai trò của dược sĩ trong việc giáo dục BN nhằm gia tăng mức độ tuân thủ điều trị. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả của can thiệp tư vấn của dược sĩ trong cải thiện mức độ tuân thủ điều trị của BN COPD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN ngoại trú được chẩn đoán COPD
- Đến khám và điều trị tại Phòng khám – Quản lý Hen và COPD, Bệnh viện Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh
- Từ ngày 01/12/2017 đến ngày 15/03/2018.

- BN đã được sử dụng thuốc điều trị COPD ít nhất 3 tháng.

- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN thiếu thông tin về thuốc điều trị và thông tin cá nhân.
- BN không tỉnh táo, suy giảm hay mất khả năng nhận thức, được đánh giá bằng MMSE < 17
- BN không biết sử dụng điện thoại
- BN được chẩn đoán bệnh kèm là suy tim, hen phế quản, lao, ung thư phổi hoặc suy giảm miễn dịch.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu – thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Các bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu sẽ được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm – Can thiệp (CT) và không can thiệp (KCT). Trong đó, nhóm CT sẽ nhận được sự tư vấn, giáo dục của dược sĩ bên cạnh sự tư vấn thường quy của bác sĩ; nhóm KCT chỉ nhận được sự tư vấn thường quy của bác sĩ mà không có can thiệp của dược sĩ. Nội dung can thiệp, tư vấn của dược sĩ bao gồm các thông tin về bệnh COPD, vai trò của tuân thủ điều trị đến hiệu quả điều trị bệnh, hướng dẫn BN về dùng thuốc, cách nhận biết và phòng tránh biến cố có hại của thuốc (ADE), đưa lời khuyên về thay đổi lối sống. Tuân thủ điều trị của bệnh nhân được đánh giá bằng bộ câu hỏi Morisky Medication Adherence Scale 8 (MMAS – 8) phiên bản tiếng Việt đã được dịch thuật và thẩm định [7]. Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu và sau 1 tháng kể từ lần gặp đầu tiên, BN được phỏng vấn để tính điểm tuân thủ điều trị bằng thuốc MMAS-8.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được ước tính theo công thức so sánh tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao của BN giữa 2 nhóm nghiên cứu:

$$n = \frac{Z_{(\alpha/2)} \sqrt{2pq} + Z_{(\beta)} \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2}}{(p_1 - q_1)}$$

α : xác suất cho sai lầm loại 1 ($\alpha = 0,05$); β : xác suất cho sai lầm loại 2 ($\beta = 0,20$); p_1 và p_2 lần lượt là tỷ lệ phần trăm BN tuân thủ điều trị mức độ cao của hai nhóm CT và KCT. Theo nghiên cứu công bố vào năm 2017 của tác giả Abdul S.S. [1] tính ra được cỡ mẫu mỗi nhóm $n = 35$. Trên thực tế, có 44 BN ở nhóm CT và 50 BN ở nhóm KCT hoàn thành nghiên cứu.

Phân tích số liệu: Công cụ phân tích là phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả để xác định tỷ lệ BN phân bố theo nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, bệnh kèm, phân loại mức độ bệnh COPD, thời gian mắc COPD bệnh kèm, tỷ lệ các nhóm thuốc sử dụng điều trị. Dùng phép kiểm χ^2 để so sánh tỷ lệ tuân thủ

điều trị của BN trước và sau khi can thiệp 1 tháng giữa 2 nhóm. Phép kiểm Independent t - test để so sánh điểm MMAS - 8 trước và sau khi can thiệp 1 tháng giữa 2 nhóm. Phép kiểm hồi quy tuyến tính đa biến để tìm mối liên quan giữa các yếu tố tới điểm MMAS-8. Khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 109 BN được chọn vào nghiên cứu, trong đó có 52 BN thuộc nhóm CT và 57 BN thuộc nhóm KCT. Sau 1 tháng theo dõi, còn lại 44 BN

nhóm CT và 50 BN nhóm KCT hoàn thành nghiên cứu.

Đặc điểm ban đầu của BN: Đặc điểm nền và đặc điểm dùng thuốc ban đầu ban đầu của bệnh nhân trình bày trong bảng 1 và bảng 2. Đặc điểm nền của BN là tương tự nhau giữa 2 nhóm ở tất cả các khía cạnh bao gồm: tuổi, giới, BMI, trình độ học vấn, phân loại bệnh, thời gian mắc bệnh ($p > 0,05$). Tại thời điểm ban đầu, điểm tuân thủ điều trị MMAS-8 của BN ở nhóm CT và KCT khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($5,95 \pm 1,670$ so với $5,66 \pm 1,803$, $p = 0,441$).

Bảng 1. Đặc điểm nền của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Phân nhóm				Giá trị p
		CT (n=44)		KCT (n=50)		
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới tính (nam)		44	100	47	94,0	0,243
Nhóm tuổi	Từ 40-60	14	32,6	11	22,0	0,243
	≥60	30	67,4	39	78,0	
Trình độ học vấn	Tiểu học	9	20,5	19	38,0	0,429
	Trung học cơ sở	15	34,1	9	18,0	
	Trung học phổ thông	16	36,4	16	32,0	
	Đại học/cao đẳng	4	9,1	6	12,0	
Phân loại COPD	A	0	0,0	2	4	0,286
	B	9	20,5	18	36,0	
	C	10	22,7	5	10,0	
	D	25	56,8	25	50,0	
Thời gian mắc bệnh	Dưới 1 năm	7	15,9	15	30,0	0,509
	Từ 1 đến 3 năm	15	34,1	11	22,0	
	Từ 3 đến 5 năm	8	18,2	8	16,0	
	Từ 5 đến 10 năm	9	20,5	10	20,0	
	Trên 10 năm	5	11,4	6	12,0	
Điểm tuân thủ điều trị	Điểm MMAS-8 ban đầu	5,95 ± 1,670		5,66 ± 1,803		0,441
	Tuân thủ cao (MMAS-8 = 8)	8	18,2	9	18,0	0,567
	Tuân thủ trung bình (MMAS-8 = 6 hoặc 7)	20	45,5	19	38,0	
	Tuân thủ thấp (MMAS-8 < 6)	16	36,4	22	44,0	

Hiệu quả can thiệp của dược sĩ trên tuân thủ điều trị sau 1 tháng theo dõi

Sau 1 tháng, điểm MMAS-8 trung bình ở nhóm CT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm KCT ($7,11 \pm 1,125$ so với $6,06 \pm 1,695$, $p = 0,001$).

Bảng 2. Điểm MMAS-8 của BN sau 1 tháng theo dõi

Đặc điểm	Phân nhóm				Giá trị p
	CT (n=44)		KCT (n=50)		
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Điểm MMAS-8	7,11 ± 1,125		6,06 ± 1,695		0,001
Xếp loại tuân thủ theo MMAS-8					
Tuân thủ cao (MMAS-8 = 8)	23	52,3	9	18,0	0,001
Tuân thủ trung bình (MMAS-8 = 6 hoặc 7)	16	36,4	27	54,0	
Tuân thủ thấp (MMAS-8 < 6)	5	11,4	14	28,0	

Để khẳng định hiệu quả của can thiệp, chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy tuyến tính đa biến mối liên quan giữa yếu tố bao gồm can thiệp, tuổi, giới, trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh, số lượng thuốc trung đến điểm MMAS-8. Kết quả cho thấy, chỉ có yếu tố can thiệp của dược sĩ giúp làm gia tăng có ý nghĩa thống kê điểm MMAS-8 (hệ số góc 0,913, $p = 0,004$) (Bảng 3).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các đặc điểm BN và yếu tố can thiệp của dược sĩ và điểm MMAS - 8

Điểm MMAS - 8	Đặc điểm	Hệ số góc	Giá trị p
	Can thiệp	0,913	0,004
	Tuổi	-0,24	0,149
	Giới tính (nam)	1,356	0,111
	Trình độ học vấn (từ trung học phổ thông trở lên)	0,230	0,119
	Thời gian mắc bệnh	0,170	0,124
	Số lượng thuốc trung bình	-0,81	0,723

IV. BÀN LUẬN

Sau 1 tháng CT, nghiên cứu nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm MMAS-8 ở nhóm CT so với nhóm KCT ($7,11 \pm 1,125$ so với $6,06 \pm 1,695$, $p = 0,001$). Tỷ lệ BN có mức điểm MMAS-8 đạt tuyệt đối, tương đương với mức tuân thủ cao chiếm 52,3% ở nhóm CT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm KCT là 18%, $p = 0,001$. Các kết quả này được khẳng định nhờ vào kết quả hồi quy đa biến tìm mối liên quan giữa điểm MMAS-8 trung bình sau 1 tháng với yếu tố can thiệp dược lâm sàng thực sự làm tăng điểm MMAS- (hệ số góc là 0,913, $p = 0,004$). Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương tự như các nghiên cứu của các tác giả Abdul S. (2017), Jarab A. (2012) [1], [6]. Trong hai nghiên cứu tham khảo này, tác giả sử dụng bộ câu hỏi MMAS-4 để nhằm đánh giá sự tuân thủ điều trị của BN. Kết quả ghi nhận được sau 24 tháng nghiên cứu của tác giả Abdul S. (2017) cho thấy tỷ lệ BN tuân thủ cao nhóm CT tăng có ý nghĩa thống kê so với nhóm KCT (80,8 % so với 49%, $p < 0,001$) [1]. Nghiên cứu của tác giả Jarab A. (2012) ghi nhận sau 6 tháng, có sự cải thiện trong việc tuân thủ điều trị giữa nhóm CT và nhóm KCT với tỷ lệ tuân thủ cao của 2 nhóm lần lượt là 71,4% so với 51,6% ($p = 0,017$) [6]. Sự tương đồng về kết quả của nghiên cứu chúng tôi và các nghiên cứu tham khảo do tương đồng về thiết kế nghiên cứu (chia mẫu ngẫu nhiên, có đối chứng), đặc điểm bệnh nhân (tuổi, phân bố giới tính, trình độ học vấn), nội dung can thiệp (giáo dục về bệnh hen và cách sử dụng thuốc). Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có ưu điểm hơn về cách thức can thiệp tích cực (trao đổi và hướng dẫn trực tiếp cho BN), đồng thời thời gian đánh giá hiệu quả can thiệp ngắn (1 tháng), do đó mức độ tuân thủ điều trị của BN sẽ tốt hơn.

Dù nghiên cứu chúng tôi chứng minh được hiệu quả tích cực của biện pháp giáo dục đối với sự tuân thủ dùng thuốc của BN, nhưng vẫn tồn tại một số hạn chế như thời gian thực hiện nghiên cứu khá ngắn dẫn đến lượng mẫu khảo

sát ít, thời gian khảo sát và can thiệp ngắn, tần suất theo dõi BN khá ít điều đó dẫn đến tỷ lệ BN có mức độ tuân thủ cao của chúng tôi vẫn khá thấp so với các nghiên cứu tham khảo trước đây.

V. KẾT LUẬN

Biện pháp can thiệp thông qua hình thức giáo dục bệnh nhân về COPD, kỹ thuật hít thuốc, thay đổi lối sống, cách dùng thuốc, phòng tránh các ADE, vai trò của tuân thủ điều trị được thực hiện bởi dược sĩ thực sự giúp cải thiện khả năng tuân thủ điều trị của bệnh nhân COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abdul S.S. et al, (2017). "Structured pharmacist-led intervention programme to improve medication adherence in COPD patients". *Res Social Adm Pharm*. 2017 Oct 26. pii: S1551-7411 (17) 30810-0. (1)
2. Bryant J. et al., (2013). "Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review". *Respir Res*, 14, p. 109. (3)
3. FitzGerald JM (2011). "Targeting lung attacks". *Thorax*. 66, pp. 365–366. (7)
4. Haynes R. B., Ackloo E., Sahota N. (2008). "Interventions for enhancing medication adherence". *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 20;(11):CD000011 (10)
5. Hogan D. et al. (2017). "Nutritional status of Vietnamese outpatients with chronic obstructive pulmonary disease". *J Hum Nutr Diet*. 30 (1), pp. 83-89. (11)
6. Jarab A. S. et al. (2012). "Impact of pharmaceutical care on health outcomes in patients with COPD". *Int J Clin Pharm*. 34 (1), pp. 53-62. (12)
7. Nguyen T. et al. (2015), "Translation and cross-cultural adaptation of the brief illness perception questionnaire, the beliefs about medicines questionnaire and the Morisky Medication Adherence Scale into Vietnamese: 285". *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 24, pp. 159-160.
8. Tommelein E., Mehuys E., Van Hees T., Adriaens E., Van Bortel L.(2014). "Effectiveness of pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (PHARMACOP)". *Br. J. Clin. Pharmacol*. 77 (5), pp. 756 – 766 (6).

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Đỗ Thị Phương Dung¹, Đỗ Thị Ngọc Huyền¹,
Nguyễn Xuân Bình², Bùi Thị Hương Quỳnh^{3,4}

TÓM TẮT

Phản ứng có hại thường thấy của thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) là loét dạ dày, tá tràng và nguy cơ huyết khối dẫn đến nhồi máu cơ tim, đột quỵ. Vì vậy, việc sử dụng thuốc này trên bệnh nhân có nguy cơ tiêu hóa và tim mạch cần được quan tâm lưu ý. Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát tình hình sử dụng NSAID tại bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên bệnh nhân được chỉ định sử dụng NSAID ở các phòng khám ngoại thần kinh, chấn thương chỉnh hình và cơ xương khớp, bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai từ 01/2018 đến 03/2018. Bệnh nhân có nguy cơ trên tiêu hóa và tim mạch được chia làm 3 nhóm: thấp, trung bình và cao; Các NSAID được sử dụng gồm 3 nhóm: nhóm 1 (tỷ lệ ức chế COX-2/COX-1 nhỏ hơn 5), nhóm 2 (tỷ lệ ức chế COX-2/COX-1 từ 5 đến 50), nhóm 3 (tỷ lệ ức chế COX-2/COX-1 lớn hơn 50). Kết quả khảo sát trên 226 bệnh nhân cho thấy, bệnh nhân có nguy cơ tiêu hóa từ trung bình đến cao (chiếm tỷ lệ 74,3%) được chỉ định sử dụng NSAID nhóm 1 cao hơn nhóm bệnh nhân có nguy cơ thấp. Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao (chiếm tỷ lệ 71,2%) được chỉ định NSAID nhóm 1 nhiều hơn so với nhóm 2. Tỷ lệ NSAID nhóm 1 cũng được chỉ định nhiều nhất trên bệnh nhân có đồng thời nguy cơ tiêu hóa và tim mạch. Đa số bệnh nhân được chỉ định sử dụng thuốc ức chế bơm proton để bảo vệ dạ dày (72,1%). Như vậy, bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu chủ yếu có nguy cơ trung bình đến cao trên tiêu hóa và/hoặc trên tim mạch. Phần lớn bệnh nhân được chỉ định NSAID nhóm 1 kèm thêm thuốc bảo vệ dạ dày.

Từ khóa: Thuốc kháng viêm không steroid, NSAID, nguy cơ tiêu hóa, nguy cơ tim mạch.

SUMMARY

INVESTIGATION OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS USED AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL

Gastrointestinal ulcers and thrombosis induced myocardial infarction or stroke are the most common adverse drug reactions of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs). Therefore, it must be careful to use these kind of drugs in patients, especially in patients with both gastrointestinal and

cardiovascular risks. The aim of this study was to investigate the use of NSAID in patients at Dong Nai General Hospital. A descriptive cross-sectional study was conducted in patients prescribed NSAID at Department of Neurosurgery, Department of Orthopedics and Department of Rheumatology, Dong Nai Hospital from January, 2018 to March, 2018. The gastrointestinal and cardiovascular risk were classified into three levels: low, moderate, and high. There were three groups of NSAID: group 1 (inhibitory ratio of COX-2/COX-1 below 5), group 2 (inhibitory ratio of COX-2/COX-1 from 5 to 50), group 3 (inhibitory ratio of COX-2/COX-1 above 50). The result of investigation on 226 patients showed that, patients having moderate to high gastrointestinal risk (74.3%) received more NSAID belonging to group 1 than whom having low gastrointestinal risk. Patients with high cardiovascular risk (71.2%) were prescribed NSAID in group 1 more frequently than that in group 2. In patients with both gastrointestinal and cardiovascular risk, the use of NSAID in group 1 was also high. Most of patients was prescribed proton pump inhibitor. In conclusion, in this study most of patients having moderate to high gastrointestinal and cardiovascular risk, and patients were frequently prescribed NSAID in group 1 in combination with a proton pump inhibitor as a gastro-protective medication.

Keywords: Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs, NSAID, gastrointestinal risk, cardiovascular risk.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, nhóm thuốc kháng viêm không steroid (NSAID, nonsteroidal anti-inflammatory drugs) là một trong các nhóm thuốc được sử dụng phổ biến với mục đích kháng viêm, điều trị các cơn đau cấp và mạn tính, thậm chí trong thời gian kéo dài [1]. Tuy nhiên, việc sử dụng NSAID còn bị hạn chế do những phản ứng có hại (ADR) gây ra cho người bệnh như gây loét niêm mạc dạ dày và huyết khối tim mạch. Một trong các cách phòng ngừa các ADR này là đánh giá nguy cơ trên trên dạ dày và tim mạch trước khi sử dụng NSAID cho bệnh nhân, để từ đó lựa chọn NSAID hoặc thuốc bảo vệ niêm mạc phù hợp. Tuy nhiên, trên thực hành lâm sàng vấn đề này vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát tình hình sử dụng NSAID trên các bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ngoại trú đến khám và điều trị tại một trong ba phòng

¹Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai

²Bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai

³ĐH Y Dược TP Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh

Email: bthquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2019

Ngày duyệt bài: 28.01.2019

khám: ngoại thần kinh, chấn thương chỉnh hình và cơ xương khớp, Bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai từ ngày 1/1/2018 đến ngày 31/3/2018.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên.
- Được chỉ định sử dụng ít nhất một thuốc NSAID.
- Đồng ý tham gia khảo sát.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chỉ sử dụng duy nhất một thuốc NSAID là aspirin liều thấp.
- Bệnh nhân không có đủ thông tin hành chính hoặc thuốc điều trị.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Công thức ước lượng cỡ mẫu để xác định tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ trên tiêu hoá và tim mạch khi sử dụng thuốc NSAID:

$$n \geq \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Z: hệ số tin cậy; Z = 1,96 với độ tin cậy là 95%

p: tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ trên đường tiêu hóa và/hoặc tim mạch. Theo nghiên cứu của

Lanas A. và cộng sự, tỷ lệ này là 90% [4].

d: sai số chuẩn, chọn sai số là 5%.

Cỡ mẫu tối thiểu được tính là n = 139. Trên thực tế chúng tôi lựa chọn 226 bệnh nhân vào nghiên cứu.

Các bước tiến hành: Thu thập thông tin từ các đơn thuốc và phỏng vấn bệnh nhân: giới tính, tuổi, nơi cư trú và nghề nghiệp, tiền sử bệnh, tiền sử dùng thuốc, đơn thuốc hiện tại BN đang điều trị. Các NSAID được sử dụng trong nghiên cứu chia làm 3 nhóm [8]:

. Nhóm 1 (tỷ lệ ức chế COX-2/COX-1 nhỏ hơn 5): aceclofenac, dexibuprofen, flurbiprofen natri, naproxen, tenoxicam

. Nhóm 2 (tỷ lệ ức chế COX-2/COX-1 từ 5 đến 50): celecoxib, etodolac, meloxicam, diclofenac.

. Nhóm 3 (tỷ lệ ức chế COX-2/COX-1 lớn hơn 50): etoricoxib

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá nguy cơ trên tiêu hoá và tim mạch theo nghiên cứu của Layton D. và cộng sự [5] (Bảng 1).

Bảng 1. Thang điểm đánh giá nguy cơ trên tiêu hoá và tim mạch theo Layton D.[5]

Yếu tố nguy cơ	Đặc điểm	Tiêu hoá	Tim mạch
Tuổi	≥ 65 tuổi	1	1
Giới tính	Nam	0	1
Thuốc chỉ định điều trị viêm khớp dạng thấp	Một hoặc nhiều thuốc có mã ATC sau đây: L04 (thuốc ức chế miễn dịch); L01BA01 (methotrexat); M01C (các thuốc giảm đau đặc hiệu).	0	1
Thuốc điều trị bệnh dạ dày	Một hoặc nhiều thuốc có mã ATC sau đây: A02A (Antacid); A02B (thuốc điều trị tiêu hóa); A02E (thuốc chống trào ngược); A02X (thuốc điều trị tiêu hóa).	1	0
Các thuốc chống huyết khối	Một hoặc nhiều thuốc có mã ATC sau đây: B01A (thuốc chống huyết khối); B01B (heparins); B01AC (thuốc ức chế kết tập tiểu cầu trừ heparin); B01AD (enzim); B01AX (thuốc chống huyết khối khác).	1	1
Thuốc điều trị tăng huyết áp	Một hoặc nhiều thuốc có mã ATC sau đây: C02 (thuốc hạ huyết áp); C03 (thuốc lợi tiểu); C04 (thuốc giãn mạch ngoại biên); C07 (thuốc chẹn thụ thể β); C08 (thuốc chẹn kênh canxi); C09 (thuốc tác động trên hệ renin-angiotensin).	0	1
SSRI và các thuốc liên quan	Một hoặc nhiều thuốc có mã ATC sau đây: N06AB (SSRI); N06AX16 (venlafaxin); N06AX11 (mirtazapin).	1	0
Các thuốc điều trị đái tháo đường	Một hoặc nhiều thuốc có mã ATC sau đây: A10A (insulin và các chất tương tự); A10B (thuốc hạ đường huyết dạng uống); A10X	0	1
Thuốc điều trị bệnh lý tim mạch	Một hoặc nhiều thuốc có mã ATC sau đây: C01A (glycosides tim); C01B (thuốc chống loạn nhịp); C01C (thuốc kích thích tim không bao gồm glucosides); C01D (thuốc giãn mạch trong điều trị bệnh tim)	0	1
Thuốc điều trị rối loạn lipid huyết	Một hoặc nhiều thuốc có mã ATC sau đây: C10A (các chất giảm lipid huyết thanh).	0	1
Corticosteroid	Một hoặc nhiều mã thuốc ATC sau đây: H02a, H02b.	1	0
NSAID	Một hoặc nhiều mã thuốc ATC sau đây: M01a.	1	0
Aspirin liều cao (> 300mg/ngày)	Một hoặc nhiều mã số thuốc ATC sau đây: N02ba01.	1	0

Bệnh nhân được coi là có nguy cơ tim mạch hoặc tiêu hoá thấp nếu điểm nguy cơ bằng 0; trung bình nếu điểm nguy cơ bằng 1 và cao nếu điểm từ 2 trở lên.

Phân tích số liệu: Tất cả các phép kiểm thống kê được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

. Xác định tần số, tỷ lệ % và số trung bình: dùng thống kê mô tả.

. So sánh tỷ lệ của 2 nhóm độc lập: dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher's exact.

Các kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê

khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2018 đến 03/2018 có 226 bệnh nhân được chỉ định sử dụng NSAID ở phòng khám ngoại thần kinh, chấn thương chỉnh hình và phòng khám cơ xương khớp. Tỷ lệ bệnh nhân nữ (59,7%) cao hơn nam. Độ tuổi trung bình $54,1 \pm 13,2$ tuổi, đa số là những bệnh nhân trên 40 tuổi (82,5%). Các NSAID được chỉ định chủ yếu cho bệnh lý cơ xương khớp (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm của bệnh nhân được chỉ định NSAID

Đặc điểm		Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	40,3
	Nữ	59,7
Tuổi trung bình, năm	$54,1 \pm 13,2$	
Nhóm tuổi	20-40	17,3
	41-60	48,2
	> 60	34,5
Nơi cư trú	Thành phố Biên Hòa	88,1
	Khu vực lân cận	11,9
Nghề nghiệp	Nghỉ hưu	41,2
	Nội trợ	22,6
	Công nhân	21,7
Bệnh chính được chỉ định NSAID	Đau căng cơ	72,1
	Thoái hóa khớp	72,1
	Viêm thần kinh ngoại biên	64,2
	Bệnh khác	40,3
Bệnh kèm	Viêm dạ dày	68,4
	Tăng huyết áp	37,2
	Rối loạn lipid huyết	26,1

Bậc liều của NSAID được chỉ định (liều thấp, liều trung bình, liều cao) được xác định dựa vào tài liệu của Chou R. và cộng sự [2]. Trong các loại NSAID được dùng cho BN thì NSAID thuộc nhóm 1 được sử dụng nhiều nhất (90,2%), trong đó chủ yếu là dexibuprofen (66,8%); đa số BN được chỉ định sử dụng NSAID liều trung bình (88,9%) với thời gian sử dụng dài nhất là 15 ngày, ngắn nhất là 2 ngày. Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu được kê đơn sử dụng phối hợp 2 hoặc nhiều NSAID (Bảng 3)

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng NSAID của bệnh nhân

Nhóm	Thuốc	Liều thấp, %	Liều trung bình, %	Liều cao, %	Tổng, %	Thời gian dùng trung bình, ngày
Nhóm 1	Aceclofenac	0	8,4	0	8,4	7,89
	Dexibuprofen	1,3	65,5	0	66,8	8,42
	Flurbiprofen	0	0	1,3	1,3	9,33
	Naproxen	0	7,1	0	7,1	7,94
	Tenoxicam	0	6,6	0	6,6	7,5
Nhóm 2	Celecoxib	0	0,4	0	0,4	7
	Etodolac	5,8	0	0	5,8	9,21
	Meloxicam	0	0	2,7	2,7	7,5
Nhóm 3	Etoricoxib	0	0,9	0	0,9	10,50

Bệnh nhân có nguy cơ trên đường tiêu hóa từ 1 điểm trở lên chiếm 74,3%, BN có nguy cơ tim mạch từ 1 điểm trở lên chiếm 71,2%. Kết quả được thể hiện qua bảng 4.

Bảng 4. Nguy cơ tiêu hóa và tim mạch ở bệnh nhân được chỉ định sử dụng NSAID

Nguy cơ	Điểm nguy cơ	Nguy cơ tiêu hóa (Tỷ lệ %)	Nguy cơ tim mạch (Tỷ lệ %)
Thấp (0 điểm)	0	25,7	28,8

Trung bình (1 điểm)	1	8,8	31
Cao (> 1 điểm)	2	32,7	9,7
	3	23,5	8,4
	4	9,3	13,7
	5		7,5
	6		0,9

Tình hình sử dụng NSAID: Việc sử dụng NSAID trên bệnh nhân có nguy cơ tiêu hóa, tim mạch và thuốc dùng bảo vệ niêm mạc dạ dày trên bệnh nhân có nguy cơ trên đường tiêu hóa được chỉ định NSAID được trình bày ở bảng 5.

Bảng 5. Việc sử dụng NSAID trên bệnh nhân có nguy cơ tiêu hóa và tim mạch

	Điểm nguy cơ	Tần số	NSAID nhóm 1 (Tỷ lệ %)	NSAID nhóm 2 (Tỷ lệ %)
Nguy cơ tiêu hóa	Thấp (0 điểm)	58	67,2	32,8
	Trung bình (1 điểm)	20	100	0
	Cao (> 1 điểm)	146	99,3	0,7
Nguy cơ tim mạch	Thấp (0 điểm)	65	87,7	12,3
	Trung bình (1 điểm)	70	84,3	15,7
	Cao (> 1 điểm)	89	98,9	1,1
Nguy cơ tiêu hoá kèm tim mạch		128	99,2	0,8

Đa số các bệnh nhân đều được sử dụng thuốc bảo vệ dạ dày (179/226 bệnh nhân, 79,2%), trong đó nhóm có nguy cơ tiêu hoá thấp có tỷ lệ dùng thuốc bảo vệ dạ dày là 79,3%, nhóm có nguy cơ trung bình 35% và nguy cơ cao là 86,3%, $p > 0,05$. Các biện pháp bảo vệ dạ dày dùng trên 179 bệnh nhân, bao gồm: Thuốc ức chế bơm proton (72,1%), antacid (12,8%), thuốc ức chế bơm proton + ức chế chọn lọc COX 2 (10,6%), thuốc ức chế bơm proton + antacid 1,7%, NSAID chọn lọc COX 2 (1,7%) và antacid + ức chế chọn lọc COX 2 (1,1%).

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu trên 40 tuổi (82,7%) với tỷ lệ nữ nhiều hơn nam. Bệnh chính được chỉ định NSAID là viêm căng cơ, thoái hóa khớp, viêm thần kinh ngoại biên. Bệnh kèm phổ biến nhất là viêm dạ dày. Trong một nghiên cứu ở Anh, việc sử dụng NSAID và đặc biệt là sử dụng để điều trị bệnh mạn tính sẽ tăng theo độ tuổi, tuổi càng cao việc sử dụng sẽ càng nhiều [7], trong khi đó, bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn là đối tượng nghỉ hưu và nội trợ, do đó độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu thường trên 40 tuổi, đồng thời bệnh nhân càng lớn tuổi thì nguy cơ mắc các bệnh như thoái hóa khớp, đau căng cơ càng tăng.

Đa số bệnh nhân được chỉ định NSAID thuộc nhóm 1 (90,2%), trong đó dexibuprofen được sử dụng nhiều nhất với 66,8%. Tỷ lệ sử dụng thuốc NSAID ức chế chọn lọc COX-2 thấp có thể do nhóm bệnh nhân dùng thuốc có tỷ lệ mắc bệnh kèm là các bệnh lý liên quan đến tim mạch khá cao. Theo nghiên cứu của Lanas A., trong số

3.647 bệnh nhân bị tăng huyết áp không kiểm soát được thì có 82% bệnh nhân đang dùng NSAID với tỷ lệ sử dụng NSAID không chọn lọc (48,4%) cao hơn NSAID ức chế chọn lọc COX-2 (33,6%) [4]. Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn đối tượng là người trung niên và đa số có các nguy cơ cao trên tiêu hóa và tim mạch, do đó tỷ lệ bệnh nhân dùng NSAID liều trung bình khá cao (88,9%), trong khi NSAID liều cao chỉ 4% để hạn chế độc tính do NSAID gây ra. Thời gian trung bình dùng thuốc của BN được khảo sát là $8,3 \pm 2,0$ ngày, thời gian sử dụng cao nhất là 7 ngày (60,6%), tiếp theo là 10 ngày (32,3%); Với các trường hợp hơn 10 ngày chỉ chiếm một tỷ lệ thấp (6,6%); về thời gian dùng thuốc, theo khuyến cáo, thời gian tối đa khi dùng NSAID trong điều trị kháng viêm và giảm đau là 10 ngày, đối với điều trị sốt là 3 ngày, do đó nghiên cứu của chúng tôi đa số thời gian dùng là phù hợp.

Về nguy cơ tiêu hóa và tim mạch ở BN được chỉ định sử dụng NSAID, tỷ lệ BN có nguy cơ tiêu hóa từ 1 điểm trở lên chiếm 74,3%. Điều này có thể lý giải là do nhóm BN đến khám đa số là sử dụng NSAID thường xuyên điều trị bệnh mạn tính và đặc biệt là sử dụng nhóm 1 nên dễ có nguy cơ tiêu hóa cao hơn.

Tương tự, bệnh nhân có nguy cơ tim mạch từ 1 điểm trở lên chiếm 71,2% có thể là do đa số các BN được khảo sát ở tuổi trung niên và đa số đều mắc các bệnh kèm có ảnh hưởng đến nguy cơ tim mạch. Tỷ lệ nhóm BN có nguy cơ tiêu hóa trung bình hoặc cao được chỉ định sử dụng NSAID nhóm 1 cao hơn nhóm nguy cơ tiêu hóa thấp. Kết quả nghiên cứu có sự khác biệt so với

các nghiên cứu liên quan trên thế giới. Theo nghiên cứu của Lanas A. và cộng sự, ở những BN có nguy cơ tiêu hóa cao thì tỷ lệ sử dụng NSAID ức chế chọn lọc COX-2 cao hơn so với nguy cơ thấp và trung bình ($p < 0,0001$) [4]. Ngoài ra theo một nghiên cứu khác của Layton D. thì nguy cơ tiêu hóa cao có mối liên quan với việc chỉ định sử dụng NSAID ức chế chọn lọc COX-2 (38,1%) [5].

Đối với bệnh nhân có nguy cơ trên tim mạch cao được ưu tiên chỉ định sử dụng NSAID nhóm 1 nhiều hơn. Kết quả này không có sự khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Lanas A., các NSAID không chọn lọc thường được kê đơn ở những người có nguy cơ tim mạch cao (48,4% trong 82% được chỉ định NSAID bị tăng huyết áp không kiểm soát) [4]. Hiện nay, có khá nhiều bằng chứng từ các nghiên cứu khác trên thế giới đã cho thấy việc sử dụng NSAID ức chế chọn lọc COX-2 làm tăng nguy cơ gây nhồi máu cơ tim và đột quỵ [2]. Vì vậy việc sử dụng NSAID ức chế chọn lọc COX-2 cho nhóm BN có nguy cơ tim mạch cần hạn chế.

Hơn 50% bệnh nhân vừa có nguy cơ tiêu hóa và tim mạch được ưu tiên chỉ định nhóm 1 (99,2%) hơn so với nhóm 2 (0,8%). Theo kết quả nghiên cứu của Lanas A., có 49% BN có cả 2 yếu tố nguy cơ được chỉ định NSAID không chọn lọc kèm PPI thay vì điều trị bằng NSAID ức chế chọn lọc COX-2 kèm PPI, còn 51% còn lại được kê các thuốc giảm đau khác ngoài NSAID [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN được dự phòng các nguy cơ trên tiêu hóa bằng các biện pháp như phối hợp NSAID với các thuốc bảo vệ dạ dày (79,2%), dùng NSAID ức chế chọn lọc COX-2. Kết quả cho thấy việc sử dụng thuốc bảo vệ dạ dày chưa được quan tâm đúng mức. Tương tự với một số kết quả nghiên cứu khác trên thế giới, theo nghiên cứu của Sturkenboom M., trong số các BN sử dụng NSAID thì chỉ có 7,9% nhận được biện pháp dự phòng trong đó có 6,6% BN được sử dụng thuốc đối kháng thụ thể H₂, misoprostol hoặc ức chế bơm proton và 1,3% BN được sử dụng NSAID ức chế chọn lọc COX-2 tại thời điểm kê đơn [6]. Biện pháp dự phòng được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là phối hợp NSAID không chọn lọc với thuốc ức chế bơm proton (72,1%), Tỷ lệ biện pháp dự phòng bằng cách sử dụng NSAID ức chế chọn lọc COX-2 vẫn còn thấp (13,4%), nguyên nhân có thể xuất phát từ nhóm BN này có nguy cơ tim mạch khá cao nên việc dùng NSAID ức chế chọn lọc COX-2 vẫn còn hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát trên 226 bệnh nhân, nghiên cứu đã góp phần cho thấy tình hình sử dụng thuốc NSAID trên đối tượng có nguy cơ trên đường tiêu hóa, tim mạch; cụ thể có hơn 70% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có nguy cơ trung bình đến cao trên đường tiêu hóa và/hoặc tim mạch, phần lớn nhóm bệnh nhân này được chỉ định NSAID nhóm 1 kèm thêm thuốc ức chế bơm proton bảo vệ dạ dày. Việc sử dụng NSAID trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu tương đối phù hợp, có sự đánh giá nguy cơ trên đường tiêu hóa và tim mạch cho bệnh nhân trước khi điều trị. Từ đó, góp phần vào lựa chọn NSAID phù hợp, an toàn và hiệu quả trên bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Conaghan P.G. (2012), "A turbulent decade for NSAIDs: update on current concepts of classification, epidemiology, comparative efficacy, and toxicity", *Rheumatology international*, 32(6), pp. 1491-1502.
2. Chou R, Helfand M, Peterson K, Dana T, Roberts C. (2006), "Comparative effectiveness and safety of analgesics for osteoarthritis", Agency for Healthcare Research and Quality (US), No. 4.
3. Lanas A, Tornero J, Zamorano JL. (2010), "Assessment of gastrointestinal and cardiovascular risk in patients with osteoarthritis who require NSAIDs: the LOGICA study", *Annals of the rheumatic diseases*, 69(8), pp. 1453-1458.
4. Lanas Angel, Guillermo Garcia-Tell, Beatriz Armada, and Angel Oteo-Alvaro (2011), "Prescription patterns and appropriateness of NSAID therapy according to gastrointestinal risk and cardiovascular history in patients with diagnoses of osteoarthritis", *BMC medicine*, 9(1), p. 38.
5. Layton D, Souverein PC, Heerdink ER, Shakir SA, Egberts AC. (2008), "Evaluation of risk profiles for gastrointestinal and cardiovascular adverse effects in nonselective NSAIDs and COX-2 inhibitor users", *Drug safety*, 31(2), pp. 143-158.
6. Sturkenboom MC, Burke TA, Dieleman JP, Tangelder MJ, Lee F, Goldstein JL. (2003), "Underutilization of preventive strategies in patients receiving NSAIDs", *Rheumatology*, 42(suppl_3), pp. iii23-iii31.
7. Temporelli P.L. et al (2014), "Nonsteroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and risk of cardiovascular events. Literature review and clinical implications", *Monaldi Archives for Chest Disease*, 82(3), pp. 165-170.
8. Warner TD, Giuliano F, Vojnovic I, Bukasa A, Mitchell JA, Vane JR. (1999), "Nonsteroid drug selectivities for cyclo-oxygenase-1 rather than cyclo-oxygenase-2 are associated with human gastrointestinal toxicity: a full in vitro analysis", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96(13), pp. 7563-7568.

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ ĐỘ SÂU TIỀN PHÒNG VÀ TRỤC NHÃN CẦU TRÊN MẮT CẬN THỊ Ở LỨA TUỔI THANH NIÊN

Nguyễn Thị Thu Hiền*, Nguyễn Thị Thanh Dung**, Bùi Thị Vân Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ số độ sâu tiền phòng, trục nhãn cầu và tìm hiểu mối liên quan giữa các chỉ số độ sâu tiền phòng, trục nhãn cầu, mức độ cận thị ở lứa tuổi thanh niên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, nghiên cứu được thực hiện ở 418 mắt (209 bệnh nhân), tuổi từ 18 đến 30 được chẩn đoán là tật cận thị. **Kết quả:** Độ cận trung bình là $-4.85 \pm 1.99D$. Độ sâu tiền phòng trung bình là $3,30 \pm 0,243mm$. Trục nhãn cầu trung bình là $25,68 \pm 1,09 mm$. Độ sâu tiền phòng và mức độ cận thị không có tương quan tuyến tính với nhau ($r=0,019$ và $p>0,05$). Trục nhãn cầu và mức độ cận thị có mối tương quan chặt chẽ với nhau ($r=-0,742$ và $p<0,001$). Hai chỉ số độ sâu tiền phòng và trục nhãn cầu có mối tương quan tuyến tính đồng biến rất yếu ($r=0,144$ và $p<0,05$). **Kết luận:** Mức độ cận thị không liên quan đến độ sâu tiền phòng, nhưng mức độ cận thị liên quan chặt chẽ với trục nhãn cầu. Trục nhãn cầu trên bệnh nhân cận thị là một chỉ số quan trọng giúp cho chẩn đoán, tiên lượng và điều trị cận thị.

Từ khóa: cận thị, độ sâu tiền phòng, trục nhãn cầu.

SUMMARY

ASSESSMENT OF ANTERIOR CHAMBER DEPTH AND AXIS LENGTH ON MYOPIC EYE AT ADOLESCENCE

Objective: Assessment of anterior chamber depth (ACD), axis length (AL) and finding relationships between ACD, AL, myopia in adolescence. **Research methods:** descriptive study, the study was conducted in 418 eyes (209 patients) were diagnosed myopia. **Results:** The average myopia was $-4.85 \pm 1.99D$. The average ACD was $3,30 \pm 0,243mm$. The average AL was $25,68 \pm 1,09mm$. ACD and myopia degree are not a statistically significant association ($r=0,019$; $p>0,05$). AL and myopia degree are a closely statistically significant association ($r=-0,742$; $p<0,001$). ACD and AL are a loosely statistically significant association ($r=0,144$; $p<0,05$). **Conclusion:** Myopia degree does not relate to ACD, but relates closely to AL. The Measuring the AL on patients with myopia is important for the diagnosis, the prognosis and treatment of myopia.

Key words: myopia, anterior chamber depth (ACD), axis length (AL).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ là một trong những nguyên nhân chính gây giảm thị lực ở nhiều nước trên thế giới

cũng như ở Việt Nam. Cận thị là loại tật khúc xạ hay gặp nhất, chiếm khoảng 25% tổng dân số trên thế giới. Theo nghiên cứu của tác giả Dương Hoàng Ân và cộng sự năm 2014 trên nhóm đối tượng sinh viên năm thứ nhất tại trường Đại học Thăng Long cho thấy tỷ lệ cận thị lên tới 61,62%. Tỷ lệ cận thị cao ở nhóm tuổi từ 18 đến 30 hiện đang là vấn đề đáng lo ngại bởi sẽ ảnh hưởng lớn đến quá trình học tập, lao động và tạo thành gánh nặng cho bản thân người cận thị, gia đình và cho xã hội. Vì vậy việc can thiệp, điều trị cận thị cần được quan tâm thích đáng.

Hiện nay có rất nhiều phương pháp điều trị cận thị: đeo kính (kính gọng, kính tiếp xúc, ortho-K...) và phẫu thuật (phẫu thuật trên bề mặt giác mạc và phẫu thuật nội nhãn). Đặc biệt ở lứa tuổi thanh niên khi độ cận thị đã ổn định, có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật để điều trị vĩnh viễn tật cận thị. Để lựa chọn được phương pháp điều trị tối ưu nhất cho từng đối tượng, bác sĩ nhãn khoa sẽ phải cân nhắc các yếu tố: tuổi, mức độ cận thị, một số chỉ số của mắt như độ dày giác mạc, khúc xạ giác mạc, chiều dài trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng... và nhu cầu của người bệnh. Theo nhiều nghiên cứu của tác giả trong nước cũng như nước ngoài, các chỉ số sinh học của mắt (trục nhãn cầu, khúc xạ giác mạc...) có mối liên quan với tình trạng cận thị. Dựa vào mối liên quan giữa các chỉ số này và mức độ cận thị giúp cho các phẫu thuật viên khúc xạ có thể tư vấn cho bệnh nhân ở lứa tuổi thanh niên lựa chọn được phương pháp điều trị thích hợp, đồng thời tiên lượng được kết quả của phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Đánh giá các chỉ số: độ sâu tiền phòng và trục nhãn cầu trên mắt cận thị ở lứa tuổi thanh niên.*

2. *Tìm hiểu mối liên quan giữa các chỉ số: độ sâu tiền phòng, trục nhãn cầu và mức độ cận thị ở lứa tuổi thanh niên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân lứa tuổi thanh niên được chẩn đoán là tật cận thị tại khoa khúc xạ bệnh viện Mắt Quốc tế DND từ tháng 10/2016 đến tháng 10/2017 với các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có độ tuổi từ 18 đến 30, độ cận từ -0.50 trở lên đồng ý tham

*Bệnh viện Mắt Trung Ương

**Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: thuhienvnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2019

Ngày duyệt bài: 29.01.2019

gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các tổn thương thực thể tại mắt: sẹo giác mạc, bong võng mạc, lác, sụp mi...

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả

Cách chọn mẫu: chọn toàn bộ mắt nằm trong tiêu chuẩn nghiên cứu từ thời gian bắt đầu nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng mắt theo công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu, đã chọn ra được 418 mắt trên 209 bệnh nhân.

Phương tiện nghiên cứu: máy chiếu thị lực, hộp thử kính, máy đo khúc xạ tự động, máy soi bóng đồng tử, máy soi đáy mắt, máy sinh hiển vi khám bệnh, máy chụp bản đồ giác mạc Schwind Sirius, máy siêu âm B, thuốc Cyclogyl 1%, bệnh án nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: mỗi bệnh nhân đến khám có một bệnh án nghiên cứu để thu thập các thông tin cần thiết như: tên, tuổi, giới tính, địa chỉ.

Bước 2: thực hiện các bước khám nghiệm

Thử thị lực bằng bảng thị lực, thử kính lỗ khi thị lực không kính từ 20/40 trở xuống.

Đo khúc xạ bằng khúc xạ kế tự động.

Đo khúc xạ soi bóng đồng tử sau tra thuốc Cyclogyl 1%

Đo khúc xạ chủ quan cầu tối ưu và trụ Jackson

Soi đáy mắt bằng máy soi đáy mắt trực tiếp

Đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc bằng máy siêu âm B

Đo độ dày giác mạc và khúc xạ giác mạc bằng máy chụp bản đồ giác mạc Schwind Sirius.

Đo trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng bằng máy Zeiss IOLMaster.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm chung: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 209 bệnh nhân gồm 418 mắt cận thị. Tuổi của bệnh nhân trong khoảng từ 18 đến 30. Độ tuổi trung bình là $21,33 \pm 3,196$. Ở lứa tuổi này thông thường độ cận thị đã ổn định và có thể cân nhắc phẫu thuật điều trị cận thị.

Số bệnh nhân nữ là 117 người chiếm 56% lớn hơn 92 bệnh nhân nam chiếm 44%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Vì vậy không có sự khác biệt về tỷ lệ cận thị giữa nam và nữ.

Tình hình cận thị: Cận thị được chia thành 3 mức độ: 82 mắt cận nhẹ (dưới 3.00D) chiếm 19,6%; 243 mắt cận vừa (từ 3.00 đến 6.00D) chiếm 58,1% và 93 mắt cận nặng (trên 6.00D) chiếm 22,2%.

Độ cận trung bình là $-4.85 \pm 1.99D$. Độ cận trong khoảng từ -0.5D đến -13.25D và chủ yếu

là cận thị mức độ vừa (62,9%).

3.2 Kết quả một số chỉ số sinh học

Độ sâu tiền phòng: Độ sâu tiền phòng có giá trị từ 2,70mm đến 3,99mm. Độ sâu tiền phòng trung bình là $3,30 \pm 0,243$ mm. Giá trị trung bình độ sâu tiền phòng theo mức độ cận thị

Bảng 1: Giá trị trung bình độ sâu tiền phòng theo mức độ cận thị

Mức độ cận thị	Độ sâu tiền phòng ($\bar{X}, SD$)
Nhẹ	$3,34 \pm 0,27$ mm
Trung bình	$3,29 \pm 0,22$ mm
Nặng	$3,31 \pm 0,28$ mm

Độ sâu tiền phòng trung bình của nhóm cận thị nhẹ ($3,34 \pm 0,27$ mm) lớn hơn độ sâu tiền phòng trung bình của nhóm cận thị trung bình ($3,29 \pm 0,22$ mm), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Độ sâu tiền phòng trung bình của nhóm cận thị trung bình ($3,29 \pm 0,22$ mm) lại nhỏ hơn độ sâu tiền phòng trung bình của nhóm cận thị nặng ($3,31 \pm 0,28$ mm), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Độ sâu tiền phòng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn so với độ sâu tiền phòng trung bình của người bình thường trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết năm 2001 ($2,69 \pm 0,02$ mm). Điều này cho thấy độ sâu tiền phòng của mắt cận thị lớn hơn so với mắt bình thường. Ngoài ra độ sâu tiền phòng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của các tác giả nước ngoài như Hosny, Hashemi,... Điều này có thể lý giải là do: nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên người Việt Nam nên kích thước nhãn cầu thường nhỏ hơn người nước ngoài nên độ sâu tiền phòng sẽ ngắn hơn.

Trục nhãn cầu: Chiều dài trục nhãn cầu trung bình là $25,68 \pm 1,09$ mm. Mắt có trục ngắn nhất là 22,65 mm và trục dài nhất là 29,05 mm.

Giá trị trung bình của trục nhãn cầu theo mức độ cận thị

Bảng 2: Giá trị trung bình trục nhãn cầu theo mức độ cận thị

Mức độ cận thị	Chiều dài trục nhãn cầu ($\bar{X}, SD$)
Nhẹ	$24,61 \pm 0,85$ mm
Trung bình	$25,63 \pm 0,78$ mm
Nặng	$26,79 \pm 0,93$ mm

Trong số 418 mắt, chiều dài trục nhãn cầu trung bình của nhóm cận thị nhẹ ($24,61 \pm 0,85$ mm) ngắn hơn chiều dài trục nhãn cầu trung bình của nhóm cận thị trung bình ($25,63 \pm 0,78$ mm) (với $p < 0,001$) và cũng ngắn hơn chiều dài trục nhãn cầu trung bình của nhóm cận thị nặng ($26,79 \pm 0,93$ mm) (với $p < 0,001$).

3.3 Liên quan giữa các chỉ số sinh học và mức độ cận thị

Tương quan giữa độ sâu tiền phòng và độ cận thị: Hai chỉ số độ sâu tiền phòng và độ cận thị không có tương quan tuyến tính với nhau ($r=0,019$ và $p>0,05$). Xét mối tương quan giữa độ sâu tiền phòng và độ cận thị trong từng nhóm mức độ cận ta có bảng.

Bảng 3: Tương quan giữa độ sâu tiền phòng và độ cận thị trong từng nhóm cận thị

Mối tương quan giữa các chỉ số	Cận nhẹ n=82	Cận trung bình n=243	Cận nặng n=93
Độ sâu tiền phòng và độ cận thị	$r = -0,189$ $p=0,090$	$r = -0,063$ $p=0,329$	$r = 0,120$ $p=0,250$

Qua bảng 3 ta thấy ở tất cả các nhóm cận thị: nhẹ, trung bình và nặng đều không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa độ sâu tiền phòng và mức độ cận thị.

Một số nghiên cứu của các tác giả khác lại cho kết quả trái ngược: Đường Thị Anh Thơ(2008), Chen(2009) và Hosny(2000). Những nghiên cứu trên lại cho rằng có một mối tương quan nghịch biến giữa độ sâu tiền phòng và tật khúc xạ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Foster vào cộng sự vào năm 2010 khi nghiên cứu về tật khúc xạ, chiều dài trục nhãn cầu và độ sâu tiền phòng trên người Anh lớn tuổi (từ 48 đến 88 tuổi) cho thấy có mối tương quan nghịch biến giữa độ sâu tiền phòng và khúc xạ ở nhóm bệnh nhân nữ ($p=0,001$) nhưng lại không thấy có mối tương quan nào trong nhóm bệnh nhân nam ($p=0,495$). Với nghiên cứu của chúng tôi, kết quả như vậy có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để tìm ra được mối tương quan giữa độ sâu tiền phòng và độ cận thị.

Tương quan giữa trục nhãn cầu và độ cận thị

Hai chỉ số chiều dài trục nhãn cầu và độ cận thị có mối tương quan nghịch biến chặt chẽ với hệ số tương quan $r = -0,742$ và $p<0,001$. Trục nhãn cầu càng dài thì độ cận càng cao, mối tương quan giữa 2 chỉ số này rất chặt chẽ với phương trình tương quan: $y = -1,358 \cdot x + 30,042$ (x là chiều dài trục nhãn cầu, y là giá trị tuyệt đối cầu tương đương)

Bảng 4. Tương quan giữa trục nhãn cầu và độ cận trong từng nhóm cận thị

Mối tương quan giữa các chỉ số	Cận nhẹ n=82	Cận trung bình n=243	Cận nặng n=93
Trục nhãn cầu và độ cận thị	$r = -0,380$ $p=0,000$	$r = -0,428$ $p=0,000$	$r = -0,595$ $p=0,000$

Khi tìm hiểu mối liên quan giữa chiều dài trục nhãn cầu và độ cận thị ở từng mức độ cận thị

chúng tôi thấy rằng:

Ở mức độ cận thị nhẹ: giữa chiều dài trục nhãn cầu và độ cận thị có mối tương quan tuyến tính nghịch biến với $r=-0,380$ và $p<0,001$.

Ở mức độ cận thị trung bình: chiều dài trục nhãn cầu và độ cận thị có mối tương quan tuyến tính nghịch biến với $r=-0,428$ và $p<0,001$.

Ở mức độ cận thị nặng: chiều dài trục nhãn cầu và độ cận thị có mối tương quan tuyến tính nghịch biến với $r = -0,595$ và $p<0,001$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với những nghiên cứu trước đây của các tác giả khác ở Việt nam như: Đường Thị Anh Thơ (2008)... Tất cả các nghiên cứu trên đều cho kết quả chiều dài trục nhãn cầu trung bình lớn hơn 24mm và mức độ cận càng cao trục nhãn cầu càng dài.

Tương quan giữa độ sâu tiền phòng và trục nhãn cầu trên mắt cận thị: Giữa độ sâu tiền phòng và chiều dài trục nhãn cầu có mối tương quan tuyến tính đồng biến rất yếu với hệ số tương quan $r = 0,144$ và $p < 0.05$.

Bảng 5. Tương quan giữa trục nhãn cầu và độ sâu tiền phòng theo nhóm cận thị

Mối tương quan giữa các chỉ số	Cận nhẹ n=82	Cận trung bình n=243	Cận nặng n=93
Trục nhãn cầu và độ sâu tiền phòng	$r = 0,405$ $p=0,000$	$r = 0,188$ $p=0,003$	$r=0,126$ $p=0,228$

Khi tìm hiểu mối liên quan giữa chiều dài trục nhãn cầu và độ sâu tiền phòng ở từng mức độ cận thị chúng tôi nhận thấy:

Ở mức độ cận thị nhẹ: Có mối tương quan tuyến tính đồng biến giữa chiều dài trục nhãn cầu và độ sâu tiền phòng với $r=0,405$ và $p<0,001$.

Ở mức độ cận thị trung bình: chiều dài trục nhãn cầu và độ sâu tiền phòng có mối tương quan tuyến tính yếu với $r=0,188$ và $p<0,05$.

Ở mức độ cận thị nặng: không tìm thấy mối tương quan giữa chiều dài trục nhãn cầu và độ sâu tiền phòng ($p>0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Độ sâu tiền phòng nhận giá trị từ 2,70mm đến 3,99mm. Độ sâu tiền phòng trung bình là $3,30 \pm 0,243$ mm.

- Chiều dài trục nhãn cầu trung bình là $25,68 \pm 1,09$ mm. Mắt có trục ngắn nhất là 22,65mm và trục dài nhất là 29.05mm.

- Không có mối tương quan giữa độ sâu tiền phòng với độ cận thị (với $r=0,019$ và $p=0,697$).

- Chiều dài trục nhãn cầu có mối tương quan chặt chẽ với độ cận thị ($r=-0,742$ và $p<0,0001$).

- Chiều dài trục nhãn cầu và độ sâu tiền phòng có mối tương quan tuyến tính đồng biến ($r = 0,144$ và $p = 0,003$). Xét trong từng nhóm cận thị, trục nhãn cầu và độ sâu tiền phòng có tương quan trong nhóm cận nhẹ và trung bình, mối tương quan mạnh hơn ở nhóm cận nặng ($r = 0,405$). Không có tương quan trong nhóm cận thị nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen M.-J., Liu Y.-T., Tsai C.-C., et al. (2009). Relationship between central corneal thickness, refractive error, corneal curvature, anterior chamber depth and axial length. *J Chin Med Assoc*, 72(3), 133–137.
2. Dương Hoàng Ân, Nguyễn Bạch Ngọc, và Đinh Minh Anh (2014). Thực trạng cận thị của tân sinh viên trường đại học Thăng Long năm 2013-2014 và một số yếu tố ảnh hưởng. *Kỷ Yếu Công Trình Khoa Học 2014*, 2, 160–167.
3. Dương Thị Anh Thơ (2008). Khảo sát một số chỉ số sinh học mắt trẻ em có tật khúc xạ, Luận văn thạc

sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

4. Foster P.J., Broadway D.C., Hayat S., et al. (2010). Refractive error, axial length and anterior chamber depth of the eye in British adults: the EPIC-Norfolk Eye Study. *Br J Ophthalmol*, 94(7), 827–830.
5. Hashemi H., Yazdani K., Mehravaran S., et al. (2005). Anterior Chamber Depth Measurement With A-Scan Ultrasonography, Orbscan II, and IOLMaster. *Optom Vis Sci*, 82(10), 900–904.
6. Hosny M., Alio J.L., Claramonte P., et al. (2000). Relationship between anterior chamber depth, refractive state, corneal diameter, and axial length. *J Refract Surg Thorofare NJ* 1995, 16(3), 336–340.
7. Nguyễn Thị Tuyết (2002). Nghiên cứu sự tương quan giữa độ sâu tiền phòng, bề dày thể thủy tinh, chiều dài trục nhãn cầu trên mắt glôcôm góc đóng nguyên phát và mắt bình thường ở người Việt Nam trưởng thành, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA CHỤP MẠCH HUỖNH QUANG NGAY TRONG MỔ KHI PHẪU THUẬT PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO

Nguyễn Thế Hào*, Phạm Quỳnh Trang*, Trần Trung Kiên*

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá vai trò của chụp mạch huỳnh quang trong mổ (ICG) để kiểm tra tồn dư túi phình hay tắc mạch máu sau phẫu thuật kẹp phình động mạch não. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu 9 trường hợp chụp mạch não kiểm tra sau mổ kẹp cổ túi phình, tại Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2017 đến 10/2018. **Kết quả:** Tuổi thay đổi từ 43 đến 78 tuổi. Giới: gồm 5 nữ và 4 nam Vị trí túi phình: thông trước 33,3%, cảnh trong 44,5% và não giữa 22,2%. Không có biến chứng liên quan với chụp ICG kiểm tra. Kết quả đạt tốt ở 88,9% bệnh nhân, 11,1% còn hình ảnh tồn dư túi phình, phải chỉnh lại clip và đặt thêm clip, không có bệnh nhân nào có tắc mạch xuyên và hẹp động mạch mang. Túi phình ĐM cảnh trong ở cạnh mỏm yên trước, túi phình có kích thước lớn và có vỡ túi phình trong mổ thì có tỉ lệ cao bị biến chứng tắc ĐMN hoặc tồn dư túi phình. **Kết luận:** Chụp ICG kiểm tra trong mổ khi kẹp phình ĐMN là phương pháp an toàn, hiệu quả và không có biến chứng, có thể đánh giá ngay những tồn tại về mặt giải phẫu, từ đó cần điều chỉnh lại vị trí clip, thêm vào hay loại bớt để đảm bảo kết quả tốt hơn.

SUMMARY

EVALUATING ROLE OF INDOCYANINE GREEN VIDEOANGIOGRAPHY IN

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hào

Email: ngthehao2002@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2019

Ngày duyệt bài: 29.01.2019

INTRACRANIAL ANEURYSM SURGERY

Objective: The study evaluates role of indocyanine green videoangiography (ICG) in cerebral aneurysm surgery. **Methods:** Prospective study of 9 cases of ICG in intracranial aneurysms surgery admitted to the Bach Mai hospital between 8/2017 and 10/2018. **Results:** Female/Male: 1.2/1. Aneurysm site includes 33.3% at ACoA, 44.5% at ICA and 22.2% at MCA. No neurologic complications are determined in patients being examined by ICG. The ICG detects residual aneurysm in 11,1% patients who demands clip adjustment. No stenosis and no occlusions of parents vessels, perforating arteries are detected. **Conclusions:** The ICG in intracranial aneurysm surgery can be performed safely, can detect the unexpected anatomic findings in post-clipping intracranial aneurysms that lead to the clip adjustment or clip supplement for patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chụp mạch não huỳnh quang trong mổ (Indocyanine green-ICG) với kính vi phẫu thể hệ mới có chế độ chụp ghi hình huỳnh quang sau khi tiêm chất nhuộm xanh indocyanine đã được sử dụng ở nhiều trung tâm lớn trong phẫu thuật phình mạch não. Đây là phương pháp cho phép đánh giá dòng chảy trong động mạch mang, các nhánh bên và các mạch xuyên cũng như đánh giá còn phần tồn dư túi phình sau khi kẹp. Trong phẫu thuật phình mạch não, không phải lúc nào cũng dễ dàng đặt được các clip vào cổ túi phình, để loại bỏ hoàn toàn túi phình và đảm bảo sự lưu thông toàn vẹn của hệ thống mạch máu não,

do những khó khăn gặp phải trong mổ như: vị trí, kích thước, yếu tố giải phẫu túi phình, vỡ túi phình trong mổ, kinh nghiệm phẫu thuật viên... Mặc dù có sự tiến bộ của các kỹ thuật cao ở các trung tâm phẫu thuật mạch máu não trên thế giới, thì tỉ lệ tồn dư túi phình sau mổ dường như tương đối hằng định từ 4-8%. Tỉ lệ chảy máu tái phát của phần túi phình tồn dư được đánh giá tới xấp xỉ 4% [1],[2],[5]. Trên thế giới, có nhiều phương pháp đã được áp dụng trong mổ như: chụp ĐMN, siêu âm Doppler với đầu dò siêu nhỏ, nội soi sau kẹp phình... nhằm phát hiện ngay trong mổ những biến chứng phẫu thuật, để phẫu thuật viên có thể điều chỉnh lại vị trí của clip, và đạt kết quả tốt hơn. Việc sử dụng chụp mạch não huỳnh quang trong mổ như là một phương pháp bổ sung cho những thăm dò trong mổ, bên cạnh những ưu điểm mà phương pháp này đem lại, còn có một số nhược điểm. Tại Bệnh viện Bạch Mai, chụp ICG kiểm tra trong mổ sau khi đặt clip vào cổ túi phình với hệ thống kính vi phẫu Pentero 900 đã được thực hiện từ 8/2017. Chúng tôi tổng kết lại những trường hợp chụp ICG nhằm đánh giá vai trò của chụp ICG kiểm tra và hiệu quả của phẫu thuật kẹp cổ túi phình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 9 bệnh nhân được phẫu thuật phình ĐMN vỡ có chụp ICG kiểm tra trong mổ bằng hệ thống kính vi phẫu Pentero 900, tại khoa Phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 8/2017 đến tháng 10/2018.

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

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, vị trí túi phình được chụp kiểm tra, các biến chứng xảy ra trong và sau khi chụp, kết quả chụp: không còn túi phình hay còn tồn dư túi phình, hệ mạch máu não toàn vẹn hay bị tắc các ĐMN, các yếu tố liên quan với chỉ định chụp ICG.

Phương pháp thực hiện: Bệnh nhân được chuẩn bị mổ như thông thường, các bước phẫu thuật được thực hiện theo đúng quy trình. Sau khi đặt xong clip và mở đáy túi phình kiểm tra không còn chảy máu, thì chúng tôi tiến hành chụp mạch máu huỳnh quang kiểm tra ngay trong mổ. Phẫu trường được cầm máu và rửa sạch máu, và được soi dưới kính vi phẫu Pentero 900 chuyển sang sử dụng nguồn sáng gần với tia hồng ngoại, chất nhuộm xanh được tiêm vào tĩnh mạch và quan sát dưới kính. Một lọ 25mg chất nhuộm ICG được tiêm vào tĩnh mạch ngoại vi, quan sát dưới kính vi phẫu Pentero 900 đặt chế độ ghi hình mạch ICG. Chụp ICG được thực hiện ở 9 bệnh nhân, không có biến chứng. Trong

trường hợp có hẹp các ĐM hay tồn dư túi phình được thấy trên ICG thì cần chỉnh sửa lại vị trí clip, hay đặt thêm các clip và một ICG khác được thực hiện. Sau khi nhận định kết quả chụp tốt, các bước phẫu thuật lại tiếp tục thực hiện như thường quy

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

9 bệnh nhân mổ phình ĐMN vỡ tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian 8/2017 - 10/2018, được chụp ICG kiểm tra ngay trong mổ.

1. Tuổi thay đổi từ 43 đến 78 tuổi.

Giới: gồm 5 nữ và 4 nam

2. Vị trí túi phình đã mổ được chụp ĐMN kiểm tra:

Vị trí túi phình	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
ĐM thông trước	3	33,3%
ĐM cảnh trong	4	44,5%
ĐM não giữa	2	22,2%

4. Các biến chứng của chụp ICG kiểm tra: Không có bệnh nhân nào bị sốc thuốc, không có trường hợp nào bị biến chứng liên quan với thuốc chụp khi chụp ICG kiểm tra.

4. Kết quả chụp ĐMN kiểm tra: Đánh giá trên videoangiography chụp huỳnh quang kiểm tra cho thấy phẫu thuật đạt kết quả tốt ở 8 bệnh nhân (88,9%), 1 bệnh nhân (11,1%) còn hình ảnh tồn dư túi phình, phải chỉnh lại clip và đặt thêm clip, không có bệnh nhân nào có tắc mạch xuyên và không có bệnh nhân nào hẹp động mạch mang mà cần điều chỉnh clip ngay trong mổ.

5. Các yếu tố liên quan với chỉ định chụp ICG trong mổ ở 9 bệnh nhân:

Các yếu tố	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Khó quan sát phần đáy túi	3	33,3%
Kích thước lớn	2	22,2%
Cổ túi phình rộng	1	11,1%
Túi phình có mạch bên	2	22,2%
Vỡ túi phình trong mổ	2	22,2%
Rách động mạch não	1	11,1%

Chúng tôi nhận thấy rằng túi phình ĐM cảnh trong ở cạnh mỏm yên trước, túi phình có kích thước lớn và có vỡ túi phình trong mổ thì có tỉ lệ cao bị biến chứng tắc ĐMN hoặc tồn dư túi phình nên chúng tôi đã thực hiện ở những đối tượng này.

IV. BÀN LUẬN

Chụp mạch não huỳnh quang trong mổ đã được sử dụng trên thế giới lâu. Trong phẫu thuật phình mạch não, đây là phương pháp cho phép đánh giá trong mổ dòng chảy trong động mạch mang, các nhánh bên và các động mạch xuyên cũng như đánh giá phần tồn dư túi phình sau khi kẹp. Năm 1967, William Feindel đã sử dụng chất

huỳnh quang trong chụp mạch não ở Viện thần kinh Montreal. Wrobel và cộng sự đã sử dụng nó để đánh giá ngay trong mổ kẹp phình ĐMN năm 1994. Đến năm 2003 Raabe và cộng sự [5] đã sử dụng chụp ICG để đánh giá bài bản trong mổ với kính vi phẫu có chế độ chụp huỳnh quang. Mặc dù có sự tiến bộ của các kỹ thuật cao của các trung tâm PTTK, phẫu thuật mạch máu não trên thế giới, tỉ lệ tồn dư túi phình sau mổ dường như tương đối hằng định từ 4-8%. Tỉ lệ chảy máu tái phát của phần túi phình tồn dư được đánh giá tới xấp xỉ 4%. Chụp DSA là một giải pháp có thể giảm được các nguy cơ này nhưng lại tương đối khó thực hiện và mất thời gian, không thực hiện được ở mọi trung tâm PTTK và có thể có thêm những nguy cơ khác khi chụp mạch [2]. Hơn nữa DSA không cho thấy các ĐM xuyên, cái mà có thể xảy ra mà không quan sát thấy trong khi kẹp phình ở gần như tất cả các vị trí. Thực tế, chụp ĐMN là một thủ thuật phức tạp và gây sang chấn cho người bệnh, trong một số trường hợp có thể xảy ra biến chứng trong và sau khi chụp. Tỉ lệ biến chứng liên quan đến DSA được đánh giá từ 1-1,3% [3],[4]. Các biến chứng thần kinh gồm giảm thị lực, yếu nửa người, nói khó, nhìn đôi, chóng mặt, dấu hiệu nystagmus... có tính chất tạm thời, hoặc một số tồn tại vĩnh viễn. Các biến chứng khác như: chảy máu và khối máu tụ ở vị trí chọc catheter, dị ứng, tắc mạch chi... rất ít gặp. Để giảm tỉ lệ này, cũng như củng cố niềm tin của bệnh nhân đối với phương pháp phẫu thuật khi mổ những túi phình được phát hiện khi chưa vỡ, còn hơn nữa là sự cần thiết có một phương pháp đánh giá tương tự như DSA trong mổ để tránh tồn dư túi phình hoặc kẹp không hoàn toàn và tắc các ĐM mang, nhánh bên hay nhánh xuyên, thì chụp ICG có thể đáp ứng được phần nào yêu cầu này. Chúng tôi thực hiện chụp ICG cho 9 bệnh nhân, những đánh giá ban đầu trên chụp huỳnh quang kiểm tra cho thấy phẫu thuật đạt kết quả tốt ở 8 bệnh nhân (88,9%), 1 bệnh nhân (11,1%) còn hình ảnh tồn dư túi phình, phải chỉnh lại clip và đặt thêm clip, không có bệnh nhân nào có tắc mạch xuyên và không có bệnh nhân nào hẹp động mạch mang mà cần điều chỉnh clip ngay trong mổ. Theo y văn, khi áp dụng chụp ICG, tỉ lệ clip thêm vào từ 2-38% và tồn dư túi phình 2-61%, và tắc ĐM xuyên được xác định từ 1-8,1%. Trong nghiên cứu của Roessler và cộng sự [1] cho thấy với ICG thì 9% bệnh nhân phải đặt lại clip và 4,5% phải đặt thêm 1 hoặc hơn một clip để loại bỏ phần tồn dư túi phình. Vì vậy tác giả kết luận gần 1/6 bệnh nhân được hưởng lợi từ kỹ thuật này khi thực hiện ICG thường quy trong

phẫu thuật phình mạch não, và ICG còn chính xác hơn siêu âm Doppler mạch máu vì tất cả bệnh nhân phải đặt lại clip đã có kết quả siêu âm Doppler trong mổ không có gì đặc biệt. Chụp mạch huỳnh quang trong mổ với chất nhuộm xanh ICG được Raabe và cộng sự mô tả [5] trong phẫu thuật phình mạch dùng để phân tích thời điểm thực ngay trong mổ dòng máu trong các động mạch não và các tĩnh mạch để đánh giá sự toàn vẹn trong và sau khi kẹp phình. Bằng chụp ICG, hiện tượng tắc hay hẹp lòng mạch được phát hiện và xử lý trong vòng 3-5 phút bằng cách chỉnh lại clip trong mổ vì vậy giảm tỉ lệ thiếu sót thần kinh do thiếu máu sau mổ. Nói chung tỉ lệ điều chỉnh clip thay đổi lớn từ 2-38% sau khi chụp ICG đã được báo cáo kể từ khi kỹ thuật này được sử dụng. Sự thay đổi lớn này có thể do số lượng bệnh nhân ít, nhóm bệnh nhân không đồng nhất, và kỹ thuật này được thực hiện không hệ thống trong các nghiên cứu trước, vì vậy lợi ích của ICG vẫn còn bàn cãi. Thêm nữa, ICG lại khó đánh giá những trường hợp đặt clip không tốt, và tồn dư. ICG rất khó nhìn thấy tất cả các phần của phẫu trường sau khi đặt clip nhất là những phần khuất sau ĐM mang, hay sau clip. ICG cũng khó phát hiện vùng có dòng chảy chậm trong lòng mạch, như phần đáy túi phình còn lại khi kẹp không hết. Thực tế, theo Roessler và cộng sự, thì khi chụp DSA sau mổ kiểm tra thì có tới 9,1% những trường hợp đặt thành công clip trên chụp ICG trong mổ vẫn còn tồn dư túi phình ở vùng cổ túi. Vì vậy, tác giả khuyên nên mở đáy túi phình để phát hiện những túi phình kẹp không hết. Chụp DSA sau mổ khi phẫu thuật viên không chắc chắn túi phình đã được loại bỏ hoàn toàn.

Nhưng ICG có ưu điểm, so với DSA trong mổ thì ICG không đắt, dễ thực hiện và ít biến chứng dù có thực hiện nhiều lần trong một phẫu thuật, tốn ít thời gian trong mổ. Theo Roessler và cộng sự [1] thì chất lượng hình ảnh không khác biệt đối với những vị trí túi phình ở sâu hay ở nông và không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ clip được đặt thêm ở những vị trí túi phình được thăm dò. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi thăm dò ICG sau kẹp túi phình ở các vị trí khác nhau như: thông trước 33,3%, cảnh trong 44,5% và não giữa 22,2% cũng không thấy sự khác biệt. Nhưng trong y văn đã cho thấy những phình mạch thông trước ở sâu hơn phình ĐM não giữa thì làm giảm lợi ích của ICG. Phân tích những yếu tố nguy cơ có thể thấy được ở 9 bệnh nhân cần chụp ICG trong mổ chúng tôi nhận thấy túi phình động mạch cảnh trong ở cạnh mỏm yên trước, túi phình có kích thước lớn và có

vỡ túi phình trong mổ thì có tỉ lệ cao bị biến chứng tắc ĐMN hoặc tồn dư túi phình, nên ưu tiên chụp ICG.

V. KẾT LUẬN

Chụp ICG kiểm tra trong mổ là phương pháp an toàn, hiệu quả và không có biến chứng, có thể đánh giá kết quả ngay trong mổ khi kẹp cổ túi phình ĐMN, cho phép phát hiện những tồn tại về mặt giải phẫu, từ đó cần điều chỉnh vị trí clip, thêm vào hay loại bớt để đảm bảo kết quả tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roessler.K, Krawagna.M, Dorfler.A, et al (2014), «Essentials in intraoperative indocyanine green videoangiography assessment for intracranial aneurysm surgery: conclusions from

295 consecutively clipped aneurysms and review of the literature », Neurosurg Focus, 36 (2), E7.

2. Washington.CW, Zippel.GJ, Chicoine.MR, et al(2013), « Comparing indocyanine green videoangiography to the gold standard of intraoperative digital subtraction angiography used in aneurysm surgery », J.Neurosurg, 118, 420-427.
3. Chiang.VI; Gailloud.P; Murphy.Kj (2002): Routine intraoperative angiography during aneurysm surgery. J. Neurosurg, 96, 988-992.
4. Klopfenstein.J.D, Spetzler.R.F, Kim.L.J (2004), "Comparison of routine and selective use of intraoperative angiography during aneurysm surgery: a prospective assessment", J.Neurosurg, 100, 230-235.
5. Raabe.A, Nakaji.P, Beck.J, Kim.LJ et al (2005), "Prospective evaluation of surgical microscope-integrated intraoperative near-infrared indocyanine green videoangiography during aneurysm surgery", J.Neurosurg, 103, 982-909.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO BURKHOLDERIA CEPACIA

Trần Viết Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân (BN) nhiễm khuẩn huyết (NKH) do Burkholderia Cepacia. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu 41 BN nhiễm khuẩn huyết do B. cepacia đáp ứng đúng tiêu chuẩn chọn, xác định các yếu tố tiên lượng nặng. **Kết quả và kết luận:** Chưa có sự khác biệt giữa 2 nhóm về tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý nền, nhiễm khuẩn bệnh viện và một số triệu chứng như khởi phát sốt từ từ, sốt cao, sốt dao động, có rét run, gan to và viêm phổi, tăng bạch cầu, tăng CRP. Một số yếu tố tiên lượng nặng trên nhóm BN nhiễm khuẩn huyết do B. cepacia là Sốc nhiễm khuẩn, Suy hô hấp, Giảm tiểu cầu <150 G/L và PCT tăng cao >10ng/mL.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, Burkholderia Cepacia, Yếu tố tiên lượng nặng.

SUMMARY

STUDY ON VALUE OF SOME SEVERE PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH BURKHOLDERIA CEPACIA SEPTICEMIA

Objectives: Evaluate the Value of some severe Pronostic Factors in Patients with Burkholderia Cepacia Septicemia. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 41 sepsis patients with B. cepacia at 103 hospital and Friendship hospital, during period from 1/2012 to tháng 6/2016 to determine some severe prognostic factors. **Results and conclusion:**

There is no difference between the two groups in the rate of patients with underlying diseases, hospital acquired infection, and some symptoms such as gradual onset of fever, high fever, fluctuating fever, fever with chills, enlarged liver and pneumonia, leucopenia, elevated CRP. Some severe prognostic factors in patients with septicemia due to B. cepacia include septic shock, respiratory failure, thrombocytopenia <150 G/L and elevated PCT> 10ng/ml

Keywords: Septicemia, Burkholderia Cepacia, The severe prognostic factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Burkholderia cepacia (B. cepacia), trước đây còn được gọi là Pseudomonas cepacia, là tên gọi của một phức hợp vi khuẩn phân bố rộng khắp trong môi trường tự nhiên, có thể tồn tại hàng tháng trong môi trường nước, chất khử trùng, dược phẩm, và nhiều loại dung dịch tiêm truyền. Trong vòng 2 thập kỷ gần đây, B. cepacia nổi lên là một tác nhân nguy hiểm gây bệnh ở người với tỷ lệ tử vong cao do viêm phổi hoại tử và nhiễm khuẩn huyết.

Nhiễm khuẩn huyết do B. cepacia thường được chẩn đoán ở những bệnh nhân xơ nang, suy giảm miễn dịch hoặc bệnh nhân nằm viện, với bệnh cảnh lâm sàng của bệnh rất đa dạng, phức tạp, tỷ lệ tử vong cao. Trong những năm gần đây, tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về tình hình nhiễm B. cepacia. Nhưng các nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào tỷ lệ, phân bố và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn mà ít có nghiên cứu về yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do B. cepacia. Xuất

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Tiến

Email: tientv@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2019

Ngày duyệt bài: 29.01.2019

phát từ những thực trạng trên, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu "*Nghiên cứu giá trị các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do Burkholderia Cepacia*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 41 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *B. cepacia* nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 (33 bệnh nhân) và Bệnh viện Hữu nghị (8 bệnh nhân) từ tháng 01/2012 đến tháng 6/ 2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết dựa theo đồng thuận của Hội nghị quốc tế về nhiễm khuẩn huyết (2001) [3]:

- Có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống: ít nhất 2 trong 4 tiêu chuẩn sau (trong đó có 1 tiêu chuẩn bắt buộc là có bất thường về thân nhiệt hoặc bạch cầu trong máu ngoại vi)

- + Nhiệt độ tăng > 38°C hoặc < 36°C
- + Tần số tim > 90 lần/phút
- + Tần số thở > 20 lần/phút hoặc PaCO₂ < 32mmHg
- + Bạch cầu > 12000 hoặc < 4000/mm³, hoặc > 10% bạch cầu non
- + Cây máu phân lập được vi khuẩn *B. cepacia*
- Bệnh nhân > 18 tuổi

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có kết quả cấy máu (+) với nhiều loại vi sinh vật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu cho các trường hợp đủ tiêu chuẩn. Hồi cứu các trường hợp nhiễm khuẩn huyết do *B. Cepacia* nhập viện và điều trị từ 01/2012 – 12/2015 (37 bệnh nhân). Tiến cứu các trường hợp nhiễm khuẩn huyết do *B. Cepacia* nhập viện và điều trị từ 01/2016 – 06/2016 (4 bệnh nhân).

Dựa vào kết quả điều trị, bệnh nhân được

chia làm 2 nhóm:

- Nhóm điều trị khỏi (có 28 bệnh nhân):
 - + Cắt sốt hoàn toàn
 - + Không còn các triệu chứng của nhiễm khuẩn huyết
 - + Kết quả cấy máu lại âm tính
- Nhóm nặng, tử vong (có 13 bệnh nhân):
 - + Bệnh nhân tử vong tại viện
 - + Bệnh nhân nặng, nguy cơ tử vong, gia đình xin ra viện

Xử lý số liệu: phần mềm thống kê trong y học SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Mối liên quan giữa một vài đặc điểm lâm sàng với kết quả điều trị

Bảng 1. Mối liên quan giữa sốc và suy hô hấp với kết quả điều trị

Kết quả điều trị \ Yếu tố nguy cơ	Nặng, tử vong (n=13)	Khỏi (n=28)	p
Sốc nhiễm khuẩn	6/13 (46,2%)	3/28 (10,7%)	< 0,05
Suy hô hấp	10/13 (76,9%)	3/28 (10,7%)	< 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ BN sốc nhiễm khuẩn trong nhóm nặng và tử vong chiếm 46,2% cao hơn so với tỷ lệ BN có sốc nhiễm khuẩn trong nhóm điều trị khỏi (10,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ BN suy hô hấp ở nhóm nặng, tử vong chiếm 76,9% cao hơn so với tỷ lệ BN suy hô hấp trong nhóm điều trị khỏi (10,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy sốc nhiễm khuẩn và suy hô hấp là 2 biến chứng nguy hiểm của NKH, khi xuất hiện các biến chứng này sẽ làm tăng nguy cơ nặng và tử vong của BN. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Huang và cộng sự [2].

Bảng 2. Liên quan giữa bệnh lý nền, nguồn nhiễm khuẩn với kết quả điều trị

Bệnh nền, nguồn truyền nhiễm	Kết quả điều trị	Nặng, tử vong (n=13)	Khỏi (n=28)	p
Bệnh lý nền	Có	12/13(92,3%)	21/28(75%)	>0,05
	Không	1/13(7,7%)	7/28(25%)	
Nguồn truyền nhiễm	Cộng đồng	5/13(38,5%)	19/28(67,9%)	>0,05
	Bệnh viện	8/13(61,5%)	9/28(32,1%)	

Nhận xét: Tỷ lệ BN có bệnh lý nền trong nhóm nặng và tử vong chiếm 92,3%; trong khi đó tỷ lệ BN có bệnh lý nền ở nhóm điều trị khỏi là 75%. Khi so sánh tỷ lệ này giữa 2 nhóm chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Như vậy bệnh lý nền là yếu tố thuận lợi cho phát sinh nhiễm khuẩn huyết do *B. cepacia*. Nhưng các bệnh lý nền có làm tăng nguy cơ nặng và tử vong

của BN nhiễm khuẩn huyết *B. cepacia* hay không thì cần phải được nghiên cứu thêm.

Tỷ lệ NKH cộng đồng trong nhóm nặng, tử vong chiếm 38,5%; trong nhóm điều trị khỏi chiếm 67,9%. So sánh nguồn nhiễm khuẩn giữa 2 nhóm chưa thấy sự khác biệt với p>0,05. Điều này chứng tỏ nguồn nhiễm khuẩn chưa phải là yếu tố có giá trị tiên lượng kết quả điều trị bệnh. Kết quả nghiên

cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Huang và cs [2].

Bảng 3. Liên quan một số biểu hiện lâm sàng với kết quả điều trị

Triệu chứng	Nặng, tử vong (n=13)	Khỏi (n=28)	p
Khởi phát sốt từ từ	9/13 (62,9%)	13/28 (46,4%)	>0,05
Sốt dao động	7/13 (53,8%)	16/28 (57,1%)	>0,05
Sốt rét run	5/13 (38,5%)	19/28 (67,9%)	>0,05
Sốt cao	5/13 (38,5%)	20/28 (71,4%)	>0,05
Gan to	2/13 (15,4%)	3/28 (10,7%)	>0,05
Viêm phổi	8/13 (61,5%)	17/28 (60,7%)	>0,05

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có khởi phát sốt từ từ, sốt cao, sốt dao động, rét run ở nhóm nặng, tử vong không thấy có sự khác biệt so với nhóm điều trị khỏi ($p > 0,05$). Như vậy các tính chất của sốt chưa phải là yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *B. cepacia*. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Huang và cộng sự [2].

Khi so sánh tỷ lệ BN có gan to và viêm phổi giữa nhóm nặng, tử vong và nhóm điều trị khỏi, chúng tôi nhận thấy sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy gan to và viêm phổi cũng chưa phải là yếu tố tiên lượng nặng.

3.2. Mối liên quan giữa một vài đặc điểm cận lâm sàng với kết quả điều trị

Bảng 4. Liên quan một số biến đổi huyết học với kết quả điều trị

Xét nghiệm	Nặng, tử vong	Khỏi	p
Tiểu cầu < 150 G/L	8/11 (72,7%)	5/25 (20%)	<0,05
Hemoglobin < 120 g/L	9/11 (81,8%)	14/25 (56%)	>0,05
Bạch cầu > 10 G/L	11/12 (91,7%)	20/27 (71,4%)	>0,05

Nhận xét: Khi đánh giá bạch cầu chúng tôi loại ra 2 BN có bệnh máu. Khi đánh giá hemoglobin và tiểu cầu chúng tôi loại ra thêm 2 BN xơ gan và 1 bệnh nhân ung thư gan. Tỷ lệ BN giảm tiểu cầu ở nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa so với nhóm điều trị khỏi. Tỷ lệ BN thiếu máu và tăng bạch cầu giữa 2 nhóm chưa thấy có sự khác biệt.

Bảng 5. Liên quan một số biến đổi sinh

hóa với kết quả điều trị

Xét nghiệm	Nặng, tử vong	Khỏi	p
AST $\geq$ 80 U/L	6/12 (50%)	6/26 (23,1%)	>0,05
ALT $\geq$ 80 U/L	4/12 (33,3%)	6/26 (23,1%)	>0,05
Tăng Ure máu	3/13 (23,1%)	10/26 (38,5%)	>0,05
Tăng creatinin máu	4/13 (30,8%)	8/26 (30,8%)	>0,05
CRP > 100 mg/L	6/11 (54,5%)	13/25 (52%)	>0,05
PCT > 10 ng/mL	7/8 (87,5%)	3/19 (15,9%)	<0,05

Nhận xét: So sánh kết quả xét nghiệm enzym gan, ure, creatinin giữa 2 nhóm nặng, tử vong và điều trị khỏi chúng tôi nhận thấy sự khác biệt về tỷ lệ tăng enzym AST, ALT, tăng ure, tăng creatinin ở hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy tăng enzym gan, tăng ure, tăng creatinin chưa phải là yếu tố có giá trị tiên lượng nặng ở BN nhiễm khuẩn huyết do *B. cepacia*.

Tỷ lệ BN có nồng độ CRP tăng cao trong máu giữa 2 nhóm nặng, tử vong và điều trị khỏi là tương đương nhau. Sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ PCT trong máu tăng cao ở nhóm nặng, tử vong lại cao hơn hẳn so với nhóm điều trị khỏi (87,5% so với 15,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, PCT là yếu tố rất có giá trị tiên lượng mức độ nặng của nhiễm khuẩn huyết do *B. cepacia*. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Xuân Trường [1].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về các yếu tố tiên lượng nặng trên 41BN nhiễm khuẩn huyết do *B. cepacia*, chúng tôi nhận thấy rằng một số yếu tố tiên lượng nặng trên nhóm BN nghiên cứu là: Sốc nhiễm khuẩn, suy hô hấp, giảm tiểu cầu <150G/L, PCT tăng cao >10ng/mL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Xuân Trường (2009), "Giá trị chẩn đoán và tiên lượng của Procalcitonin huyết thanh trong nhiễm trùng huyết", *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số 1(tập 13), tr. 213 - 241.
2. Huang C. H., et al. (2001), "Characteristics of patients with Burkholderia cepacia bacteremia", *J Microbiol Immunol Infect*, Sep; 34 (3), 215-9.
3. Levy M., et al. (2001), "SCCM/ ESICM/ ACCP/ATS/ SIS international sepsis definitions conference", *Crit Care Med*, 2003.

PHÂN TÍCH MỨC TIÊU THỤ 86 CHẤT DINH DƯỠNG TẠI 300 HỘ GIA ĐÌNH NĂM 2017

Lê Trần Ngoan^{1,5}, Phạm Văn Phú¹, Nguyễn Quang Dũng¹,
Trần Hiếu Học¹, Phạm Thị Oanh², Nguyễn Thanh Bình³,
Đinh Thị Minh¹, Nguyễn Thu Hoài¹, Phạm Thị Hà Phương¹,
Trịnh Thị Đức Hạnh¹, Lâm Văn Chiến¹, Lê Xuân Hưng¹, Phan Văn Cần⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức tiêu thụ 86 chất dinh dưỡng tại hộ gia đình năm 2017 theo nhóm thực phẩm ở một số tỉnh ở miền Bắc nước ta. **Phương pháp:** Điều tra mô cắt ngang đối với mức tiêu thụ thực phẩm bằng mẫu phiếu hồi ghi 24 giờ cho 3 ngày liên tục. Điều tra viên thu thập số liệu tại hộ gia đình bằng phỏng vấn trực tiếp. Trung bình lượng thực phẩm cho 1 khẩu phần ăn/ngày được tính, sau đó quy đổi sang 86 loại chất dinh dưỡng bằng Excel và Stata. **Kết quả:** Các nhóm thực phẩm cung cấp số lượng các chất dinh dưỡng bao gồm gạo: 49, lương thực khác: 41, lương thực dạng củ: 40, đậu-đỗ-hạt: 59, rau dạng lá và quả: 61, trái cây: 53, thịt đỏ: 55, thịt gia cầm: 51, hải sản: 47, trứng: 55, sữa và chế phẩm: 55, mắm-muối-gia vị: 36, đồ uống có cồn: 29. Chất đạm động vật cung cấp cao nhất là nhóm thịt đỏ 21,7gam, sau đó hải sản 8,0gam và thịt gia cầm 4,3 gam. Chất béo được cung cấp cao nhất từ thịt đỏ 17,3 gam, đậu-đỗ-hạt 5,2 gam, thịt gia cầm 3,5 gam, sữa và chế phẩm 2,9 gam, hải sản 1,7gam. **Kết luận:** Các nhóm thực phẩm nghèo chất dinh dưỡng nên hạn chế dùng là mắm-muối-gia vị (cung cấp muối ăn chủ yếu) và đồ uống có cồn nên hạn chế dùng vì chúng làm tăng nguy cơ mắc và tử vong do các bệnh không lây nhiễm.

Từ khóa: Điều tra dinh dưỡng, hộ gia đình, mô tả cắt ngang, tiêu thụ 86 chất dinh dưỡng

SUMMARY

ESTIMATED 86 NUTRIENTS INTAKE BASED ON 300 HOUSEHOLDS SURVEY IN 2017

Objectives: To examine 86 nutrients intake in 300 household by a nutritional survey of 24-hour recall food consumption in the North populations. **Methods:** Cross-sectional household, house-to-house selection, survey of 24-hour recall food intake for a consecutive 3-day by using the designed data collection form made by the National Nutrition Institute were applied. Average intake amount of each food items were estimated per person per day. Then, nutrients (86 types) were converted from all food items for each

person per day, based on the Vietnamese food composition table version 2007, in using Excel and STATA 10. **Results:** Number of nutrients contributed by polished rice: 49; cereal and products: 41; starchy root and products: 40; pulses, nuts, seeds and products: 59; vegetables: 61; fruits: 53; meat and meat products (red meat): 55; poultry meat: 51; seafood: 47; eggs: 55; milk and milk products: 55; condiments, traditional sauces: 36; beverage and liquor: 29. The highest contributed animal protein was red meat 21,7 gam, followed by seafood 8,0 gam and poultry 4,3 gam. Fat was majority contributed by red meat 17,3 gam, pulses, nuts, seeds and products 5,2 gam, poultry 3,5 gam, milk and milk products 2,9 gam, seafood 1,7 gam. **Conclusion:** Two groups of condiments, traditional sauces and beverage and liquor would be limited to use because they were recognized to increase the risk of non-communicable diseases.

Keywords: Nutritional survey, household, cross-sectional, intake of 86 nutrients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong lịch sử sức khỏe nhân loại, nhiều bệnh được ghi nhận do thiếu hụt một loại chất dinh dưỡng cụ thể nào đó, ví dụ thiếu vitamin B1 gây bệnh "Beriberi" hay thiếu vitamin C gây bệnh "Scurvy", thiếu vitamin A gây bệnh khô mắt, thiếu vitamin D hạn chế phát triển thể lực trẻ em, gây chân vòng kiềng (Park's Textbook of Preventive and Social Medicine, 23rd Edition, 2015)¹. Dinh dưỡng đủ Canxi có tác dụng phòng bệnh ung thư đại-trực tràng và dinh dưỡng đủ vitamin C có tác dụng phòng chống hầu hết các bệnh ung thư². Bảng thành phần các chất dinh dưỡng ở nước ta có 86 chất dinh dưỡng, tuy vậy, các nghiên cứu truyền thống và điều tra Dinh dưỡng Quốc gia³, thường chỉ phân tích và công bố mức tiêu thụ các chất dinh dưỡng chính có liên quan suy dinh dưỡng hay thừa cân béo phì. Có rất ít công trình nghiên cứu công bố mức tiêu thụ toàn bộ 86 chất dinh dưỡng ở nước ta, tính cho đến thời điểm hiện nay. **Mục tiêu:** Mô tả mức tiêu thụ 86 chất dinh dưỡng tại hộ gia đình năm 2017 theo nhóm thực phẩm ở một số tỉnh ở miền Bắc nước ta bằng điều tra hồi ghi 24 giờ tiêu thụ thực phẩm tại hộ gia đình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Điều tra mô cắt ngang đối với mức tiêu thụ thực phẩm trong 24 giờ cho 3 ngày liên tục được

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K, cơ sở Tam Hiệp

³Ban quản lý An toàn Thực phẩm tỉnh Bắc Ninh,

⁴Tổng cục Thống kê

⁵School of Medicine, International University of Health and Welfare, Japan

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trần Ngoan

Email: letngoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2019

Ngày duyệt bài: 28.01.2019

thiết kế³. Để điều tra được các thực phẩm có khoảng 4,5% (0,0450) số người trong cộng đồng sử dụng, giả định: $p = 0,0450$;

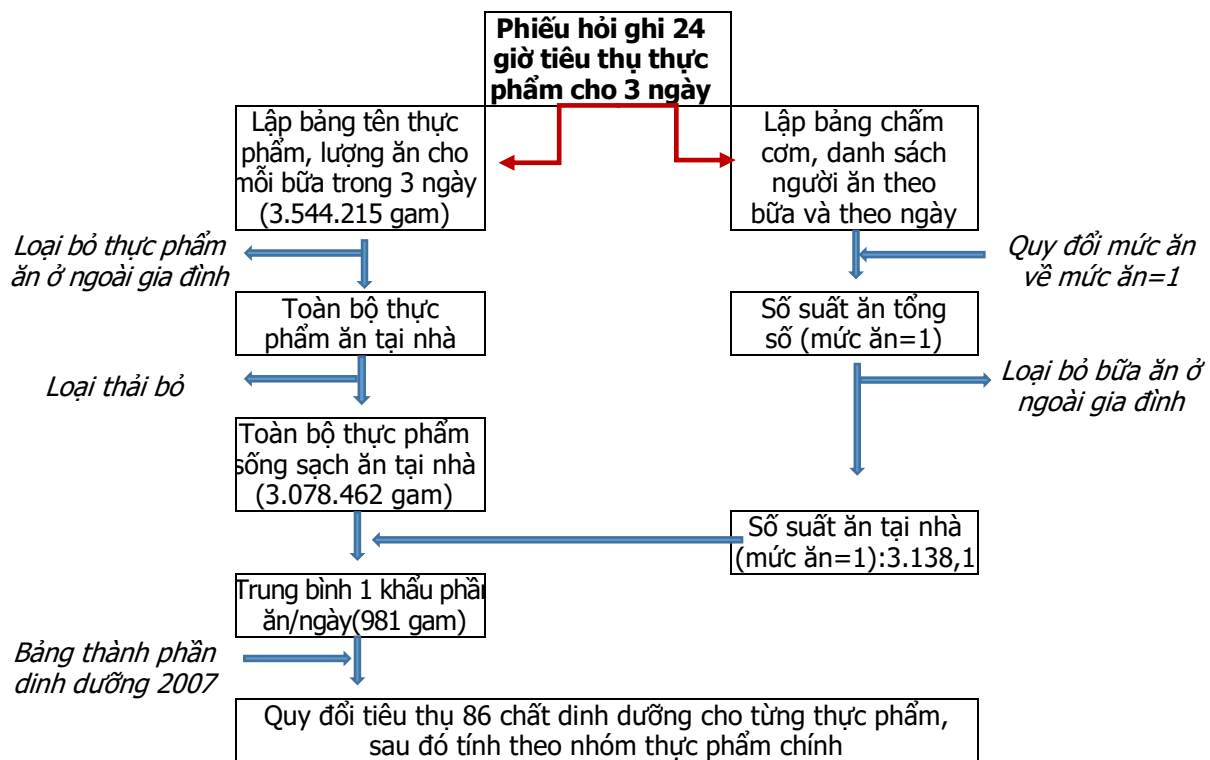
$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96; d=0.0115.$$

Thay vào công thức ta được cỡ mẫu 1248, làm tròn thành 1300 cá nhân, để dự phòng có một số phiếu không bảo đảm chất lượng. Hiện nay, quy mô khoảng 4,3 người sống trong 1 gia đình, do đó, chúng tôi điều tra khoảng 300 hộ gia đình cho nghiên cứu này. Chọn nhà liền nhà liên tục, kể từ nhà đầu tiên, tại 3 xã thuộc 3 tỉnh Hà Nam, Hưng Yên và Bắc Ninh. Công thức tính

cỡ mẫu cho tính tỷ lệ⁴:

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

Phiếu hỏi ghi tiêu thụ thực phẩm trong 24 giờ của Viện Dinh dưỡng được áp dụng³. Điều tra viên là cử nhân Y tế Công cộng, cử nhân dinh dưỡng, cán bộ trường Đại học Y Hà Nội được tập huấn lý thuyết, thực hành cho thành thạo việc thu thập số liệu. Điều tra viên cùng cán bộ trạm Y tế xã thăm hộ gia đình, sau khi được gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu, trả lời các câu hỏi trực tiếp cho điều tra viên.



Hình 1. Sơ đồ phân tích số liệu cho điều tra hỏi ghi 24 giờ tiêu thụ thực phẩm tại hộ gia đình

Toàn bộ các thực phẩm được các hộ gia đình tiêu thụ được quy về sống sạch, chỉ tính thực phẩm ăn tại nhà, chia cho tổng số suất ăn để tính mức ăn trung bình cho 1 khẩu phần/ngày, sau đó cho phân tích quy đổi sang 86 loại chất dinh dưỡng. Toàn bộ thực phẩm sống sạch ăn tại nhà là 3.078.462 gam. Mỗi người trong gia đình được chấm cho các bữa ăn trong ngày (1) ăn sáng bữa chính và phụ, (2) ăn trưa bữa chính và phụ, (3) ăn tối bữa chính và phụ. Căn đối mức ăn theo tuổi và giới như sau: trẻ 0-<4 tuổi mức ăn 0,4; 4-<7 tuổi mức ăn 0,6; 7-<11 tuổi mức ăn 0,8; 11-<15 tuổi mức ăn 1,0; 15-<18 tuổi mức ăn 1,2 (Nam) và 1,1 (Nữ); 18-<61 tuổi

mức ăn 1,0 (Nam); 18-<61 tuổi mức ăn 0,9 (Nữ); 61+ tuổi, mức ăn 0,8; phụ nữ có thai hoặc cho con bú, mức ăn 1,4. Số suất ăn tại nhà (mức ăn=1) có tổng số 3.138,1 (Hình 1). Số liệu được nhập vào Excel, sau đó phân tích trong STATA. Toàn bộ các loại thực phẩm sống sạch của 1 khẩu phần/ngày được chuyển đổi sang 86 chất dinh dưỡng theo bảng thành phần các chất dinh dưỡng năm 2007 của Viện Dinh Dưỡng cho từng loại thực phẩm³. Các nhóm thực phẩm chính bao gồm gạo, lương thực khác, lương thực dạng củ, đậu-đỗ-hạt, rau dạng lá và quả, trái cây, thịt đỏ thịt gia cầm, hải sản, trứng, sữa và chế phẩm, mỡ-muối-gia vị, đồ uống có cồn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 3 ngày tại 300 hộ gia đình có 3989 lần/người được chăm sóc theo các mức ăn 0,4 (349 cháu 0-<4); 0,6 (301 cháu 4-<7); 0,8 (266 cháu 7-<11); 1,0 (235 cháu 11-<15); 1,2 (63 nam 15-<18); 1,1 (69 nữ 15-<18); 1,0 (1081

nam 18-<61); 0,9 (1165 nữ 18-<61); và 0,8 (460 61+). Tổng số có 3138,1 xuất ăn tại nhà và 278,9 xuất ăn ngoài nhà, Bảng 1. Tổng trọng lượng thực phẩm đã quy về sống sạch tiêu thụ tại nhà là 3.078.462 gam, trung bình một khẩu phần ăn người lớn trong 1 ngày là 981 gam.

Bảng 1. Bảng chăm sóc 3 ngày ăn liên tiếp tại 300 hộ gia đình

Nhóm tuổi	Nam				Nữ				Tổng số	
	Số	%	Mức ăn	Suất ăn	Số	%	Mức ăn	Suất ăn	Số	Suất ăn
0-<4	196	10,0	0,4	78,4	153	7,5	0,4	61,2	349	139,6
4-<7	182	9,3	0,6	109,2	119	5,9	0,6	71,4	301	180,6
7-<11	119	6,1	0,8	95,2	147	7,2	0,8	117,6	266	212,8
11-<15	113	5,8	1,0	113,0	122	6,0	1,0	122,0	235	235,0
15-<18	63	3,2	1,2	75,6	69	3,4	1,1	75,9	132	151,5
18-<61	1081	55,3	1,0	1081,0	1165	57,3	0,9	1048,5	2246	2129,5
61+	202	10,3	0,8	161,6	258	12,7	0,8	206,4	460	368,0
Tổng số	1956	100		1714,0	2033	100		1703,0	3989	3417,0
Ăn ở nhà (dùng cho quy đổi sang 86 chất dinh dưỡng tiêu thụ tại gia đình):									3138,1	
Ăn ở ngoài nhà:									278,9	

Có 9 chất không tính được mức tiêu thụ, cho kết quả "Zero", bao gồm các chất arachidic, B9, dososahex, eicosapen, lignoceric, maltoza, margaric, myristolei, sumtrans. Có 9 chất tính được mức tiêu thụ 0,1-1,1 gam/mgày, bao gồm các chất galactosa, behenic, arachidoni, sacaroza, linolenic, palmitolei, glucoza, lactoza, fructoza. Có 4 chất tính được mức tiêu thụ 0,8-1,6 mili-gam/ngày, bao gồm vitamin B2, B1, B6, và chất glycerin (Bảng 2).

Bảng 2. Các chất dinh dưỡng theo nhóm thực phẩm

Chất dinh dưỡng	Đơn vị	Gạo tẻ máy	Lượng thực khác	Lượng thực dạng củ	Đậu, đỗ hạt	Rau dạng lá, quả	Trái cây	Thịt đỏ	Thịt gia cầm	Hải sản	Trứng	Sữa và chế phẩm	Mắm, muối, gia vị	Đồ uống có cồn	Tổng số
Lượng ăn	g	330,9	64,6	12,3	58,2	192,9	72,2	117,9	22,4	43,6	16,4	29,7	5,3	5,2	981
Nước	g	46,3	24,6	8,1	43,2	177,9	62,7	77,4	14,3	33,1	11,6	19,5	3,8	3,7	527,5
Năng lượng	kcal	1138,5	160,2	16	82,7	48,6	33,2	243,4	49	47,5	28,8	53	2,3	9,7	1971,9
protein	g	26,1	4,3	0,2	7	4,6	0,5	21,7	4,3	8	2,3	2,8	0,2	0	82,8
lipid	g	3,3	0,5	0	5,2	0,4	0,1	17,3	3,5	1,7	2,1	2,9	0	0	42,7
glucid	g	251,2	34,6	3,8	2	6,6	7,5	0,2	0	0,1	0,2	4	0,3	0,1	312
celluloza	g	1,3	0,2	0,1	0,4	2,9	0,9	0	0	0	0	0	0,1	0	6
tro	g	2,6	0,4	0,1	0,5	2,3	0,4	1,3	0,2	0,8	0,3	0,6	0,9	0	10,6
Tổng đường	g	0	0	0	0	2,4	2,5	0	0	0	0,1	4	0	0	9
galactosa	g	0	0	0	0	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1
maltoza	g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lactoza	g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,1	0	0	1,1
fructoza	g	0	0	0	0	0,6	0,5	0	0	0	0	0	0	0	1,1
glucoza	g	0	0	0	0	0,6	0,4	0	0	0	0	0	0	0	1
sacaroza	g	0	0	0	0	0,1	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0,4
calc	mg	99,3	15,7	3,4	26,2	155,8	14,9	11,3	3	69,8	10,7	95,6	2,1	0,1	509,2
Sắt	mg	4,3	0,6	0,1	1,4	3,2	0,6	1,5	0,4	0,3	0,5	0,1	0	0	13,2
magie	mg	46,3	3,5	6,9	30,9	52	11,1	25,1	5,3	4	2,1	9,7	5	0,1	202,3
mangan	mg	3	0,1	0	0,4	1,5	0,2	0	0	0	0	0	0	0	5,2
phospho	mg	344,2	55,3	7,3	73,1	76,7	15,6	186,7	41,3	80,7	34,6	79	0,6	0,5	1000,1
kali	mg	797,6	40,4	34,2	100,4	521,8	148,9	316,6	45	51,5	32,8	128,6	10,2	0,5	2229,9
natri	mg	16,5	0,9	1,3	6,2	48,4	5,5	68,1	15,1	21,1	26,3	107,1	292,4	0,1	609
Kẽm	mg	5	0,3	0	0,6	1	0,2	2,4	0,3	0,2	0,1	0,3	0	0	10,5
Đồng	µg	761,2	36,8	19,8	167,7	240,3	78,6	126	26,6	17,1	8,9	10,3	2,5	0,1	1496,2

selen	µg	105.2	0.3	0.2	4.4	2.4	0.3	25.6	3.4	3	5.1	1.5	0.3	0	151.7
C	mg	0	0.2	1.3	0.1	75.5	36.7	1.4	0.9	0	0	0.9	0.1	0	117.5
B1	mg	0.3	0	0	0.1	0.2	0	0.7	0	0	0	0	0	0	1.4
B2	mg	0.1	0	0	0	0.2	0	0.2	0	0	0.1	0.1	0	0	0.8
PP	mg	5.3	0.7	0.2	1	1.4	0.3	3.8	1.5	0.4	0	0.1	0.1	0	14.8
B5	mg	4.4	0	0	0.2	0.3	0.1	0.8	0.2	0.1	0.3	0.2	0	0	6.6
B6	mg	0.5	0	0	0.1	0.2	0	0.5	0.1	0	0	0	0	0	1.6
folat	µg	29.8	0.8	1.6	28.7	189.1	7.8	5.8	4.1	1.6	9.7	3.8	1.4	0.1	284.4
B9	µg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H	µg	9.9	0	0	0.1	1.2	0.3	2.5	0	0	1.8	1	0	0.1	17
B12	µg	0	0	0	0	0	0	1.2	0.1	0.6	0.5	0.3	0	0	2.9
A	µg	0	0	0	0	0	0	31.9	50.6	30.6	89.5	34	0.1	0	238.2
D	µg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0.8	0	0	0.9
E	µg	0	0	0	0.5	1.8	0.1	0	0.1	0.1	0.2	0	0	0	3.3
K	µg	0	0	0.2	0.3	417.9	0.4	0	0.5	0	0.1	0.2	0	0	419.7
bcroten	µg	0	0.1	4.2	1.1	6416.6	85.4	0	0	0	6.8	8	0	0	6522.9
acaroten	µg	0	0	0	0	75.9	1.9	0	0	0	0	0	0	0	77.9
bcriptoxan	µg	0	0	0.2	0	71	75.6	0	0	0	1	0	0	0	149.1
lycopen	µg	0	0	0	0	220.7	358.5	0	0	0	0	0	0	0	579.2
luteinzeax	µg	0	1	0.8	0	9322.7	16.7	0	0	0	40.6	0	0	0	9382.6
purin	mg	0	0.8	1	35.9	37.6	3.6	83.9	9.1	13.6	0	0	0	0	185.5
sumisoflav	mg	0	0	0	11.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11.7
daidzein	mg	0	0	0	4.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.5
genistein	mg	0	0	0	6.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.7
glycetin	mg	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
sumadidno	g	0.5	0	0	0.7	0.1	0	5	1.1	0.1	0.5	1.6	0	0	10.7
palmitic	g	0.5	0	0	0.5	0	0	3.1	0.8	0.1	0.4	0.7	0	0	6.7
margaric	g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
stearic	g	0	0	0	0.2	0	0	1.6	0.3	0	0.1	0.3	0	0	2.7
arachidic	g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
behenic	g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1
lignoceric	g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sumadidno1	g	0.6	0	0	1.8	0	0	6.3	1.6	0.2	0.5	0.8	0	0	13.8
myristolei	g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
palmitolei	g	0	0	0	0	0	0	0.4	0.2	0.1	0.1	0.1	0	0	0.9
oleic	g	0.6	0	0	1.8	0	0	5.8	1.4	0.1	0.7	0.6	0	0	12.8
sumadidno2	g	0.5	0	0	2.2	0.2	0	1.4	0.7	0.1	0.2	0.1	0	0	6.5
linoleic	g	0.4	0	0	2.1	0.1	0	1.2	0.6	0	0.1	0.1	0	0	5.7
linolenic	g	0.1	0	0	0.2	0.1	0	0.1	0	0	0	0	0	0	0.6
arachidoni	g	0	0	0	0	0	0	0.1	0	0	0	0	0	0	0.2
eicosapen	g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
docosahex	g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sumtrans	g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
cholestero	mg	0	0	0	0	0	0	75.6	18.5	19.4	104.3	16	0	0	235
phytostero	mg	0	0	0	17.8	9.6	1.1	0	0	0	0	0	0.1	0	34.5
lysin	mg	791	118.6	7.5	305	179.5	13	1514.2	340.1	161.5	132.5	234.4	0.4	0.2	3798
methionin	mg	513	77.9	2.2	81.8	53.3	2.2	428.7	116.9	62.6	76	71.3	0.1	0.1	1486.2
tryptophan	mg	254.8	33.3	1.5	87.5	42.4	3.1	218.8	47.1	23.3	34	39	0.1	0.1	785
phenylalan	mg	1168.3	183	8.6	324.3	130.2	5.3	703.2	141.8	80.3	116.8	134.7	0.4	0.2	2997.1
threonin	mg	781	129.4	6.1	168.5	126	9.4	770.2	153	90.9	101.1	132.1	0.3	0.2	2468.4
valin	mg	1333.7	215.3	7.8	262.4	168.2	9.6	933.2	186.4	127.1	133.2	172.2	0.5	0.3	3550
leucin	mg	1807	294.3	16.5	418.2	211.6	15.1	1314.5	307.5	161.1	164.7	287	0.6	0.2	4998.3
isoleucin	mg	943.2	172.4	15.3	239	150.8	8.7	870.8	228.4	106.7	101.5	150.4	0.4	0.2	2987.9

arginin	mg	1823.5	200.2	7.9	395.5	216.2	8.7	1094	233.7	133.9	116.7	106.2	0.4	0.2	4337.5
histidin	mg	513	82.1	2.4	165.6	71.8	6.3	588.6	85.6	44.8	46.2	78.7	0.2	0.2	1685.5
cystin	mg	446.8	20.6	1.1	67.1	42.7	1.3	210.4	54.5	21.9	42.8	24.1	0.1	0.2	933.6
tyrosin	mg	731.4	25	4.6	160.3	123.4	4.3	619.4	117.8	65.7	85.4	131	0.2	0.1	2068.6
alanin	mg	1267.5	57.6	6.4	183.1	126.7	13.5	1031.1	215.5	117.6	103.7	97	0.3	0.4	3220.4
aspartic	mg	2055.2	73.7	18.9	596	239.8	30.9	1617.8	370.2	186.2	140.7	190.1	1.3	0.5	5521.8
glutamic	mg	4262.6	243	14.8	1066.5	325.4	37	2634	549.5	289.2	218.8	561.7	1.4	1.3	10205.6
glycin	mg	996.2	49.6	5.6	227.6	114.6	14.1	1053.7	184.7	118.9	64.8	51.4	0.3	0.4	2881.9
prolin	mg	1029.3	82.3	5.4	284.5	102.5	10	817.7	185	101.7	73.2	248.2	0.4	1.2	2941.6
serin	mg	1148.4	54.8	6.6	275.4	98.6	9.4	744.1	174.1	97	145.6	48.5	0.4	0.3	2803.2

Các nhóm thực phẩm cung cấp số lượng các chất dinh dưỡng bao gồm gạo: 49, lương thực khác: 41, lương thực dạng củ: 40, đậu-đỗ-hạt: 59, rau dạng lá và quả: 61, trái cây: 53, thịt đỏ: 55, thịt gia cầm: 51, hải sản: 47, trứng: 55, sữa và chế phẩm: 55, mắm-muối-gia vị: 36, đồ uống có cồn: 29. Chất đạm động vật cung cấp cao nhất là nhóm thịt đỏ 21,7 gam, sau đó hải sản 8,0 gam và thịt gia cầm 4,3 gam. Chất béo được cung cấp cao nhất từ thịt đỏ 17,3 gam, đậu-đỗ-hạt 5,2 gam, thịt gia cầm 3,5 gam, sữa và chế phẩm 2,9 gam, hải sản 1,7 gam. Chất canxi cung cấp nhiều nhất từ rau các loại 155,8 mili-gam, sữa và chế phẩm 96,6 mili-gam, hải sản 69,8 mili-gam. Muối ăn cung cấp chủ đạo bởi riêng nhóm mắm-muối-gia vị là 292,4 mili-gam (Bảng 2).

IV. BÀN LUẬN

Mười ba nhóm thực phẩm chính được phân tích ra 86 chất dinh dưỡng, chín chất không tính được, còn 77 chất tính được mức tiêu thụ cho 1 ngày. Nhóm cung cấp nhiều về số lượng các chất dinh dưỡng nhất là rau dạng lá và quả, sau đó là đậu-đỗ-hạt, thịt đỏ, trứng và sữa và chế phẩm. Trong 5 nhóm này, hai nhóm nên được chú ý cân đối là thịt đỏ và trứng vì hai nhóm này đồng thời cung cấp nhiều chất béo làm tăng mỡ máu. Ba nhóm còn lại là rau dạng lá và quả, sau đó là đậu-đỗ-hạt, sữa và chế phẩm nên khuyến khích tiêu thụ, vì cung cấp nhiều canxi, có tác dụng phòng ung thư dạ dày và đại-trực tràng⁵.

Chất đạm động vật có giá trị dinh dưỡng cao, thịt đỏ cung cấp nhiều nhất, tuy vậy, thịt đỏ ăn trên 500 gam/người/tuần làm tăng nguy cơ mắc ung thư, bệnh tim mạch và đái tháo đường⁶. Do đó, thịt đỏ nên thay bằng thịt gia cầm và hải sản. Đồ uống có cồn và muối ăn được WHO khuyến cáo giảm tối đa để phòng bệnh tăng huyết áp và các bệnh không nhiễm trùng khác là ung thư, bệnh tim mạch và đái tháo đường. Do vậy, cần giảm thiểu tiêu thụ mắm-muối-gia vị và đồ uống có cồn, vì muối ăn và đồ uống có cồn làm tăng nguy cơ ung thư dạ dày, gan, sản

hộng, thực quản, dạ-trực tràng^{5,6}. Có 9 chất dinh dưỡng không tính được, có thể do bảng thành phần các chất dinh dưỡng còn thiếu, hoặc các chất này chưa được xét nghiệm cho thực phẩm Việt Nam. Đây là hạn chế của công trình nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Số liệu phân tích 86 chất dinh dưỡng bằng hỏi ghi 24 giờ mức tiêu thụ thực phẩm ở hộ gia đình cho kết quả theo 13 nhóm thực phẩm chính được trình bày ở công trình nghiên cứu này. Các số liệu này là bằng chứng khoa học cho việc lựa chọn món ăn theo nhóm thực phẩm thích hợp với tình trạng sức khỏe hay tình trạng bệnh mạn tính như bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận.

Nhà tài trợ: "Khoản tài trợ cho các chuyên gia giỏi nước ngoài về Khoa học, Công nghệ và Đổi mới sáng tạo" số 18/FIRST/1.a/HMU giữa Ban quản lý Dự án FIRST và Trường Đại học Y Hà Nội".

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Park K.** Park's Textbook of Preventive and Social Medicine. 23rd ed; 2015.
2. **World Cancer Research Fund.** Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC AICR: World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2007.
3. **Bộ Y Tế, Viện Dinh Dưỡng, UNICEF.** Tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010. Hà Nội, Nhà Xuất bản Y học: Viện Dinh Dưỡng, 2010.
4. **Jenicek M. Epidemiology:** the logic of modern medicine. Montreal: EPIMED International, National Library of Canada; 1995.
5. **World Cancer Research Fund.** Continuous Update Project, Colorectal Cancer 2011 Report. Washington DC AICR: World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, 2011.
6. **WHO.** Non-communicable Diseases Progress Monitor 2015. Publication date: September 2015. ISBN: 978 92 4 150945 9. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/>. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.

SO SÁNH GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG CỦA ĐIỂM SYNTAX VÀ SYNTAX LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Nguyễn Quang Toàn¹, Phạm Mạnh Hùng², Nguyễn Oanh Oanh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh giá trị tiên lượng của điểm syntax và syntax lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da sau 30 ngày và 1 năm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả và theo dõi dọc 579 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, trong đó có 296 bệnh nhân theo dõi được sau can thiệp 30 ngày đến hết 1 năm. Theo dõi tỷ lệ tử vong với thang điểm syntax và syntax lâm sàng trong thời gian 30 ngày và đến 1 năm. **Kết quả:** Các bệnh nhân chia thành 3 nhóm theo điểm syntax (SS) là SS thấp (ký hiệu là SS1) <11,75 (61 bệnh), SS trung bình (ký hiệu là SS2) từ 11,75 đến dưới 23,25 (140 bệnh nhân), điểm SS cao (ký hiệu là SS3) ≥ 23,25 (95 bệnh nhân) và theo điểm syntax lâm sàng (CSS) là CSS thấp (ký hiệu là CSS1) <22,95 (115 bệnh), CSS trung bình (ký hiệu là CSS2) từ 22,95 đến dưới 35,95 (74 bệnh nhân), điểm CSS cao (ký hiệu là CSS3) ≥ 35,95 (107 bệnh nhân). Tỷ lệ sống cao nhất ở nhóm có điểm syntax thấp sau 30 ngày và sau 1 năm là 93,4% và 91,8% so với 92,9% và 85,0% ở nhóm SS trung bình so với 81,1% và 77,9% ở nhóm SS cao, sự khác biệt có ý nghĩa với lần lượt p=0,007 và p=0,015 và tỷ lệ sống cao nhất ở nhóm có điểm syntax lâm sàng thấp sau 30 ngày và sau 1 năm là 95,7% và 93,0% so với 93,2% và 85,1% ở nhóm CSS trung bình so với 79,4% và 73,8% ở nhóm CSS cao, sự khác biệt có ý nghĩa với p<0,001. Diện tích dưới đường cong ROC sau 30 ngày của điểm SYNTAX là 0,674 (AUC = 0,674; 95% CI từ 0,558 đến 0,790 với p = 0,001) của điểm SYNTAX lâm sàng là 0,725 (AUC = 0,725; 95% CI từ 0,621 đến 0,829 với p<0,001). Và sau 12 tháng điểm SYNTAX là 0,614 (AUC = 0,614; 95% CI từ 0,518 đến 0,710 với p = 0,013), của điểm SYNTAX lâm sàng là 0,690 (AUC = 0,690; 95% CI từ 0,603 đến 0,780 với p < 0,001). **Kết luận:** Như vậy khả năng dự báo tử vong của điểm SYNTAX lâm sàng tốt hơn điểm SYNTAX cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau can thiệp động mạch vành trong thời gian ngắn và dài hạn.

Từ khóa: Điểm syntax, điểm syntax lâm sàng, nhồi máu cơ tim cấp, can thiệp động mạch vành qua da.

SUMMARY

COMPARE PROGNOSTIC VALUE OF THE SYNTAX SCORE AND CLINICAL SYNTAX SCORE FOR PREDICTION MORTALITY IN PATIENTS ACUTE

¹Bệnh viện ĐKTƯ Thái Nguyên,

²Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam

³Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Toàn

Email: quangtoanbvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2019

Ngày duyệt bài: 28.01.2019

MYOCARDIAL INFARCTION UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Objective: Compare prognostic value of the SYNTAX score and clinical SYNTAX score in patients acute myocardial infarction underwent percutaneous coronary intervention after 30 days and 1-year. **Methods:** 579 patients acute myocardial infarction, with 296 patients were follow-up after 30 days to 1-year. Monitoring mortality and major cardiovascular events for 30-days and 1-year. **Results:** The patients divided into three groups according to the SS score were low SS (SS1) <11.75 (61 patients), mid SS (SS2) from 11.75 to less than 23.25 (140 patients), high SS scores (SS3) ≥23.25 (95 patients). Three groups according to the CSS score were low CSS (CSS1) <23.95 (115 patients), mid CSS (CSS2) from 23.95 to less than 35.95 (74 patients), high CSS score (CSS3) ≥35.95 (107 patients). The highest survival in the low SS (SS1) after 30 days and 1-year was 93,4% and 91,8% compared with 92,9% and 85,0% in the SS mid group compared to 81,1% and 77,9% in the high SS group, the difference was significant p = 0,007 and p = 0,015. And the highest survival in the low CSS (CSS1) after 30 days and 1-year was 95,7% and 93,0% compared to 93,2% and 85,1% in the mid CSS compared to 79,4% and 73,8% in the high CSS, the difference was significant with p<0,001. The SYNTAX score ROC curve after 30 days is 0,674 (AUC = 0,674; 95% CI from 0,558 to 0,790, p = 0,001) and clinical SYNTAX score is 0,725 (AUC = 0,725 and 95% CI from 0,621 to 0,829, p <0,001). And 12 months, SYNTAX score ROC curve was 0,614 (AUC = 0,614 and 95% CI from 0,518 to 0,710; p = 0,013), of the clinical SYNTAX score was 0,690 (AUC = 0,690; 95% CI from 0,603 to 0,780; p <0,001). **Conclusion:** Predicting mortality risk of clinical syntax score is better than syntax score for acute myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention in short and long term.

Keywords: clinical syntax score, percutaneous coronary intervention (PCI).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim là tình trạng hoại tử một vùng cơ tim, hậu quả của thiếu máu cục bộ cơ tim. Nhồi máu cơ tim là một cấp cứu nội khoa rất thường gặp trên lâm sàng[1]. Là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu và cũng là nguyên nhân chính của gánh nặng bệnh tật tại các nước đang phát triển. Đã có rất nhiều tiến bộ mới trong chẩn đoán và điều trị, nhưng nhồi máu cơ tim cấp vẫn là một cấp cứu nội khoa rất nặng, diễn biến phức tạp, có nhiều biến chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng người bệnh do vậy tỷ lệ tử vong còn cao. Ở Hungary, tỷ lệ tử vong trong

viện do nhồi máu cơ tim cấp khoảng 13,5%, ở tỷ lệ này khoảng 11,1% [2]. Ở Việt Nam theo Nguyễn Văn Tiến và cộng sự, tỷ lệ nam giới nhồi máu cơ tim 87,2%, tử vong là 24,9% [3]. Cứu sống bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp là nhiệm vụ tức thì nhưng như vậy là chưa đủ, mà còn phải tiên lượng được các nguy cơ rủi ro về tim mạch cho bệnh nhân sau can thiệp. Nhưng việc tiên lượng bệnh nhân sau can thiệp cần dựa vào những yếu tố hay chỉ số nào luôn là một vấn đề khó khăn.

Thang điểm SYNTAX ra đời năm 2005 kế thừa và phát triển các thang điểm trước đó. Thang điểm SYNTAX lâm sàng là mô phỏng của thang điểm SYNTAX khi tích hợp thêm các đặc điểm lâm sàng (tuổi, phân suất tổng máu, độ thanh thải creatinin huyết thanh) vào một điểm duy nhất để bù đắp cho những hạn chế của thang điểm SYNTAX. Tuy nhiên ở Việt Nam chưa có tác giả nào nghiên cứu vấn đề này, vì vậy chúng tôi nghiên cứu vấn đề này với mục tiêu "*so sánh giá trị tiên lượng tử vong của điểm syntax và syntax lâm sàng trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 579 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp qua da tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam và Bệnh Viện 103, từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 2 năm 2018. Có 296 bệnh nhân theo dõi được các lần tái khám sau can thiệp từ 30 ngày đến hết 12 tháng, trong đó có 7 bệnh nhân nặng sau can thiệp xin về và tử vong.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam và Bệnh viện 103 từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 2 năm 2018.

2.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu cơ tim theo định nghĩa lần thứ 3 đồng thuận của WHO/ESC/AHA/ACC năm 2012 về nhồi máu cơ tim cấp.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ: Có chống chỉ định dùng các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu như: aspirine, clopidogrel, thuốc cản quang, suy gan, thận nặng,...và bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Nội dung nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu theo dõi dọc có phân tích so sánh.

2.2.2. Tính điểm SYNTAX theo phần mềm syntax score calculator 2.11

2.2.3. Tính điểm SYNTAX lâm sàng theo

công thức: $CSS = SS \times (TUỔI/EF) + 1$ (Cho mỗi lần giảm 10ml/ph độ thanh thải Creatinin với điều kiện độ thanh thải Creatinin < 60ml/ph/1,73m² da).

2.3. Xử lý số liệu: Thông tin thu thập được từ bệnh án nghiên cứu sẽ được xử lý theo các thuật toán thống kê y học của phần mềm EPI DATA và SPSS 21.0. Để so sánh đối chứng chúng tôi dùng thuật toán "T-test", test χ^2 , tỷ suất chênh (Odds ratio), thuật toán Logistic Regression, test log-rank, so sánh diện tích dưới đường cong ROC... Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau khi tính điểm cut-off của điểm SYNTAX, SYNTAX lâm sàng chúng tôi chia đối tượng nghiên cứu theo ba nhóm theo điểm cao, trung bình, thấp như sau:

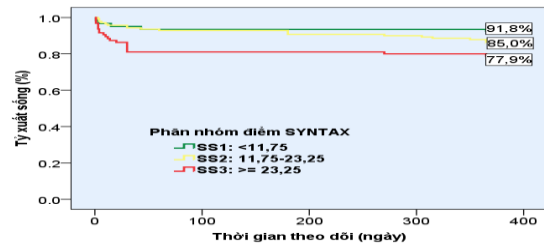
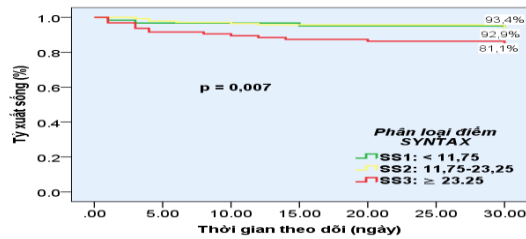
- Nhóm điểm SS cao (ký hiệu là SS3 $\geq 23,25$), nhóm điểm SS thấp (ký hiệu là SS1 < 11,75), nhóm điểm SS trung bình (ký hiệu là SS2: 11,75-23,25)

- Nhóm điểm CSS cao (ký hiệu là CSS3 $\geq 35,95$), nhóm điểm CSS thấp (ký hiệu là CSS1 < 22,95), nhóm điểm CSS trung bình (ký hiệu là CSS2: 22,95-35,95)

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

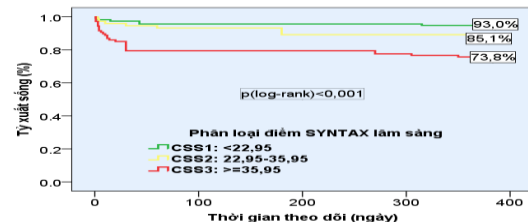
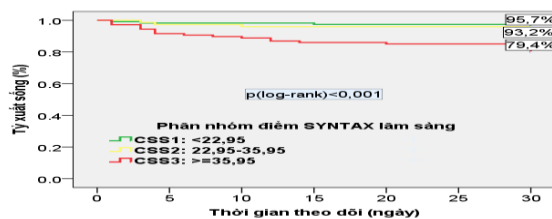
Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$ hoặc n(%)
Nam	450(77,7%)
Tuổi trung bình	65,55 $\pm$ 10,89
HA tâm thu (mmHg)	123,68 $\pm$ 23,32
HA t. trương (mmHg)	75,68 $\pm$ 14,26
TS tim (ck/phút)	80,15 $\pm$ 17,59
Killip ≥ 2	86(14,9%)
Creatinin trước CT	95,62 $\pm$ 27,64
Tăng huyết áp	301(52%)
Đái tháo đường	78(13,5%)
Hút thuốc lá	252(43,5%)
Tổn thương 1 thân	201(34,7%)
Tổn thương 2 thân	219(37,8%)
Tổn thương 3 thân	159(27,5%)
Điểm syntax trung bình	19,48 $\pm$ 9,40
Điểm syntax lâm sàng trung bình	30,28 $\pm$ 18,84

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,55 $\pm$ 10,89, tỷ lệ bệnh nhân nam là nhiều hơn nữ gấp hơn 3 lần, bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 52%. Tổn thương một thân là ít gặp hơn 34,7% so với tổn thương nhiều thân. Điểm syntax trung bình là 19,48 $\pm$ 9,40, trung bình syntax lâm sàng là 30,28 $\pm$ 18,84.



Biểu đồ 1: Kaplan-Meier xác suất sống với các nhóm điểm syntax sau 30 ngày và 1 năm

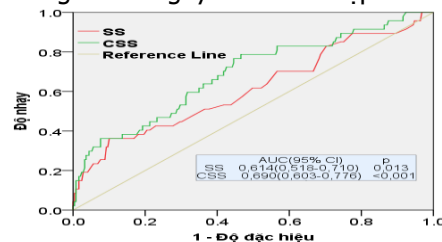
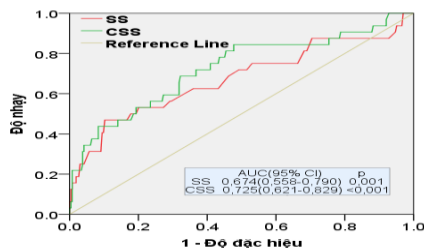
Nhận xét: Trên biểu đồ Kaplan-Meier tỷ suất sống của ba nhóm theo điểm SYNTAX thì nhóm có điểm SYNTAX cao SS3 có tỷ lệ sống thấp nhất 81,1% sau đó là nhóm SS2 và nhóm thấp SS1 với tỷ lệ lần lượt là 92,9% và 93,4% với $p(\log\text{-rank}) = 0,007(p < 0,05)$ có ý nghĩa thống kê. Tương tự tỷ lệ sống sau 12 tháng của các nhóm điểm cũng có sự khác biệt có ý nghĩa với $p(\log\text{-rank}) = 0,015(p < 0,05)$.



Biểu đồ 2: Kaplan-Meier xác suất sống với các nhóm điểm syntax lâm sàng sau 30 ngày và 1 năm

Nhận xét: Trên biểu đồ Kaplan-Meier tỷ suất sống nhóm điểm SYNTAX lâm sàng cao CSS3 thấp nhất 79,4% sau đó là nhóm trung bình CSS2 và thấp CSS1 với tỷ lệ lần lượt là 93,2% và 95,7% với $p(\log\text{-rank}) < 0,001$ có ý nghĩa thống kê. Tương tự, tỷ lệ sống sau 12 tháng của các nhóm điểm cũng có sự khác biệt có ý nghĩa với $p(\log\text{-rank}) < 0,001$.

sau thời gian 30 ngày sau can thiệp.



Biểu đồ 4: ROC liên quan tử vong sau can thiệp 12 tháng của điểm SYNTAX và SYNTAX lâm sàng

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của điểm SYNTAX (đường màu đỏ) là 0,614 ($AUC = 0,614$; 95% CI từ 0,518 đến 0,710 với $p = 0,013$). Diện tích dưới đường cong ROC của điểm SYNTAX lâm sàng là 0,690 ($AUC = 0,690$; 95% CI từ 0,603 đến 0,780 với $p < 0,001$) có ý nghĩa dự báo tỷ lệ tử vong sau can thiệp 12 tháng (với $p < 0,05$). Diện tích dưới đường cong của điểm SYNTAX lâm sàng lớn hơn so với diện tích dưới đường cong của điểm SYNTAX. Như vậy khả năng dự báo tử vong của điểm SYNTAX lâm sàng tốt hơn điểm SYNTAX sau thời gian 12 tháng sau can thiệp động mạch vành.

Biểu đồ 3: ROC liên quan tử vong sau can thiệp 30 ngày của điểm SYNTAX và SYNTAX lâm sàng

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của điểm SYNTAX là 0,674 ($AUC = 0,674$; 95% CI từ 0,558 đến 0,790 với $p = 0,001$). Diện tích dưới đường cong ROC của điểm SYNTAX lâm sàng là 0,725 ($AUC = 0,725$ 95% CI từ 0,621 đến 0,829 với $p < 0,001$) có ý nghĩa dự báo tỷ lệ tử vong sau can thiệp 30 ngày của đối tượng nghiên cứu (với $p < 0,05$). Nhưng diện tích dưới đường cong của điểm SYNTAX lâm sàng lớn hơn so với diện tích dưới đường cong của điểm SYNTAX. Như vậy khả năng dự báo tử vong của điểm SYNTAX lâm sàng tốt hơn điểm SYNTAX

IV. BÀN LUẬN

1. Liên quan điểm SYNTAX lâm sàng (CSS), SYNTAX (SS) với tử vong: Khi phân tích theo biểu đồ Kaplan-Meier chúng tôi thấy nhóm điểm cao CSS3 có xác suất sống là thấp nhất 79,4% (đường màu đỏ) so với nhóm điểm

trung bình CSS2 là 93,2% (đường màu vàng) so với nhóm điểm thấp CSS1 là 95,7% (đường màu xanh), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p(\log\text{-rank}) < 0,001$. Kết quả tương tự sau 12 tháng (biểu đồ 2). Tương tự điểm CSS chúng tôi thấy, biểu đồ Kaplan-Meier nhóm điểm cao SS3 có xác suất sống là thấp nhất 81,1% (đường màu đỏ) so với nhóm điểm trung bình SS2 là 92,9% (đường màu vàng) so với nhóm điểm thấp SS1 là 93,4% (đường màu xanh), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p(\log\text{-rank}) = 0,007$, kết quả tương tự sau 12 tháng (biểu đồ 1).

Garg Scot và cộng sự nghiên cứu trên 945 bệnh nhân thì có 807 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da chiếm 85,4% có tính điểm SYNTAX. Các bệnh nhân được chia thành ba nhóm theo các mức độ điểm SYNTAX; nhóm SS thấp ≤ 9 có 311 bệnh nhân, nhóm trung bình $9 < SS \leq 16$ có 234 bệnh nhân, nhóm điểm cao $SS > 16$ có 262 bệnh nhân. Sau thời gian theo dõi 12 tháng thấy tỷ lệ sống trong nhóm điểm cao là 90,8% so với nhóm điểm trung bình là 95,7% với $p = 0,03$ và so với nhóm thấp là 96,8% với $p = 0,001$. Diện tích dưới đường cong ROC của điểm SS là 0,65 (AUC = 0,65; 95% CI từ 0,57 đến 0,74, $p = 0,001$). Điểm SYNTAX có giá trị dự báo độc lập nguy cơ tử vong cho các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da sau 12 tháng [4].

2. So sánh khả năng dự báo tử vong của điểm SS và CSS: Sau 30 ngày, khi chúng tôi phân tích đường cong ROC thấy rằng; Diện tích dưới đường cong ROC của điểm SYNTAX (đường màu đỏ) là 0,674 (AUC = 0,674; 95% CI từ 0,558 đến 0,790 với $p = 0,001$). Diện tích dưới đường cong ROC của điểm SYNTAX lâm sàng (đường màu xanh) là 0,725 (AUC = 0,725; 95% CI từ 0,621 đến 0,829 với $p < 0,001$). Kết quả tương tự sau 12 tháng (biểu đồ 3, biểu đồ 4). Như vậy sau 30 ngày và sau 12 tháng khả năng dự báo nguy cơ tử vong của điểm SYNTAX lâm sàng là tốt hơn điểm SYNTAX.

Cetinkal G và cộng sự, nghiên cứu trên 433 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da thì đầu. Điểm SYNTAX lâm sàng (CSS) được tính toán bằng cách nhân điểm SYNTAX có nguồn gốc giải phẫu (SS) với điểm tuổi, điểm số thanh thải creatinin huyết thanh và phần trăm phân xuất tổng máu thất trái. Bệnh nhân được chia thành các nhóm theo điểm CSS: CSS (Thấp) ≤ 14 (141 bệnh nhân), $14 < CSS$ (trung bình) ≤ 26 (144 bệnh nhân) và CSS (Cao) > 26 (148 bệnh nhân). Kết quả nghiên cứu cho thấy, tích dưới đường cong

tương ứng là 0,66, 0,59 và 0,64 đối với điểm số CSS, SS và điểm ACEF ($p < 0,001$, $p = 0,01$, $p < 0,001$ tương ứng). Như vậy CSS có thể tốt hơn điểm SS để dự đoán tiên lượng tử vong và các biến cố tim mạch chính sau thời gian dài sau can thiệp động mạch vành qua da [5].

Trong thử nghiệm SIRTAX trên 848 bệnh nhân để so sánh việc sử dụng stent phủ thuốc Sirolimus và Paxlitaxel. Chia bệnh nhân theo các nhóm điểm SYNTAX cao, thấp, trung bình và tương ứng là các nhóm điểm SYNTAX lâm sàng theo các mức độ cao, thấp, trung bình. Đồng thời theo dõi các biến cố tim mạch chính gồm chết do mọi nguyên nhân, chết do tim mạch, nhồi máu cơ tim, can thiệp lại, huyết khối trong stent của các bệnh nhân sau can thiệp trong thời gian từ 1 đến 5 năm. Kết quả cho thấy diện tích dưới đường cong của điểm SYNTAX và SYNTAX lâm sàng về sự xuất hiện các biến cố chính, tử vong do mọi nguyên nhân và tử vong do tim lần lượt là: 0,61 (95% CI từ 0,56 đến 0,65) và 0,62 (95% CI từ 0,57 đến 0,67); 0,58 (95% CI từ 0,51 đến 0,65) và 0,66 (95% CI từ 0,59 đến 0,73); 0,63 (95% CI từ 0,54 đến 0,72) và 0,72 (95% CI từ 0,63 đến 0,81). Nghiên cứu thấy rằng điểm SYNTAX lâm sàng có giá trị tiên lượng các nguy cơ tim mạch, đặc biệt là tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân tốt hơn điểm SYNTAX trong thời gian dài sau can thiệp động mạch vành qua da [6].

Hara H nghiên cứu trên 206 bệnh nhân được can thiệp động mạch vành qua da bằng stent phủ thuốc Sirolimus. Bệnh nhân theo 3 nhóm điểm. CSS cao có nguy cơ tử vong cao hơn (CSS thấp là 9,0%, CSS trung bình là 11,9%, CSS cao là 41,8%; $p < 0,001$) và các biến cố tim mạch chính (MACE) (CSS thấp là 29,8%, CSS trung bình là 35,8%, CSS cao là 61,2%; $p = 0,004$). Dự đoán độc lập về tử vong cho các bệnh nhân theo độ thanh thải thận (HR = 3,82; $p < 0,001$), tuổi (HR = 1,67; $p = 0,003$), phân số suất tổng máu thất trái (HR = 0,98, $p = 0,012$) và CSS (HR = 1,73, $p = 0,028$), và biến cố là CSS (HR = 1,40, $p = 0,028$). Diện tích dưới đường cong cho điểm SYNTAX và CSS cho tử vong là 0,60 và 0,78 ($p < 0,001$), trong khi đó đối với biến cố lần lượt là 0,58 và 0,68 ($p < 0,001$). CSS dự đoán kết cục lâu dài giữa các bệnh nhân được điều trị bằng SES tốt hơn so với điểm SYNTAX [7].

V. KẾT LUẬN

Cả hai điểm SYNTAX và SYNTAX lâm sàng đều cho thấy khả năng dự báo nguy cơ tử vong trong thời gian 30 ngày và 12 tháng sau can thiệp. Tuy nhiên khả năng dự báo này tốt hơn ở điểm SYNTAX lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lâm Việt** (2007), Nhồi máu cơ tim cấp, *Bài giảng bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr. 82 - 94.
2. **Widimsky P, Wijns W, Fajadet J, et al.** (2010), "European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries", *Eur Heart J* 31 (8), pp. 943-957.
3. **Nguyễn Văn Tiên** (1998), "Tình hình tử vong ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, (14), tr 3-7.
4. **Garg S, Sarno G, Serruys P W, et al.** (2011), "Prediction of 1-year clinical outcomes using the SYNTAX score in patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention: a substudy of the STRATEGY (Single High-Dose Bolus Tirofiban and Sirolimus-Eluting Stent Versus Abciximab and Bare-Metal Stent in Acute Myocardial Infarction) and MULTISTRATEGY (Multicenter Evaluation of Single High-Dose Bolus Tirofiban Versus Abciximab With Sirolimus-Eluting Stent or Bare-Metal Stent in Acute Myocardial Infarction) trials", *JACC Cardiovasc Interv*, 4 (1), pp. 66-75.
5. **Cetinkal G, Dogan S M, Kocas C, et al.** (2016), "The value of the Clinical SYNTAX Score in predicting long-term prognosis in patients with ST-segment elevation myocardial infarction who have undergone primary percutaneous coronary intervention", *Coron Artery Dis*, 27 (2), pp. 135-142.
6. **Girasis C, Garg S, Raber L, et al.** (2011), "SYNTAX score and Clinical SYNTAX score as predictors of very long-term clinical outcomes in patients undergoing percutaneous coronary interventions: a substudy of SIrolimus-eluting stent compared with pacliTAXel-eluting stent for coronary revascularization (SIRTAX) trial", *Eur Heart J*, 32 (24), pp. 3115-3127.
7. **Hara H, Aoki J, Tanabe K, et al.** (2013), "Impact of the clinical syntax score on 5-year clinical outcomes after sirolimus-eluting stents implantation", *Cardiovasc Interv Ther*, 28 (3), pp. 258-266.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ISOTRETINOIN TRÊN BỆNH NHÂN TRỨNG CÁ VỪA VÀ NẶNG TẠI KHOA DA LIỄU-BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2018

Nguyễn Thị Kim Dung¹, Vũ Đình Thám¹,
Nguyễn Thị Thương Hoài¹, Nguyễn Thị Bích Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả trước và sau 8 tuần điều trị trứng cá mức độ vừa và nặng bằng Isotretinoin (Acnotin 10mg) đường uống kết hợp bôi tại chỗ. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu. **Kết quả:** Trong tổng số 35 bệnh nhân tham gia điều trị, tỷ lệ bệnh nhân mụn trứng cá mức độ vừa (thời gian bị bệnh trên 12 tháng đã điều trị nhiều theo chuyên khoa nhưng không cải thiện) chiếm chủ yếu 65,7%. Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất gặp trên nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu là da nhờn (88,6%), sẩn đỏ (100%), mụn mủ (74,3%), sẩn đầu trắng (77,1%) và sẩn đầu đen (62,9%). Hiệu quả sau 8 tuần điều trị, có sự giảm rõ rệt về các triệu chứng trên lâm sàng gồm sẩn đầu trắng, sẩn đầu đen, mụn mủ và tình trạng da đầu nhờn (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Cụ thể, hiệu quả đáp ứng mức độ khá là chủ yếu sau điều trị với 51,4%; mức tốt (37,2%) và mức trung bình (chỉ chiếm 11,4%). **Kết luận:** Tình trạng mụn trứng cá mức độ vừa và nặng cải thiện rõ rệt (chủ yếu là mức độ khá, tốt) sau 8 tuần điều trị bằng Isotretinoin đường uống và bôi.

Từ khóa: Trứng cá, Isotretinoin, Hiệu quả.

SUMMARY

EFFICACY OF ISOTRETINOIN TREATMENT ON ACNE VULGARIS PATIENTS WITH AVERAGE AND SEVERE CONDITION AT THE DERMATOLOGY DEPARTMENT OF THE HOSPITAL OF THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY, 2018

Objectives: To compare the efficacy before and after 8 weeks of moderate and severe acne treatment with Isotretinoin (Acnotin 10 mg) orally together with topical medication. **Methods:** A cross-sectional study combined with a prospective study. **Findings:** In the total of 35 patients treated, the percentage of moderate acne patients (patients with acne vulgaris lasting over 12 months were treated clinically but not improved dramatically) accounted for 65.7%. The common clinical symptoms were oily skin (88.6%), reddish (100%), pustules (74.3%), white head (77.1%) and black head (62.9%). After 8 week-treatment, there was a marked reduction in clinical symptoms including whitehead, blackheads, pustules and oily skin (statistically significant difference with $p < 0.05$). Specifically, the response efficacy at the average level primarily made up with the figure showing 51.4%, followed by the good level (37.2%) and the average (only 11.4%). **Conclusions:** Moderate and severe acne lesions significantly improved (mostly good, moderate) after 8 weeks of combining oral and topical Isotretinoin therapy.

Keywords: Acne Vulgaris, Isotretinoin, Efficacy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Đại học Y Dược Thái Bình

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Dung

Email: dunghungdl79@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2019

Ngày duyệt bài: 28.01.2019

Trứng cá là một bệnh da mạn tính phổ biến ở lứa tuổi dậy thì, kéo dài dai dẳng đến 35-40 tuổi. Bệnh gặp cả ở nam và nữ với nhiều hình thái tổn thương lâm sàng đa dạng. Mặc dù bệnh không gây biến chứng nguy hiểm nhưng hậu quả thẩm mỹ sau mụn trứng cá khiến bệnh nhân lo lắng và tự ti trong giao tiếp như thâm, sẹo lõm, sẹo lồi, sẹo phì đại. Tuy nhiên, thực tế lâm sàng cho thấy có nhiều ca mụn trứng cá nặng hoặc mụn trứng cá kéo dài dai dẳng, sử dụng nhiều đợt thuốc kháng sinh, nhưng không đáp ứng. Những thập niên gần đây, vitamin A acid đã được nghiên cứu và phát triển như một thuốc mới, hiệu quả trong điều trị mụn trứng cá khi tác động vào tất cả các con đường hình thành mụn trứng cá [1],[2]. Tại Việt Nam, vitamin A acid dạng bôi và dạng uống có rất nhiều biệt dược khác nhau. Thuốc đã có các nghiên cứu về dược lực, dược động, độc tính, thử nghiệm điều trị, tác dụng không mong muốn và đã được cục quản lý dược bộ y tế cấp phép sử dụng trên thị trường để điều trị bệnh trứng cá như: Isotrex, Locacid, Differin, Retin A, Tretinoin, Acnotin, Isotina [3].

Tại phòng khám Da liễu Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, chúng tôi nhận thấy tần suất gặp bệnh nhân bị bệnh trứng cá nhiều hơn so với những bệnh da thông thường khác. Trong số những bệnh nhân đó, có những bệnh nhân bị bệnh nhưng không điều trị hoặc đã lựa chọn phương pháp điều trị không đúng như dùng kem trộn, corticoid, làm bệnh ngày càng nặng và ảnh hưởng đến thẩm mỹ cũng như tâm lý người bệnh. Xuất phát từ tình hình đó và với mong muốn điều trị cho những bệnh nhân có mức độ bệnh nặng hoặc những bệnh nhân đã điều trị bệnh bằng các thuốc thông thường khác nhưng không đạt kết quả tốt, chúng tôi lựa chọn phương pháp điều trị cho những trường hợp đó bằng Isotretinoin (Acnotin 10mg) đường uống và bôi tại chỗ. Để đánh giá được hiệu quả điều trị cũng như những tác dụng không mong muốn có thể gặp phải trong quá trình điều trị, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "Hiệu quả điều trị Isotretinoin trên bệnh nhân trứng cá vừa và nặng tại khoa Da liễu - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2018" nhằm so sánh hiệu quả điều trị Isotretinoin trước và sau 8 tuần trên bệnh nhân trứng cá vừa và nặng tại khoa Da Liễu – Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên có mức độ bệnh nặng hoặc mức độ bệnh vừa nhưng có thời

gian bị bệnh > 12 tháng mà đã điều trị bằng các thuốc thông thường (theo chuyên khoa) nhưng không có cải thiện tốt.

- Không có các bệnh lý: suy gan, suy thận, tiểu đường.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia và thực hiện đầy đủ các yêu cầu của nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân nữ có thai, có ý định mang thai hoặc cho con bú.

- Bệnh nhân có bệnh lý gan, thận

Phân độ bệnh trứng cá theo Karen Mccoy (2008):

- Mức độ nhẹ: dưới 20 tổn thương không viêm, hoặc dưới 15 tổn thương viêm hoặc tổng số lượng tổn thương dưới 30.

- Mức độ vừa: có 20-100 tổn thương không viêm hoặc 15- 50 tổn thương viêm, hoặc 20-125 tổng tổn thương

- Mức độ nặng: trên 5 nang, cục hoặc trên 100 tổn thương không viêm, hoặc tổng tổn thương viêm trên 50 hoặc trên 125 tổng tổn thương.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Khoa Da Liễu – Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 10/2017 đến tháng 06/2018.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu can thiệp có đánh giá trước và sau điều trị.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả các bệnh nhân trứng cá vừa và nặng đáp ứng tiêu chí lựa chọn và loại trừ, tình nguyện bệnh nhân tham gia nghiên cứu từ tháng 10/2017 đến tháng 6/2018.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Các kết quả thống kê mô tả bao gồm tần số và tỷ lệ %. Sử dụng test thống kê với mức ý nghĩa 0,05 để đánh giá hiệu quả trước và sau điều trị.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Các đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Phân loại bệnh nhân điều trị theo mức độ bệnh (n=35)

Mức độ bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nặng	12	34,3
Vừa > 12 tháng (đã điều trị chuyên khoa)	23	65,7
Tổng	35	100

Nhận xét: Bệnh nhân tham gia điều trị mức độ trứng cá vừa (với thời gian bị bệnh trên 12 tháng đã điều trị nhiều theo chuyên khoa nhưng không cải thiện) chiếm chủ yếu với 65,7%. Tất cả 35 bệnh nhân được điều trị bệnh trứng cá

thông thường bằng uống Acnotin và bôi Locacid trong 8 tuần. Trong thời gian điều trị tất cả bệnh nhân đều tuân thủ theo đúng hướng dẫn, không

có bệnh nhân nào bỏ bữa thuốc hay dùng thêm trị liệu, thuốc khác làm ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị của bệnh nhân (n=35)

Đặc điểm	Mức độ		Vừa (n=23)		Nặng (n=12)		Tổng	
			n	%	n	%	n	%
Sẩn đầu trắng			20	86,9	7	58,3	27	77,1
Sẩn đầu đen			16	69,6	6	50	22	62,9
Sẩn đỏ			23	100	12	100	35	100
Mụn mủ			15	65,2	11	91,7	26	74,3
Cục			7	30,4	8	66,7	15	42,9
Giãn mạch			2	8,7	0	0	2	5,7
Dát thâm			10	43,5	6	50	16	45,7
Dát đỏ			4	17,4	4	33,3	8	22,9
Seo lỗ			3	13	2	16,6	5	14,3
Seo lỗ			5	21,7	4	33,3	9	25,7
Da nhờn			19	82,6	12	100	31	88,6

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy bệnh nhân trứng cá vừa và nặng đều trên tình trạng da đầu nhờn nhiều (lần lượt là 82,6%, 100%). Sẩn đỏ là triệu chứng gặp ở tất cả (100%) ở cả 2 nhóm bệnh nhân. Tỷ lệ sẩn đầu trắng, sẩn đầu đen ở bệnh nhân mụn trứng cá vừa (lần lượt 86,9%, 69,6%) nhiều hơn ở bệnh nhân mụn trứng cá nặng (lần lượt 58,3%, 50%).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng sau điều trị của bệnh nhân (n=35)

Đặc điểm	Mức độ		Vừa		Nặng		Tổng	
			n	%	n	%	n	%
Sẩn đầu trắng			10	43,5	3	25	13	37,1
Sẩn đầu đen			4	17,4	2	16,7	6	17,1
Sẩn đỏ			17	73,9	10	83,3	27	77,1
Mụn mủ			1	4,3	1	8,3	2	5,7
Cục			1	4,3	3	25	4	11,4
Giãn mạch			2	8,7	0	0	2	5,7
Dát thâm			6	26,1	4	33,3	10	28,6
Dát đỏ			10	43,5	9	75	19	54,3
Seo lỗ			3	13	2	16,6	5	14,3
Seo lỗ			5	21,7	4	33,3	9	25,7
Da nhờn			0	0	3	25	3	8,6

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy các tổn thương sau điều trị ở cả bệnh nhân mụn trứng cá vừa và nặng đều có xu hướng giảm, trong đó tổn thương mụn mủ giảm nhiều (chỉ còn 5,7%).

Bảng 4. So sánh hiệu quả điều trị isotretinoin trước sau 8 tuần trên bệnh nhân mụn trứng cá vừa và nặng (n=35)

Đặc điểm	Mức độ		Trước điều trị		Sau điều trị		p
			n	%	n	%	
Sẩn đầu trắng			27	77,1	13	37,1	<0,05
Sẩn đầu đen			22	62,9	6	17,1	<0,05
Sẩn đỏ			35	100	27	77,1	>0,05
Mụn mủ			26	74,3	2	5,7	<0,05
Cục			15	42,9	4	11,4	<0,05
Giãn mạch			2	5,7	2	5,7	>0,05
Dát thâm			16	45,7	10	28,6	>0,05
Dát đỏ			8	22,9	19	54,3	<0,05
Seo lỗ			5	14,3	5	14,3	>0,05
Seo lỗ			9	25,7	9	25,7	>0,05
Da nhờn			31	88,6	3	8,6	<0,05

Nhận xét: Hiệu quả giảm rõ rệt về các triệu chứng sẩn đầu trắng, sẩn đầu đen, mụn mủ và tình trạng da đầu nhờn trước và sau 8 tuần điều

trị isotretinoin ($p < 0,05$). Tình trạng dát đỏ (kèm theo môi da khô, bong tróc) của bệnh nhân tăng rõ rệt sau điều trị 8 tuần ($p < 0,05$).

Sau điều trị bằng thuốc bôi và uống Vitamin A acid chúng tôi thấy chỉ có hiện tượng tăng dát đỏ, khô da vùng mặt và khô môi bong vảy. Đây là một biểu hiện khá thường gặp trên lâm sàng, có lẽ trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn điều trị toàn thân và tại chỗ đều bằng Vitamin A acid nên tình trạng đỏ da, khô da gặp nhiều hơn. Như vậy, Vitamin A acid đã ức chế tiết chất bã từ đó làm ảnh hưởng đến môi trường hoạt động của vi khuẩn và gián tiếp làm giảm số lượng vi khuẩn. Bên cạnh đó, Vitamin A acid còn làm giảm dày sừng cổ tuyến bã, tạo sự thông thoáng

cho sự bài tiết của chất bã. Chính vì vậy sau điều trị, tình trạng da đầu nhờn trên bệnh nhân giảm chỉ còn 8,6%. Hiện tượng dát đỏ da tăng khi sử dụng vitamin A acid trong nghiên cứu chiếm 54,3% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Văn Bá (2011): tình trạng đỏ da vùng mặt sau 8 tuần điều trị là 14,8% [4]. Điều này có thể do việc phối hợp cả vitamin A acid đường uống và bôi cùng thời điểm. Do đó, đây cũng là điểm gợi ý cho các bác sĩ lâm sàng cân nhắc sử dụng hoặc isotretinoin đường uống hoặc đường bôi.

Bảng 5. Hiệu quả điều trị Isotretinoin sau 8 tuần theo mức độ bệnh (n=35)

Kết quả	Mức độ bệnh		Vừa		Nặng		Tổng	
			n	%	n	%	n	%
Tốt			10	43,5	3	25	13	37,2
Khá			12	52,2	6	50	18	51,4
Trung bình			1	4,3	3	25	4	11,4
Đáp ứng kém			0	0	0	0	0	0
Tổng			23	100	12	100	35	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu chỉ ra đáp ứng tốt và khá sau 8 tuần điều trị chiếm tỷ lệ cao (chiếm 88,6%), trong khi đó không có bệnh nhân nào có đáp ứng kém với điều trị. Chỉ có 11,4% bệnh nhân mụn đáp ứng trung bình với điều trị isotretinoin. Riêng nhóm bệnh nhân nặng, đáp ứng trung bình có tới 3 bệnh nhân sau 8 tuần điều trị, gợi ý có thể thời gian điều trị kéo dài thêm giúp tăng hiệu quả điều trị hơn ở nhóm này.

Hiệu quả điều trị cải thiện sau 8 tuần mức độ khá chiếm chủ yếu với 51,4% và đáp ứng tốt là 37,2%, trung bình chỉ 11,4%. Đối với những bệnh nhân mụn mức độ vừa thì kết quả điều trị tốt và khá gặp tỷ lệ cao hơn những bệnh nhân có mức độ bệnh nặng. Cụ thể: Mức độ bệnh vừa (43,5% tốt, 52,2% khá, 4,3% trung bình); mức độ bệnh nặng (25% tốt, 50% khá, 25% trung bình). Kết quả này của chúng tôi khác với một số nghiên cứu của các tác giả khác tại Việt Nam. Cụ thể, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Hồng (2008): Điều trị 31 bệnh nhân trứng cá ở mức độ nặng bằng uống Acnotin 0,5mg/kg/ngày, uống một lần vào buổi tối và kết hợp bôi kem Isotrex 0,05% trong 2 tháng, tháng thứ 3 chỉ bôi; kết quả: 3,2% tốt, 67,7% khá, 29,1% trung bình, không có bệnh nhân không có kết quả [5]. Hiệu quả đáp ứng mức độ tốt của chúng tôi cao hơn, có thể là do trong nghiên cứu Nguyễn Thị Minh Hồng chỉ chọn những bệnh nhân mụn trứng cá mức độ bệnh nặng, còn chúng tôi có cả bệnh nhân mức độ bệnh vừa. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của tác giả Đặng Văn Em (2006): Điều trị 31 bệnh nhân trứng cá thông thường ở cả 3 mức độ: nặng (6 bệnh

nhân), vừa (15 bệnh nhân), nhẹ (10 bệnh nhân). Kết quả: 41,94% đạt tốt và rất tốt, 38,71% vừa, 19,35% kém hoặc không kết quả [6]. Như vậy điều trị bệnh có kết quả tốt của chúng tôi thấp hơn, điều này có thể do đề tài của chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân có mức độ bệnh nặng và vừa nhưng đã được điều trị mà không có kết quả, mà không chọn bệnh nhân có mức độ bệnh nhẹ.

Kết quả của chúng tôi sau 8 tuần điều trị bằng uống và bôi Vitamin A acid đã cho hiệu quả đáp ứng mức độ khá là chủ yếu. Vậy việc sử dụng liệu trình uống dài ngày hơn, liệu có mang lại kết quả tốt hơn hay không? Đây là câu hỏi chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu trong thời gian tới.

IV. KẾT LUẬN

Sau 8 tuần điều trị, đáp ứng mức độ khá là chủ yếu sau điều trị với 51,4%; tốt (37,2%) và trung bình (11,4%).

KHUYẾN NGHỊ: Nên sử dụng Vitamin A acid trong điều trị bệnh trứng cá mức độ nặng hoặc mức độ vừa nhưng dai dẳng. Không nên kết hợp cả bôi và uống đều có thành phần Vitamin A acid vì sẽ làm tăng thêm tình trạng khô môi, khô da bong vảy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. On S.C, Zeichner J (2013). Isotretinoin updates. *Dermatol Ther*, 26(5), 377-89.
2. Faghihi G, Mokhtari F, Fard N.M et al (2017). Comparing the Efficacy of Low Dose and Conventional Dose of Oral Isotretinoin in Treatment of Moderate and Severe Acne Vulgaris. *J Res Pharm Pract*, 6(4), 233-238.
3. Võ Thị Bạch Sương (2004). Liệu pháp isotretinoin đường uống trong điều trị mụn trứng cá. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, số 1 PB

- (CĐ Da Liễu), tập 8, tr. 10-15.
4. **Huỳnh Văn Bá (2011)**. Đánh giá hiệu quả điều trị của Isotretinoin ở bệnh nhân bị trứng cá có sử dụng corticoid bôi. *Tạp chí Y dược Học quân sự*(3), tr. 104 - 109.
5. **Nguyễn Thị Minh Hồng (2008)**. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị bệnh*

trứng cá thông thường bằng Vitamin A acid tại viện Da Liễu Quốc Gia, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.

6. **Đặng Văn Em (2006)**. Kinh nghiệm điều trị bệnh trứng cá thông thường bằng phác đồ dùng thuốc có kết hợp Flagyl và không có Flagyl. *Tạp chí Y học thực hành*, 5(554), tr.102-103.

KẾT QUẢ ÁP DỤNG BIỆN PHÁP KỸ THUẬT VỆ SINH CẢI THIỆN HOẠT ĐỘNG KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Đoàn Quang Hà¹, Nguyễn Văn Kính¹,
Nguyễn Vũ Trung¹, Nguyễn Văn Chuyên²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hệ thống KSNK Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. **Mục tiêu:** Áp dụng kỹ thuật vệ sinh cải thiện KSNK tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp trên bệnh nhân và hệ thống KSNK, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong 12 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Xây dựng hệ thống KSNK và áp dụng trên vệ sinh tay, vệ sinh bề mặt, nâng cao năng lực nhận định NKBV. Tỷ lệ vệ sinh tay tăng ở tất cả NVYT, cao nhất hộ lý, 86,3%, điều dưỡng 53,4%, thấp nhất bác sỹ 49,7%. Nâng cao năng lực nhận định (CSHQ = 31,9%), năng lực lập kế hoạch (CSHQ = 43,3%), năng lực thực hiện kế hoạch (CSHQ = 71,3%), năng lực đánh giá (CSHQ = 239,3%), năng lực thực hành kiểm soát NKBV (CSKQ = 77,3%). **Kết luận:** Nâng cao được năng lực KSNK cho nhân viên y tế thực hành kiểm soát NKBV.

Từ khóa: Can thiệp, Nhiễm khuẩn bệnh viện, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

SUMMARY

RESULTS OF THE APPLICATION OF HYGIENIC TECHNIQUES IN IMPROVING INFECTION CONTROL ACTIVITIES AT THE CENTRAL TROPICAL HOSPITAL

Research on the system of nosocomial control of the National Hospital of Tropical Diseases. **Objectives:** Apply hygiene techniques to improve nosocomial control in the Central Hospital of Tropical Diseases. **Methodology:** Intervention study on patients and nosocomial system, Central Hospital for Tropical Diseases for 12 months. **Results:** Create up a system of nosocomial control and application on hand hygiene, surface disinfection, capacity building to identify hospital infection. The rate of hand hygiene increased in all health workers, the highest level of midwives, 86.3%, 53.4%

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quang Hà

Email: ha_doan@nhtd.vn

Ngày nhận bài: 14.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2019

Ngày duyệt bài: 25.01.2019

nursing, the lowest level of doctors 49.7%. Capacity building for identification (EI = 31.9%), capacity for planning (EI = 43.3%), capacity for implementation of plan (EI = 71.3%), assessment capacity = 239.3%, ability to practice nosocomial control (QI = 77.3%)

Conclusion: Improving the capacity of nosocomial control and surveillance for medical staff to practice hospital infection control.

Key words: Nosocomial infection, ICU, Central hospital for tropical diseases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) xảy ra tại các khoa Hồi sức cấp cứu (HSCC) với tỷ lệ cao hơn so với các khoa khác, thường gấp 2 - 3 lần [1]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho biết, ít nhất 20% tất cả các nhiễm khuẩn bệnh viện có thể được phòng ngừa thông qua một số biện pháp can thiệp. Khuyến cáo của WHO, rửa tay là biện pháp rẻ tiền và hiệu quả nhất để phòng NKBV. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng vệ sinh bàn tay đúng làm giảm tỷ lệ NKBV, bởi vì tác nhân gây bệnh (vi khuẩn, vi-rút, ký sinh trùng, nấm...) từ bệnh nhân, môi trường bệnh viện (dung cụ, không khí, nước...) có thể lan truyền qua bàn tay từ nhân viên y tế đến bệnh nhân và ngược lại. Một nghiên cứu ở Đài Loan cho thấy, khi tỷ lệ tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế là 80% thì tỷ lệ viêm phổi bệnh viện giảm 61% (IRR = 0.39, P = 0.001). Kỹ thuật vô khuẩn với các dụng cụ phẫu thuật, xâm lấn, hoặc tuân thủ nghiêm ngặt khi thực hiện các thủ thuật xâm nhập, phẫu thuật, chăm sóc vết thương, các biện pháp cách ly phòng ngừa dựa theo đường lây truyền bệnh, kiểm tra các biện pháp thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn theo tác nhân, cơ quan và bộ phận bị NKBV, giám sát NKBV là một trong những yếu tố quan trọng để cải thiện tình trạng NKBV. Nhân viên kiểm soát NKBV có vai trò quan trọng, phải dành nhiều thời gian để tiến hành giám sát NKBV, nhận biết những người bệnh NKBV, xác

định vị trí nhiễm khuẩn, những yếu tố góp phần vào nhiễm khuẩn. Nghiên cứu này nhằm "Đánh giá kết quả áp dụng một số biện pháp, kỹ thuật vệ sinh cải thiện hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện tại Khoa cấp cứu điều trị tích cực, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Đối tượng: Bệnh nhân điều trị tại khoa CC-ĐTTC, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, thời gian nghiên cứu từ tháng 01/01/2012 đến 31/12/2013.

Nhân viên y tế: Bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên vệ sinh, nhân viên KSNK tại các khoa. Hệ thống tổ chức, cơ sở hạ tầng KSNK, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Địa điểm và thời gian: Khoa Cấp cứu - Điều trị tích cực, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương thời gian từ 1/01/2012 đến 31/12/2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp 12 tháng đánh giá kết quả áp dụng một số biện pháp, kỹ thuật vệ sinh cải thiện hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu đối với bệnh nhân là toàn bộ là bệnh nhân NKBV tại khoa Cấp cứu - Điều trị tích cực thời gian từ 01/01/2012 đến 31/12/2013.

Cỡ mẫu nhân viên y tế: Tất cả bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên vệ sinh và nhân viên KSNK.

2.3. Nội dung, biến số nghiên cứu

2.3.1. Nội dung, biến số nghiên cứu

Nội dung can thiệp: Xây dựng hệ thống KSNKBV, thành lập Hội đồng KSNK, mạng lưới KSNK, xây dựng nội quy, cơ chế hoạt động của hội đồng và mạng lưới giám sát NKBV.

Xây dựng chương trình và nội dung tập huấn liên tục NKBV: Xây dựng chương trình, nội dung và triển khai tập huấn kiến thức, kỹ năng thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện cho nhân viên y tế.

Biến số nghiên cứu

Vệ sinh tay trước và sau can thiệp:

Vệ sinh bề mặt trước và sau can thiệp:

Điểm trung bình về kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.

Điểm trung bình về năng lực kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.

Đánh giá xếp loại năng lực kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện của học viên.

Chỉ số hiệu quả về năng lực kiểm soát nhiễm

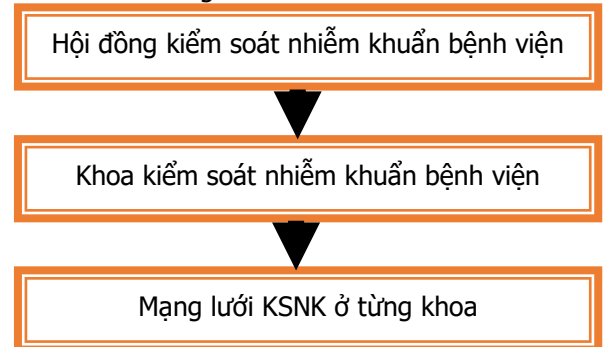
khuẩn bệnh viện.

2.3.2. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến được phiên giải theo tỷ lệ phần trăm, số trung bình, tỷ suất NKBV với khoảng tin cậy 95% (95% CI).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả xây dựng mô hình kiểm soát nhiễm khuẩn.

Can thiệp thành lập hệ thống KSNK gồm 3 cấp độ: Hội đồng KSNK, Khoa KSNK và mạng lưới KSNK ở từng khoa theo sơ đồ tổ chức KSNK:



Sơ đồ 3.1. Hệ thống tổ chức Kiểm soát nhiễm khuẩn

Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn: Hội đồng bao gồm Chủ tịch, một Phó Chủ tịch, một ủy viên thường trực và các ủy viên. Chủ tịch Hội đồng KSNK là lãnh đạo bệnh viện.

Phó Chủ tịch Hội đồng là Trưởng khoa KSNK. Ủy viên của Hội đồng KSNK là đại diện của các khoa lâm sàng và cận lâm sàng:

Nhiệm vụ của Hội đồng KSNK

+ Đề xuất, tư vấn cho Giám đốc BV xây dựng, sửa đổi, bổ sung các quy định kỹ thuật chuyên môn về KSNK phù hợp với thực tế bệnh viện.

+ Tư vấn cho Giám đốc về kế hoạch phát triển công tác KSNK liên quan đến chăm sóc y tế; Tư vấn sửa chữa, thiết kế, xây dựng mới các công trình y tế trong BV phù hợp với nguyên tắc KSNK.

+ Tổ chức huấn luyện, nghiên cứu khoa học về KSNK.

Mạng lưới KSNK: Mạng lưới KSNK bao gồm cấp bệnh viện, cấp khoa phòng.

Tổ chức mạng lưới KSNK Mỗi khoa ít nhất một bác sĩ một điều dưỡng tham gia mạng lưới KSNK hoạt động dưới sự chỉ đạo chuyên môn của Khoa KSNK. Các thành viên thường xuyên được huấn luyện cập nhật chuyên môn về KSNK.

Nhiệm vụ của mạng lưới KSNK

+ Tham gia, phối hợp tổ chức thực hiện công tác KSNK tại bệnh viện.

+ Tham gia kiểm tra, giám sát, đôn đốc nhân viên tại bệnh viện thực hiện các quy định, quy trình chuyên môn liên quan đến KSNK.

3.2. Kết quả cải thiện hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.**Bảng 3.1.** Cơ sở hạ tầng cho vệ sinh tay, trước - sau can thiệp

Nội dung	Điểm tối đa theo WHO	Điểm trước can thiệp	Điểm sau can thiệp
1. Mức độ trang bị dung dịch vệ sinh tay chứa cồn	50	30	50
2. Tỷ lệ số bồn vệ sinh tay/giường bệnh	10	5	5
3. Luôn có nước máy đạt tiêu chuẩn	10	0	10
4. Luôn có xà phòng tại mỗi bồn rửa	10	0	10
5. Luôn có khăn lau tay tại mỗi bồn rửa	10	0	10
6. Có ngăn sách riêng cho vệ sinh tay	10	0	10
Tổng điểm	100	35	95

Bảng 3.2. Đào tạo, tập huấn về sinh tay, trước - sau can thiệp

Nội dung	Điểm tối đa theo WHO	Điểm trước can thiệp	Điểm sau can thiệp
1. Triển khai công tác đào tạo VST tại bệnh viện			
1.1. Mức độ thực hiện đào tạo, tập huấn VST cho nhân viên	20	10	20
1.2. Quy định mọi NVYT đều phải tập huấn	20	0	20
2. Mọi NVYT dễ dàng tiếp cận tài liệu của WHO hoặc của bệnh viện			
2.1. Tóm tắt hướng dẫn VST của WHO	5	5	5
2.2. Cẩm nang VST của WHO	5	5	5
2.3. Tờ tóm tắt về "tại sao? thế nào? và khi nào VST?"	5	0	5
2.4. Thông tin về sử dụng găng tay	5	5	5
3. Bệnh viện có đủ giảng viên VST	15	0	15
4. Có hệ thống đào tạo và đánh giá tuần thủ VST	15	0	15
5. Có ngân sách cho đào tạo VST	10	10	10
Tổng	100	35	100

Bảng 3.3. Giám sát tuần thủ về sinh tay, trước - sau can thiệp

Nội dung	Điểm tối đa theo WHO	Điểm trước can thiệp	Điểm sau can thiệp
1. Đánh giá phương tiện, nguồn lực VST tối thiểu 1 lần/năm	10	10	10
2. Kiểm tra kiến thức VST của NVYT ít nhất 1 lần/năm về:			
2.1. Chỉ định vệ sinh tay	5	0	5
2.2. Kỹ thuật VST	5	0	5
3. Giám sát gián tiếp tuần thủ vệ sinh tay			
3.1. Lượng cồn vệ sinh tay được sử dụng ≥ 1 lần/3 tháng	5	5	5
3.2. Lượng xà phòng được sử dụng ≥ 1 lần/3 tháng	5	5	5
3.3. Tổng lượng hóa chất VST đạt 20 lít/1000GB/ngày	5	0	5
4. Giám sát trực tiếp tuần thủ VST			
4.1. Sử dụng phiếu giám sát của WHO để giám sát chỉ định hoặc kỹ thuật VST	15	10	15
4.2. Tỷ lệ tuần thủ VST	30	15	30
5. Thông báo kết quả giám sát			
5.1. Thông báo ngay cho NV ngay sau mỗi buổi có kết quả giám sát	5	5	5
5.2. Thông báo bằng văn bản ít nhất 6 tháng/lần			
a. Cho nhân viên y tế	7,5	0	0
b. Cho lãnh đạo bệnh viện	7,5	0	7,5
Tổng điểm	100	50	92,5

Bảng 3.4. Tỷ lệ tuần thủ về sinh tay theo nghề nghiệp, trước-sau can thiệp

Đối tượng	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PV
	Số cơ hội cần VST	Số cơ hội có VST	Tỷ lệ %	Số cơ hội cần VST	Số cơ hội có VST	Tỷ lệ %	
Bác sĩ	1.284	768	59,8	1.355	1.213	89,5	49,7
Điều dưỡng	2.084	1.249	59,9	2.127	1.955	91,9	53,4
Hộ lý	1.194	588	49,2	1.178	1.081	91,8	86,3
KTV	1.164	705	60,6	1.192	1.082	90,8	49,9

Bảng 3.5. Đánh giá tuân thủ thực hành vệ sinh khử khuẩn bề mặt, trước-sau can thiệp

Quy trình vệ sinh		Điểm mức đạt	Trước can thiệp	Sau can thiệp
1.	Bề mặt khu vực phòng bệnh...	14	10	14
2.	Vệ sinh giường, bàn, đệm, ghế... trong phòng bệnh	05	5	5
3.	Vệ sinh trần nhà, tường, cửa và các dụng cụ khác	09	5	9
4.	Nhà vệ sinh, đánh cọ bồn rửa... phòng bệnh nhân	06	5	5
5.	Quy trình VSKK trong phòng bệnh tại ICU	09	5	8
6.	Vệ sinh bề mặt có máu và dịch cơ thể	09	5	9
7.	Vệ sinh thiết bị chuyên dụng tại bệnh viện	03	0	3
8.	Vệ sinh dây dân, lọ đựng chất thải...	04	0	4
9.	Xử lý dụng cụ sau khi làm vệ sinh	04	3	4
Tổng điểm		63	38	61

Bảng 3.6. Đánh giá tần suất vệ sinh khử khuẩn bề mặt trước-sau can thiệp

Quy trình vệ sinh		Điểm xếp loại	Trước can thiệp	Sau can thiệp
1.	Vệ sinh sàn nhà, bề mặt...	10	10	10
2.	Vệ sinh giường, bàn, đệm, ghế... trong phòng bệnh.	10	5	10
3.	Vệ sinh trần nhà, tường, cửa và các dụng cụ khác.	10	5	10
4.	Nhà vệ sinh, đánh cọ bồn rửa... phòng bệnh nhân.	10	5	5
5.	Vệ sinh khử khuẩn trong phòng bệnh tại ICU.	10	5	10
6.	Vệ sinh khử khuẩn có áp dụng những nơi có qui định phòng ngừa bổ sung.	10	10	10
7.	Vệ sinh bề mặt có máu và dịch cơ thể.	10	5	10
8.	Vệ sinh thiết bị chăm sóc tại bệnh viện.	10	5	5
9.	Vệ sinh dây dân, lọ đựng chất thải...	10	5	10
10.	VSKK khi BN xuất viện, kết thúc điều trị, chuyển viện, chuyển khoa, tử vong.	10	0	5
Tổng điểm		100	55	85

Bảng 3.7. Hiệu quả về năng lực nhân định NKBV

Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p	CSHQ (%)
	n	(%)	n	(%)		
Đạt	93	75,0	123	99,2	< 0,001	31,9
Không đạt	31	25,0	1	0,8		
Tổng	124	100	124	100		

Bảng 3.8. Hiệu quả về năng lực lập kế hoạch KSNK

Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p	CSHQ (%)
	n	(%)	n	(%)		
Đạt	86	69,4	123	99,2	< 0,001	43,3
Không đạt	38	30,6	1	0,8		
Tổng	124	100	124	100		

Bảng 3.9. Hiệu quả về năng lực thực hiện kế hoạch KSNK

Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p	CSHQ (%)
	n	(%)	n	(%)		
Đạt	72	58,1	123	99,2	< 0,001	71,3
Không đạt	52	41,9	1	0,8		
Tổng	124	100	124	100		

Bảng 3.10. Hiệu quả về năng lực thực hành KSNK bệnh viện

Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p	CSHQ (%)
	n	(%)	n	(%)		
Đạt	70	56,5	124	100,0	< 0,001	77,3
Không đạt	54	43,5	0	0,0		
Tổng	124	100	124	100		

IV. BÀN LUẬN

Trong can thiệp này, chúng tôi đề xuất và thử

nghiệm một số các biện pháp can thiệp như sau:
Xây dựng hệ thống quản lý KSNK bệnh viện:
Thành lập mạng lưới kiểm soát NKBV, xây dựng

nội quy, cơ chế hoạt động của Hội đồng và mạng lưới KSNK bệnh viện.

Xây dựng chương trình, nội dung, tài liệu và tổ chức đào tạo KSNK bệnh viện cho điều dưỡng như: Quy trình giám sát NKBV và quản lý vụ dịch; Biện pháp cách ly phòng ngừa; Quy trình rửa tay; Hướng dẫn sử dụng dụng cụ phòng hộ; Quy trình làm sạch, khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ; Quy trình thực hành phòng viêm phổi bệnh viện; Quy trình thực hành phòng nhiễm khuẩn huyết bệnh viện; Quy trình thực hành phòng nhiễm trùng tiểu bệnh viện; Quy trình thực hành phòng nhiễm trùng da và mô mềm; Quy định kiến trúc, tổ chức và tiêu chuẩn môi trường tại các khoa lâm sàng; Hướng dẫn sử dụng thuốc kháng sinh hợp lý; Quy trình quản lý đồ vải trong bệnh viện; Quy trình vệ sinh bệnh viện; Quy trình quản lý chất thải rắn bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở cả trước và sau can thiệp, các NVYT đã tuân thủ tốt vệ sinh tay ở thời điểm trước khi chạm vào người bệnh. Điều này có thể nói NVYT đã ý thức bảo vệ người bệnh trước các nguy cơ của NKBV. Kết quả này khác với nghiên cứu của WHO được công bố tại Hội nghị lần thứ 21 về Vệ sinh vật lâm sàng và các bệnh truyền nhiễm tại Châu Âu (ECCMID) năm 2011, theo đó gần 1/2 NVYT thường bỏ qua việc rửa tay trước khi tiếp xúc với người bệnh [4]. Sau can thiệp, tỷ lệ vệ sinh tay tăng ở tất cả các nhóm đối tượng khảo sát. Giá trị dự phòng cao nhất ở nhóm hộ lý đạt 86,3%, tiếp đến là nhóm điều dưỡng 53,4% và thấp nhất là bác sỹ 49,7%.

Có nhiều NC đánh giá năng lực KSNKBV: Nghiên cứu của Maria Rosa Iglesias-Parra et al. (2014) dựa trên các hệ thống ngôn ngữ chuẩn hóa (Nghiên cứu kiểm định trắc học tâm lý) có sử dụng kỹ thuật Delphi thông qua 91 can thiệp tiến hành 3 giai đoạn, trong đó hai giai đoạn đầu là xác định và kiểm định nội dung còn giai đoạn

3 là một NC cắt ngang với mục đích phân tích độ tin cậy của bộ cụ NC. Chỉ số Cronbach's alpha về mức độ tin cậy và tương quan trong giữa các biến quan sát trong thang đo = 0,96.

Kết quả cho thấy, việc triển khai thực hiện chương trình đào tạo tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương có hiệu quả. Chương trình góp phần vào cải thiện năng lực KSNK của NVYT trong bệnh viện. Đối với các bệnh viện bệnh truyền nhiễm khác có thể áp dụng chương trình đào tạo này để tăng cường năng lực KSNK bệnh viện cho nhân viên y tế.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ vệ sinh tay tăng ở tất cả nhân viên y tế, cao nhất ở nhóm hộ lý, 86,3%, điều dưỡng 53,4% và thấp nhất là bác sỹ 49,7%.

Can thiệp đã nâng cao được hiệu quả năng lực KSNK cho nhân viên y tế, nâng cao năng lực nhận định (CSHQ = 31,9%), năng lực lập kế hoạch (CSHQ = 43,3%), năng lực thực hiện kế hoạch (CSHQ = 71,3%), năng lực đánh giá (CSHQ = 239,3%), năng lực thực hành kiểm soát NKBV (CSKQ = 77,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Anh Thư (2012)**, Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai, 2008-2009, Luận án tiến sĩ y học.
2. **World Health Organization (2011)**, Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide
3. **World Health Organization(2002)**, *Prevention of Hospital-Acquired Infections. A Practical Guide, 2nd ed.* Geneva: WHO Press.
4. **Nguyễn Việt Hùng và Cs., (2012)**, Tỷ lệ phân bố các yếu tố liên quan và tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2012, *Tạp chí Y học thực hành (869) - Số 5/2013*.
5. **National Nosocomial Infection Surveillance System (2002)**, NISS System report: Data summary from January 1992 to June 2002, *Am J Infect Control (2002)*, Vol.30, pp.458-475.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH CÒI XƯƠNG Ở TRẺ 6-36 THÁNG TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI VIỆN DINH DƯỠNG

Phạm Thị Thu Hương¹, Nguyễn Trọng Hưng¹, Trần Thị Trà Phương¹

TÓM TẮT

¹*Viện Dinh Dưỡng*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hưng

Email: nguyentronghung9602@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2019

Ngày duyệt bài: 28.01.2019

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định đặc điểm lâm sàng của bệnh còi xương của 186 trẻ 6-36 tháng tuổi đến khám tại Viện Dinh Dưỡng năm 2015. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ còi xương cao nhất ở nhóm tuổi 6-12 tháng và giảm dần theo độ tuổi lần lượt là 48,9% ở độ tuổi 6-12 tháng; 32,3% ở độ tuổi 12-24 tháng và 18,8% ở độ tuổi 24-36 tháng. Chậm lên cân, biếng ăn, chậm phát triển chiều cao là những biểu hiện hay gặp đi kèm với còi xương: tỷ lệ trẻ còi xương kèm theo chậm lên cân chiếm 60,2%;

kèm theo biếng ăn chiếm 47,8%; kèm theo chậm phát triển chiều cao chiếm 29%. Các triệu chứng hay gặp ở trẻ còi xương là: ra nhiều mồ hôi; ngủ trằn trọc; tóc rụng vành khăn,... trong đó ra nhiều mồ hôi và ngủ trằn trọc chiếm tỷ lệ cao nhất; lần lượt là 53,8% và 24,7%.

Từ khóa: Còi xương, trẻ em, Viện Dinh Dưỡng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF RICKETS CHILDREN AGES 6-36 MONTHS WHO EXAMINED AT NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION

Using a cross-sectional method study determined the clinical characteristics of 186 rickets children ages 6-36 months who examined at the National Institute of Nutrition in 2015. The results showed that: The highest prevalence of rickets children ages 6-12 months was 48.9%; and ages 12-24 months was 32.3%; ages 24-36 months was 18.8%. The common closely signs of rickets are slowly weight gain and stunted growth, anorexia. Prevalence of slowly weight gain was 60.2%; anorexia was 47.8% and stunted growth was 29%. The common symptoms of rickets are more sweated, sleeplessness, alopecia and a delay in crawling, sitting or walking. The highest prevalence of rickets's symptoms are more sweated and sleeplessness. It was 53.8% and 24.7% respectively.

Key words: Rickets, children, National Institute of Nutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Còi xương là tình trạng thiếu hụt vitamin D gây nên tình trạng rối loạn chuyển hóa can xi và photpho trong cơ thể. Còi xương không phải là bệnh hiếm nghèo nhưng nếu không có biện pháp khắc phục hợp lý sẽ dẫn đến những biến chứng nguy hiểm hay những di chứng ảnh hưởng xấu đến ngoại hình, gây ra những tự ti mặc cảm khi trưởng thành. Những di chứng mà bệnh còi xương để lại ảnh hưởng đến chiều cao của trẻ, biến dạng xương không phục hồi và có thể là một trong những nguyên nhân gây suy dinh dưỡng ở trẻ.

Ở Việt Nam, mặc dù là một nước nhiệt đới, nhiều ánh sáng mặt trời như tỷ lệ bệnh còi xương vẫn cao, đặc biệt ở các phòng khám dinh dưỡng. Vì những lý do trên mà chúng tôi tiến

hành đề tài: "Đặc điểm lâm sàng của bệnh còi xương ở trẻ 6-36 tháng đến khám tại Viện Dinh Dưỡng năm 2015".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em từ 6-36 tháng tuổi đến khám tư vấn dinh dưỡng tại Khoa khám tư vấn dinh dưỡng số 2, Viện Dinh Dưỡng năm 2015 được chẩn đoán còi xương trong thời gian nghiên cứu, được bố mẹ trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ bị suy dinh dưỡng nặng
- Trẻ có bệnh gan, thận, tuyến giáp, có dị tật kèm theo...

2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu để mô tả đặc điểm của bệnh còi xương, áp dụng công thức:

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

n là cỡ mẫu, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$,

p là tỷ lệ thiếu vitamin D (ước tính là 14%) (Nguyễn Văn Sơn và CS 2006) [1].

d= 0,05. Từ đó tính được cỡ mẫu là 186.

2.3. Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bảng phân loại nồng độ vitamin D huyết thanh sau:

Nồng độ vitamin D huyết thanh	Nhận định
30-80 ng/ml	Bình thường
20-<30 ng/ml	Thấp
10-<20 ng/ml	Thiếu nhẹ và TB
< 10 ng/ml	Thiếu nặng

2.4. Nhập và xử lý số liệu: Nhập liệu bằng chương trình EPI DATA. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình stata 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố trẻ còi xương từ 6 - 36 tháng tuổi theo tuổi giới

Nhóm tuổi	Giới					
	Trai		Gái		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
6-12 tháng	45	24.2	46	24.7	91	48.9
13-24 tháng	40	21.5	20	10.8	60	32.3
25-36 tháng	20	10.8	15	8.1	35	18.8
Tổng	105	56.5	81	43.5	186	100.0

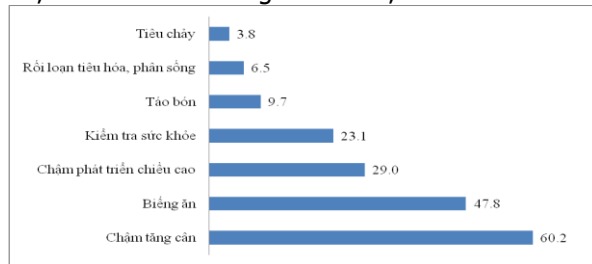
Tại Khoa khám tư vấn dinh dưỡng số 2, Viện Dinh dưỡng từ tháng 6 -12/2015, có 186 trẻ được chẩn đoán còi xương từ 6-36 tháng tuổi.

Tỷ lệ trẻ trai và trẻ gái lần lượt là 105 trẻ chiếm

56,5% và 81 trẻ chiếm 43,5%. Sự khác biệt giữa hai tỷ lệ này không có ý nghĩa thống kê.

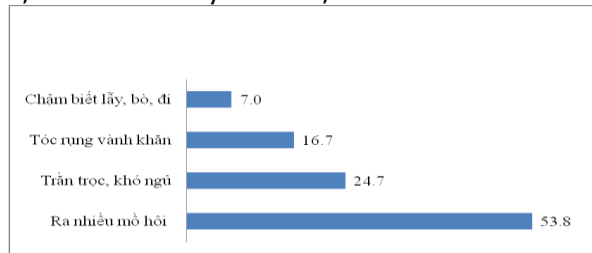
Trẻ còi xương trong nghiên cứu có độ tuổi từ 6-12 tháng chiếm 48,9%, 13-24 tháng chiếm

32,3% và 25-36 tháng chiếm 18,8%.



Hình 1: Lý do đến khám kèm theo của trẻ còi xương từ 6-36 tháng tuổi đến khám tại phòng khám tư vấn dinh dưỡng.

Trong tổng số 186 trẻ còi xương đến khám tại Khoa khám tư vấn dinh dưỡng số 2, lý do kèm theo còi xương để gia đình đưa trẻ đi khám gồm có chậm tăng cân chiếm 60,2%, biếng ăn chiếm 47,8%, chậm phát triển chiều cao chiếm 29,0%, kiểm tra sức khỏe chiếm 23,1%, táo bón chiếm 9,7%, rối loạn tiêu hóa, phân sống chiếm 6,5% và tiêu chảy chiếm 3,8%.



Hình 2: Đặc điểm các triệu chứng ở trẻ còi xương từ 6-36 tháng tuổi

Kết quả hình 2 cho thấy: Các triệu chứng lâm sàng gặp ở trẻ còi xương từ 6-36 tháng tuổi gồm có: Ra nhiều mồ hôi chiếm tỷ lệ 53,8%, trần trọc khó ngủ 24,7%, tóc rụng vành khăn chiếm 16,7% và chậm biết lẫy, bò, đi chiếm 7,0%.

Bảng 2: Tỷ lệ mắc các bệnh kèm theo còi xương của trẻ đến khám tư vấn dinh dưỡng.

Loại bệnh/triệu chứng	n	%
Biếng ăn	89	47,8
Rối loạn tiêu hóa, phân sống	12	6.5
Tiêu chảy	7	3.8
Viêm đường hô hấp	0	0,0

Kết quả bảng 2 chỉ ra: Trong tổng số 186 trẻ còi xương từ 6-36 tháng tham gia nghiên cứu, có 47,8% trẻ mắc bệnh kèm theo còi xương là biếng ăn, 6,5% là rối loạn tiêu hóa, phân sống và 3,8 trẻ bị tiêu chảy.

IV. BÀN LUẬN

Tại Khoa khám tư vấn dinh dưỡng số 2, Viện Dinh dưỡng từ tháng 6 -12/2015, có 186 trẻ được chẩn đoán còi xương từ 6-36 tháng tuổi. Tỷ lệ trẻ trai và trẻ gái lần lượt là 105 trẻ chiếm 56,5% và 81 trẻ chiếm 43,5%. Sự khác biệt này

không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu này khác với nghiên cứu "Mô hình bệnh tật tại phòng khám dinh dưỡng số 2" của chúng tôi (2013) với tỷ lệ mắc còi xương đến khám chiếm 62,5% [2]. Nghiên cứu còn khác biệt với kết quả nghiên cứu của SEANUTS với tỷ lệ thiếu vitamin D ở trẻ em 6-11 tuổi là 48-53% [3] và nghiên cứu của tác giả Vũ Thu Hiền (2012) [4] ở trẻ em nông thôn Hà Nội với tỷ lệ còi xương ở trẻ dưới 6 tháng là 23,6%. Có thể giải thích sự khác biệt này bởi nhóm đối tượng của chúng tôi trong nghiên cứu này là những trẻ chỉ ở độ tuổi từ 6-36 tháng.

Trong nghiên cứu này, trẻ còi xương có độ tuổi chủ yếu từ 6-12 tháng chiếm 48,9%, 13-24 tháng chiếm 32,3% và 25-36 tháng chiếm 18,8%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Năng và Nguyễn Nghiêm Luật năm 2012 chỉ ra nhóm trẻ còi xương chủ yếu đến khám tại bệnh viện Medlatec có độ tuổi dưới 36 tháng chiếm 42% [5].

Ở những trẻ còi xương đến khám và tư vấn dinh dưỡng, có thể nhận thấy tình trạng còi xương chủ yếu đi kèm với chậm tăng cân chiếm 60,2%, biếng ăn chiếm 47,8%, chậm phát triển chiều cao chiếm 29,0%, kiểm tra sức khỏe chiếm 23,1%. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi về "Mô hình bệnh tật tại phòng khám dinh dưỡng số 2" (2013) với tỷ lệ chậm tăng cân chiếm 62,6% [2], nghiên cứu "Đánh giá tình trạng thiếu máu và thiếu kẽm ở trẻ từ 6-59 tháng tuổi bị biếng ăn đến khám tư vấn dinh dưỡng tại cơ sở 2 - Viện Dinh dưỡng" (2014) với tỷ lệ chậm tăng cân chiếm 79,3%, chậm phát triển chiều cao chiếm 34,6% [6] và cũng như nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hải (2006) [7].

Trong nghiên cứu này của chúng tôi cũng ghi nhận triệu chứng lâm sàng thường gặp ở trẻ còi xương gồm có ra nhiều mồ hôi chiếm tỷ lệ 53,8%, trần trọc khó ngủ 24,7%, tóc rụng vành khăn chiếm 16,7% và chậm biết lẫy, bò, đi chiếm 7,0%. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi "Đánh giá tình trạng thiếu máu và thiếu kẽm ở trẻ từ 6-59 tháng tuổi bị biếng ăn đến khám tư vấn dinh dưỡng tại cơ sở 2 - Viện Dinh Dưỡng" (2014) với tỷ lệ ra mồ hôi trộm chiếm 50,2%, trần trọc khó ngủ chiếm 29,5%, tóc rụng vành khăn chiếm 14,8% và chậm biết lẫy, bò, đi chiếm 7,6% [6].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ còi xương cao nhất ở nhóm tuổi 6-12 tháng và giảm dần khi độ tuổi tăng lên lần lượt là 48,9% ở độ tuổi 6-12 tháng; 32,3% ở độ tuổi 12-24 tháng và 18,8% ở độ tuổi 24-36 tháng.

Chậm lên cân, biếng ăn, chậm phát triển chiều cao là những biểu hiện hay gặp đi kèm với còi xương: tỷ lệ trẻ còi xương có chậm lên cân chiếm 60,2%; biếng ăn chiếm 47,8%; chậm phát triển chiều cao chiếm 29%.

Các triệu chứng ra nhiều mồ hôi; ngủ trằn trọc; tóc rụng vành khăn và chậm vận động là hay gặp; trong đó ra nhiều mồ hôi và ngủ trằn trọc chiếm tỷ lệ cao nhất; lần lượt là 53,8% và 24,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Sơn (2006), *Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ còi xương dinh dưỡng ở trẻ em dưới 3 tuổi tại một số vùng miền núi phía Bắc và hiệu quả điều trị bằng vitamin D liều thấp*, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
1. Phạm Thị Thu Hương, Nguyễn Trọng Hưng và Cs (2013). "Mô hình bệnh tật tại phòng khám dinh dưỡng số 2 - Viện Dinh dưỡng", Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở.
2. Bao Khanh LN, Hop LT, Van Anh ND, Nga TT, Chinh NH, Do TT, Pau D, Ilse K (2013). *Double burden of undernutrition study in 0.5-11 year old children*. B J Nutr, 110:S45-S56.
3. Vũ Thị Thu Hiền và CS (2012). *Tỷ lệ thiếu vitamin D và một số yếu tố liên quan ở trẻ em 1-6 tháng tuổi tại Hà Nội*. Tạp chí Dinh Dưỡng và thực phẩm; 8(4): 8- 16
4. Hoàng Thị Năng và Nguyễn Nghiêm Luật (2012). *Tình trạng thiếu vitamin D và một số yếu tố liên quan ở trẻ em đến khám bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Medlatec*.
5. Phạm Thị Thu Hương, Nguyễn Trọng Hưng và Cs (2014). *Đánh giá tình trạng thiếu máu và thiếu kẽm ở trẻ từ 6-59 tháng tuổi bị biếng ăn đến khám tư vấn dinh dưỡng tại cơ sở 2 - Viện Dinh dưỡng*, Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở.
6. Lê Thị Hải và CS (2006). *Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng và bệnh tật của các đối tượng đến khám tư vấn dinh dưỡng tại trung tâm khám tư vấn dinh dưỡng*. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, 2(2):29-34

TƯƠNG QUAN GIỮA TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ ĐẶC ĐIỂM DẪN TRUYỀN THẦN KINH CHI DƯỚI TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH TỌA

Nguyễn Văn Hường¹, Tăng Thị Kỳ Ninh^{1,2}, Lê Đình Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và đặc điểm dẫn truyền thần kinh chi dưới trên bệnh nhân đau thần kinh tọa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán đau thần kinh tọa một bên, được đo dẫn truyền thần kinh tại Phòng thăm dò chức năng - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** không có mối tương quan giữa hoàn cảnh xuất hiện, thời gian mắc bệnh với dẫn truyền thần kinh chi dưới ($p > 0,05$); có mối tương quan đồng biến chặt chẽ giữa số điểm VAS với thời gian tiềm vận động thần kinh chày sau theo phương trình DML chày sau = $0,886 \text{ VAS} = 1,86$ với $0,6 < r < 1$; $p < 0,05$. **Kết luận:** Có mối tương quan giữa thang điểm đau VAS với thời gian tiềm tàng vận động dây thần kinh chày sau, cụ thể khi điểm VAS càng cao thời gian tiềm tàng vận động dây thần kinh chày sau càng kéo dài.

Từ khóa: Thần kinh tọa; Dẫn truyền thần kinh; VAS.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL SYMPTOMS AND CHARACTERISTICS LOWER LIMB ELECTROMYOGRAPHY IN SCIATICA

Objectives: To determine the correlation between clinical symptoms and lower limb Electromyography

(EMG) characteristics in sciatica patients. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptions on 60 patients diagnosed with sciatica on one side, measured EMG at the Functional Clinic - Hanoi Medical University Hospital. **Results:** there was no correlation between appearance and duration of disease with lower limb neurotransmitters ($p > 0.05$); There was a close correlation between the number of VAS points and the duration of posterior tibial neural activity according to the following DML baseball equation = $0.886 \text{ VAS} = 1.86$ with $0.6 < r < 1$; $p < 0.05$. **Conclusion:** There is a correlation between the pain score of VAS and the latent duration of posterior tibial nerve movement, particularly when the VAS score is higher than the latent duration of the tibial nerve movement after prolonged canngf.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa (ĐTKT) là hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng V và cùng I, có đặc tính đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa (từ thắt lưng xuống hông), dọc theo mặt sau đùi xuống cẳng chân, lan ra ngón út hoặc ngón cái (tùy theo rễ bị đau) [2],[3]. Có rất nhiều nguyên nhân gây nên ĐTKT như thoái hóa cột sống thắt lưng, thoát vị đĩa đệm, viêm dây thần kinh, u thần kinh gây xâm lấn chèn ép thần kinh tọa, trong đó nguyên nhân chủ yếu và hay gặp nhất là do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng gây ra chèn ép các rễ thần kinh tương ứng [1]. Hậu quả của việc chèn ép dây thần kinh tọa là gây tê, đau, giảm hoặc mất cảm giác vùng bàn chân mà dây thần kinh tọa chi phối, nặng có thể gây ra

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương,

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hường

Email: vanhuong73@hotmail.com

Ngày nhận bài: 22.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2019

Ngày duyệt bài: 25.01.2019

nhiều tổn thương nặng nề như hội chứng đuôi ngựa (35%), teo cơ cẳng chân, hạn chế vận động (28%) [4] làm ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của người bệnh, tăng gánh nặng chi phí y tế cho xã hội. Chẩn đoán nguyên nhân đau thần kinh tọa dựa vào các xét nghiệm như chụp XQ, chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng, đo tốc độ dẫn truyền thần kinh. Chụp MRI cột sống thắt lưng giúp xác định tổn thương về mặt cấu trúc như vị trí, mức độ tổn thương với độ nhạy, độ đặc hiệu cao. Tuy nhiên nhiều trường hợp có chèn ép rễ trên phim MRI cũng chưa khẳng định được có tổn thương chức năng rễ thần kinh hay không (do tổn thương chính trong ĐTKT chủ yếu là do chèn ép rễ gây tổn thương sợi trục thần kinh trong hoặc thiếu máu cục bộ do tổn thương vi mạch). Do vậy, cần làm thêm đo dẫn truyền thần kinh đánh giá tổn thương về mặt chức năng như nguồn gốc tổn thương, phân biệt tổn thương dây, rễ thần kinh thông qua đo tốc độ dẫn truyền cảm giác, vận động, sóng F và phản xạ H ở chi dưới. Chính vì vậy, việc xác định được mối tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và đặc điểm dẫn truyền thần kinh trên bệnh nhân đau thần kinh tọa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 60 bệnh nhân từ 20 tuổi trở lên có hội chứng ĐTKT được chẩn đoán xác định dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- + Đau dọc theo đường đi dây thần kinh tọa một bên.
- + Có hội chứng cột sống: thay đổi hình dáng cột sống, đau cột sống, điểm đau cạnh sống.
- + Có hội chứng rễ: Các nghiệm pháp căng DTKT như Lasegue (+), Valleix(+).
- + Có phim chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng.

- Tiêu chuẩn loại trừ

- + Bệnh thần kinh ngoại biên và các bệnh lý gây ảnh hưởng đến dẫn truyền thần kinh.
- + Có tổn thương da, cơ, mạch máu chi dưới gây khó khăn khi tiến hành ghi điện cơ.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** được tính theo công

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{\Delta^2}$$

thức: Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu; s: độ lệch chuẩn. Theo Phan Việt Nga và cộng sự [5] độ lệch chuẩn về tốc độ dẫn truyền vận động thần kinh chày ở BN TVĐĐ CSTL là 3,88m/s; Δ: khoảng sai lệch theo mong muốn là 1m/s; Giá trị Z thu được ở bảng Z tương ứng với α = 0.05. $Z(1-\alpha/2) = 1.96$. Kết quả = 60 (bệnh nhân).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Các thông số nghiên cứu và công cụ nghiên cứu:** Mỗi đối tượng được đo thời gian tiềm vận động (ms), biên độ đáp ứng cơ cơ (μV), tốc độ dẫn truyền vận động các dây thần kinh chày sau, mào sâu (m/s), tốc độ dẫn truyền cảm giác thần kinh mào nông, bắp chân (m/s), phản xạ H bằng máy điện cơ Neuropack S1 MEB-9400 tại Phòng Thăm dò chức năng, Phòng khám số 1, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

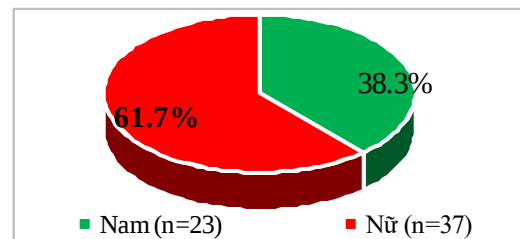
2.3. Xử lý số liệu: Số liệu xử lý bằng phần mềm IBM SPSS 20.0.

- Sử dụng Pair – Samples T test khi so sánh hai giá trị trung bình; One-way Anova test khi so sánh nhiều giá trị trung bình; Kiểm định tương quan giữa hai biến định tính bằng Pearson Test, $p > 0,05$: không có mối tương quan giữa hai biến kiểm định, $p < 0,05$: có mối tương quan giữa 2 biến kiểm định. Số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{x} \pm SD$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Theo quy định y đức Trường Đại học Y Hà Nội.

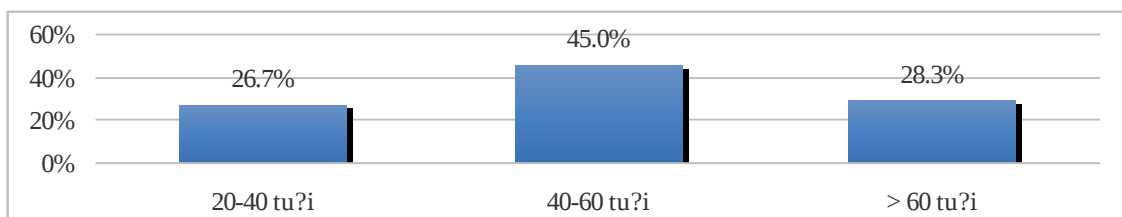
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng theo giới

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có 61,7% nữ giới và 38,3% là nam giới.



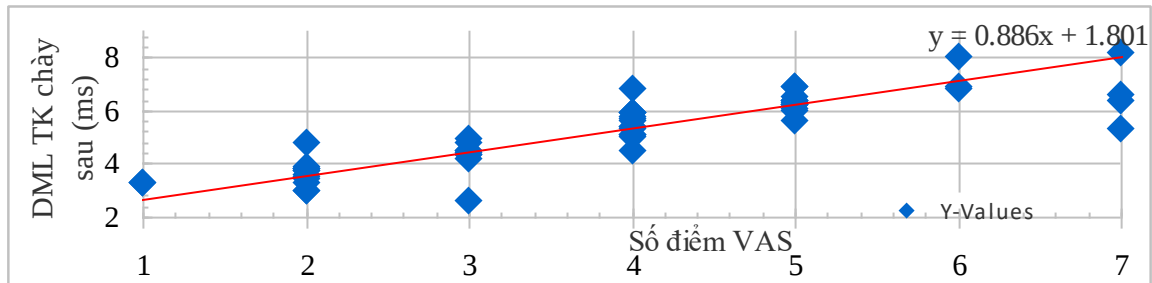
3.2. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Nhóm tuổi hay gặp nhất là nhóm tuổi 40 đến 60 tuổi, nhóm tuổi ít gặp là nhóm dưới 40 tuổi.

Bảng 0.1. Liên quan hoàn cảnh khởi phát và dẫn truyền thần kinh bên bệnh

Dây thần kinh		Hoàn cảnh xuất hiện		P
		Đột ngột (n = 19) $\bar{x} \pm SD$	Từ từ (n = 41) $\bar{x} \pm SD$	
Chày sau	DML (ms)	4,7 $\pm$ 1,6	5,4 $\pm$ 1,7	0,095
	Am (μ V)	9,7 $\pm$ 3,8	10,4 $\pm$ 3,4	0,473
	MCV(m/s)	45,3 $\pm$ 13,2	45,9 $\pm$ 6,3	0,774
Mác sâu	DML (ms)	4,5 $\pm$ 1,3	4,2 $\pm$ 0,9	0,187
	Am (μ V)	2,4 $\pm$ 1,6	3,6 $\pm$ 3,6	0,173
	MCV(m/s)	49,0 $\pm$ 6,6	50,2 $\pm$ 7,1	0,541
Bắp chân	SCV (m/s)	49,9 $\pm$ 6,4	48,1 $\pm$ 9,9	0,452
Mác nông	SCV (m/s)	43,9 $\pm$ 5,4	42,8 $\pm$ 11,7	0,696

Nhận xét: Không có mối tương quan giữa hoàn cảnh khởi phát bệnh với sự biến đổi dẫn truyền thần kinh chi dưới với $p > 0,05$



Biểu đồ 3.2 Tương quan giữa số điểm VAS với thời gian tiềm vận động thần kinh chày sau bên bệnh

Nhận xét: Có mối tương quan đồng biến chặt chẽ giữa số điểm VAS và thời gian tiềm vận động thần kinh chày sau theo phương trình $DML \text{ chày sau} = 0,886 \text{ VAS} + 1,86$ ($0,6 < r < 1$; $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 60 bệnh nhân đau thần kinh tọa lứa tuổi từ 20 đến trên 60 tuổi (tuổi trung bình là $51,5 \pm 22,75$), chúng tôi nhận thấy tần suất mắc đau thần kinh tọa có xu hướng tăng từ lứa tuổi 40 trở lên, đặc biệt số bệnh nhân từ 40-60 chiếm tỷ lệ 45% cao hơn hẳn các lớp tuổi khác. Chúng tôi lấy tuổi 60 làm mốc vì theo đa số các tác giả [5] đây là điểm cắt (cutting point) của những thay đổi trong phương pháp thăm dò điện sinh lý, trong đó các thông số về dẫn truyền thần kinh là các yếu tố thay đổi nhiều nhất nhạy cảm nhất, tương quan chặt chẽ với tuổi. Tuy nhiên, khi nghiên cứu về mối tương quan giữa hoàn cảnh khởi phát, thời gian mắc bệnh với đặc điểm dẫn truyền thần kinh thì chúng tôi không tìm thấy mối tương quan nào có ý nghĩa. Có thể lý giải điều này là do hoàn cảnh khởi phát và thời gian mắc bệnh không trực tiếp phản ánh mức độ tổn thương hay chèn ép rễ thần kinh tọa trên lâm sàng mà chỉ góp phần bổ sung cho cơ chế gây tổn thương thần kinh tọa theo nguyên nhân vi mạch máu hay chèn ép rễ thần kinh. Kết quả nghiên cứu (Bảng 3.3) cho thấy, không có mối tương quan giữa số điểm VAS với thời gian tiềm

vận động, biên độ đáp ứng cơ cơ, tốc độ dẫn truyền vận động dây thần kinh mác sâu bên bệnh, $p > 0,05$. Tuy nhiên, có mối tương quan đồng biến chặt chẽ giữa điểm đau VAS và thời gian tiềm vận động thần kinh chày sau theo phương trình $DML \text{ TK chày sau} = 0,886 \text{ VAS} + 1,8$ với $0,6 < |r| < 1$; $p < 0,05$. Điều này có thể lý giải do mức độ đau phụ thuộc vào mức độ tổn thương thần kinh ngoại vi. Chứng tỏ khi đau càng nhiều thì càng xuất hiện nhiều tổn thương trên dây thần kinh như thiếu máu cục bộ tạm thời bao thần kinh ở vùng bị chèn ép, rối loạn vi mạch máu, phù nề trong bó thần kinh, thoái hóa myelin sợi trục thứ phát. Tuy nhiên, ngưỡng đau của mỗi người lại khác nhau, phụ thuộc vào lứa tuổi, giới tính, ngưỡng chịu đựng của từng người nên việc đánh giá mức độ đau chỉ chính xác tương đối. Khi đo tốc độ dẫn truyền thần kinh, thời gian tiềm là thông số trực tiếp đo được bằng máy điện cơ nên phản ánh chính xác mức độ tổn thương thần kinh ngoại vi một cách khách quan, tốc độ dẫn truyền thần kinh được tính gián tiếp thông qua tỷ số giữa khoảng cách của hai điểm kích thích và hiệu số thời gian tiềm vận động, do đó, tốc độ dẫn truyền bị ảnh hưởng chủ quan

bởi việc đo khoảng cách giữa hai điểm kích thích bên ngoài da, khoảng cách này chỉ tương ứng chứ chưa phản ánh chính xác chiều dài của đoạn thần kinh khảo sát. Chính vì vậy, chúng tôi tìm được mối tương quan chặt chẽ giữa mức độ đau với thời gian tiềm vận động (chứ không phải với tốc độ dẫn truyền vận động).

V. KẾT LUẬN

- Không có mối tương quan giữa hoàn cảnh khởi phát, thời gian mắc bệnh với đặc điểm dẫn truyền thần kinh bên bệnh ($p > 0,05$).

- Có mối tương quan đồng biến chặt chẽ giữa số điểm VAS và thời gian tiềm vận động thần kinh chày sau theo phương trình DML chày sau $= 0,886 \text{ VAS} + 1,86$ ($0,6 < r < 1$; $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường (2010), *Bài giảng triệu chứng học thần kinh*, Y học Hà Nội, tr: 80-85.
2. Skovron M.L (1992), *Epidemiology of low back*

pain, Bailliere's clinic rheumatology, tr: 209-212.

3. Trịnh Văn Minh (2005), *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr:128-130.
4. Phạm Thị Minh Đức (2007), *Sinh lý học*, Nhà xuất bản y học, tr: 53-63.
5. Mitz M, Prakask AS, Melvin J, Pieing W (1980), *Motor nerve conduction indicators in uremic neuropathy*. Arch Phys Med Rehabil. 61 (10): 45-8.
6. Hồ Hữu Lương, Nguyễn Văn Chương, Cao Hữu Hân (1991) *Cơ cấu bệnh tật tại Khoa Nội Thần kinh, Viện Quân y 103 trong 10 năm (1980 - 1989)*. Công trình nghiên cứu Y học quân sự, số 1, tr.22-27.
7. Nguyễn Thị Phương Thảo (2004), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân 30 trường hợp đau thần kinh hông tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Đinh Đăng Tuệ (2013), *Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng kết hợp với xoa bóp bấm huyệt*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học y Hà Nội.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA THANG ĐIỂM SASDAS-CRP VỚI CHỈ SỐ BASDAI VÀ THANG ĐIỂM ASDAS-CRP TRONG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG CỦA BỆNH VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Nguyễn Thị Phương Thủy¹, Nguyễn Thị Minh Ngọc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối tương quan giữa thang điểm SASDAS-CRP với chỉ số BASDAI và thang điểm ASDAS-CRP trong đánh giá mức độ hoạt động bệnh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, được thực hiện tại Khoa Khớp, bệnh viện Bạch Mai, gồm 61 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn New York sửa đổi năm 1984. **Kết quả và kết luận:** Giá trị SASDAS-CRP trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $20,1 \pm 14,7$, trong đó nhóm bệnh nhân trong giai đoạn hoạt động mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,7%. Thang điểm SASDAS-CRP có mối tương quan chặt chẽ với chỉ số BASDAI, hệ số tương quan $r = 0,79$ và $p < 0,001$. Trong số những BN có BASDAI < 4 , chỉ có 41,5% BN trong giai đoạn bệnh không hoạt động và 24,4% BN có hoạt động bệnh mạnh hoặc rất mạnh khi tính theo thang điểm SASDAS-CRP. Tất cả các BN có BASDAI ≥ 4 đều có mức độ hoạt động bệnh mạnh hoặc rất mạnh theo thang điểm SASDAS-CRP. Thang điểm SASDAS-CRP có mối tương quan đồng biến với thang điểm ASDAS-CRP, hệ số tương quan $r = 0,88$ và $p < 0,001$. Tất cả

các BN đang trong giai đoạn bệnh không hoạt động theo thang điểm ASDAS-CRP, cũng được đánh giá là không hoạt động theo thang điểm SASDAS-CRP. 72,4% BN trong nhóm hoạt động bệnh rất mạnh theo thang điểm ASDAS-CRP được đánh giá chỉ ở mức hoạt động mạnh theo thang điểm SASDAS-CRP.

Từ khóa: Viêm cột sống dính khớp, SASDAS-CRP, BASDAI, ASDAS-CRP, hoạt động bệnh.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN SASDAS-CRP WITH BASDAI AND ASDAS-CRP IN EVALUATING THE ACTIVITY OF ANKYLOSING SPONDYLITIS

Objective: To investigate the correlation between the SASDAS-CRP with BASDAI and ASDAS-CRP in assessing the disease activity of patients with ankylosing spondylitis. **Subjects and methods:** The prospective study, carried out at Rheumatology department, Bach Mai hospital, included 61 patients with ankylosing spondylitis diagnosed according to 1984 modified New York Criteria for ankylosing spondylitis. **Result and conclusions:** The average SASDAS-CRP value of these patients was 20.1 ± 14.7 , in which the patients with high activity accounted for the highest rate with 36.7%. The SASDAS-CRP score was strongly correlated with the BASDAI, the correlation coefficient $r = 0.79$ and $p < 0.001$. Among patients with BASDAI < 4 , only 41.5% of patients were inactive and 24.4% had severe or very active disease when calculated on a SASDAS-CRP. All patients with

¹Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2019

Ngày duyệt bài: 13.01.2019

BASDAI ≥ 4 had a high or very high level of disease activity on the SASDAS-CRP. The SASDAS-CRP had a positive correlation with the ASDAS-CRP, the correlation coefficient $r = 0.88$ and $p < 0.001$. All patients who were in the inactive disease on ASDAS-CRP, which were also as inactive according to SASDAS-CRP. 72.4% of patients with very active disease according to ASDAS-CRP were assessed at the level of high activity according to SASDAS-CRP.

Keywords: Ankylosing spondylitis, SASDAS-CRP, BASDAI, ASDAS-CRP, disease activity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh khớp viêm mạn tính chưa rõ nguyên nhân, đặc trưng bởi tình trạng viêm và calci hóa tại các điểm bám gân, dây chằng tại cột sống. Biểu hiện trên lâm sàng của bệnh là sự kết hợp giữa hội chứng cùng chậu- cột sống và hội chứng bám tận (viêm tại các điểm bám gân) [1]. Ngoài ra, bệnh còn có thể gây ra những tổn thương khác ở mắt, da, van động mạch chủ và ruột. VCSKD thường khởi phát ở người trẻ tuổi, trong đó 80% xuất hiện triệu chứng đầu tiên ở tuổi trước 30 và chỉ có 5% bệnh nhân khởi phát bệnh sau 45 tuổi [2]. Tiến triển của bệnh gây biến dạng và giảm khả năng vận động của cột sống, viêm khớp cùng chậu, viêm khớp háng 2 bên, làm ảnh hưởng nhiều đến khả năng lao động, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Do vậy, việc chẩn đoán sớm và đánh giá đúng mức độ hoạt động của bệnh để đưa ra một phác đồ điều trị phù hợp sẽ làm giảm sự tiến triển của bệnh, cũng như giảm thiểu nguy cơ tàn phế cho bệnh nhân. Trên thế giới, đã có nhiều thang điểm được đưa ra nhằm mục tiêu đánh giá chính xác tình trạng hoạt động của bệnh VCSKD, trong đó chỉ số BASDAI (bath ankylosing spondylitis disease activity index) và thang điểm ASDAS (ankylosing spondylitis disease activity score) được sử dụng nhiều nhất. Tuy nhiên, kết quả của chỉ số BASDAI phụ thuộc rất nhiều vào nghề nghiệp, trình độ học vấn và trạng thái tâm lý của người bệnh nên dẫn đến nhiều sai số. Thang điểm ASDAS kết hợp việc tự đánh giá của bệnh nhân và các chỉ số đánh giá mức độ viêm (tốc độ máu lắng hoặc protein C phản ứng) nên có độ tin cậy và chính xác cao, tuy nhiên thang điểm này có công thức phức tạp và khó tính toán, do đó khó áp dụng trên lâm sàng. Thang điểm SASDAS-CRP được đưa ra năm 2016 dựa trên thang điểm ASDAS-CRP để đánh giá nhanh mức độ hoạt động bệnh VCSKD trên lâm sàng [3]. So với thang điểm ASDAS, thang điểm mới SASDAS-CRP đơn giản hơn, dễ dàng áp dụng trong thực hành lâm sàng hàng ngày và đánh giá chính xác mức độ hoạt động của bệnh. Tuy nhiên, tại Việt

Nam, các nghiên cứu về bệnh VCSKD chủ yếu sử dụng các chỉ số BASDAI và ASDAS để đánh giá mức độ hoạt động của bệnh cũng như hiệu quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *khảo sát mối tương quan giữa thang điểm SASDAS-CRP với chỉ số BASDAI và thang điểm ASDAS-CRP trong đánh giá mức độ hoạt động bệnh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Khớp, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2017 đến tháng 8/2018, gồm 61 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn New York sửa đổi năm 1984.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu tiến cứu, thực hiện trên các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VCSKD điều trị tại Khoa Khớp, bệnh viện Bạch Mai. Số liệu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất.

- Các đặc điểm chung gồm: tuổi, giới, tuổi khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh.

- Các đặc điểm lâm sàng gồm: thể bệnh, đo độ giãn lồng ngực, độ giãn cột sống thắt lưng và khoảng cách tay đất, thời gian cứng khớp buổi sáng, mức độ đau khớp theo thang điểm VAS, mức độ tiến triển của bệnh do bệnh nhân tự đánh giá.

- Đánh giá mức độ hoạt động của bệnh VCSKD theo các chỉ số: BASDAI, ASDAS-CRP, SASDAS-CRP.

- Các đặc điểm cận lâm sàng gồm: HLA-B27, công thức máu, chức năng gan- thận, đường máu, nồng độ protein C phản ứng.

Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Mối tương quan giữa các thang điểm được đánh giá thông qua kiểm định Spearman's và biểu đồ phân bố.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

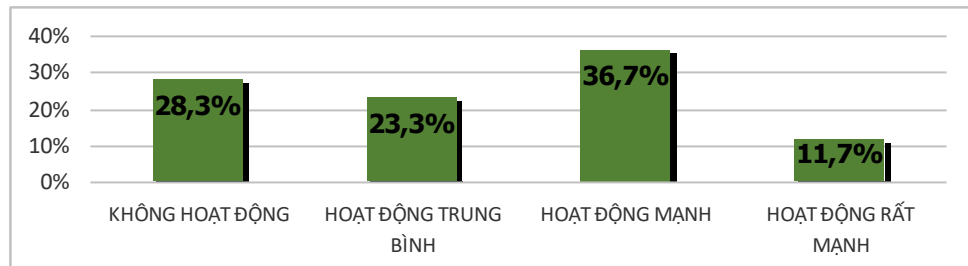
3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình khá trẻ là $30,3 \pm 10,2$ năm, trong đó thấp nhất là 16 tuổi và cao nhất là 57 tuổi. Nhóm từ 16- 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (54,1%). Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới, tỷ lệ nam giới mắc bệnh gấp 9 lần nữ giới.

- Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm (chiếm 64%) và thời gian mắc bệnh trung bình là $6,8 \pm 6,2$ năm.

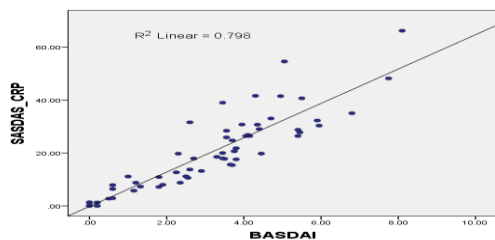
- Trong nghiên cứu, có 52 /61 bệnh nhân mắc VCSKD thể hỗn hợp và 9 bệnh nhân thể cột sống, không có bệnh nhân mắc thể ngoại vi.

3.2. Khảo sát mối tương quan giữa thang điểm SASDAS-CRP với chỉ số BASDAI và thang điểm ASDAS-CRP trong đánh giá mức độ hoạt động bệnh VCSDK



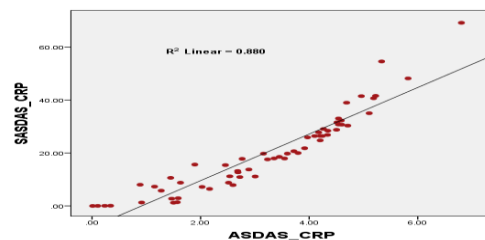
Biểu đồ 3.1: Mức độ hoạt động bệnh VCSDK của nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo thang điểm SASDAS-CRP

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nhóm bệnh nhân trong giai đoạn hoạt động mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,7%. Giá trị SASDAS-CRP trung bình là $20,1 \pm 14,7$



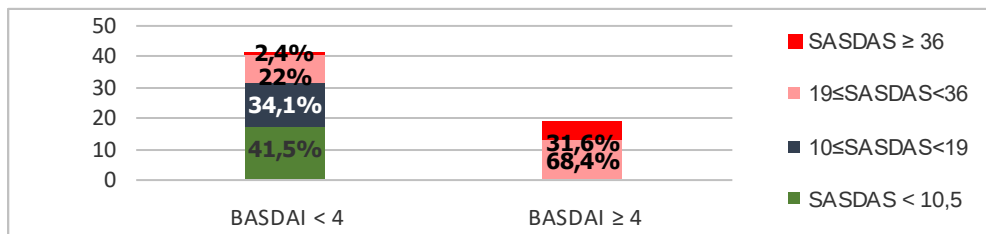
Biểu đồ 3.2: Mối tương quan giữa thang điểm SASDAS-CRP và chỉ số BASDAI

Nhận xét: Thang điểm SASDAS-CRP có mối tương quan chặt chẽ với chỉ số BASDAI với hệ số tương quan $r = 0,79$ và $p < 0,001$.



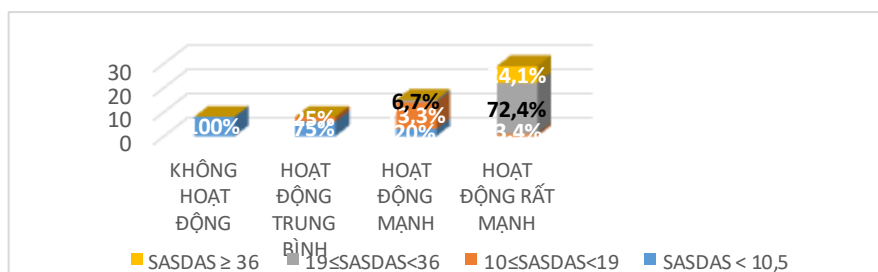
Biểu đồ 3.3: Mối tương quan giữa thang điểm SASDAS-CRP và thang điểm ASDAS-CRP

Nhận xét: Thang điểm SASDAS-CRP có mối tương quan đồng biến với thang điểm ASDAS-CRP, hệ số tương quan $r = 0,88$ và $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.4: Phân bố mức độ hoạt động bệnh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo thang điểm SASDAS-CRP và chỉ số BASDAI.

Nhận xét: Trong số những BN có BASDAI < 4 , khi tính theo thang điểm SASDAS-CRP, chỉ có 41,5% BN trong giai đoạn bệnh không hoạt động và có 24,4% BN hoạt động bệnh mạnh hoặc rất mạnh. Tất cả các BN có BASDAI ≥ 4 đều có mức độ hoạt động bệnh mạnh hoặc rất mạnh theo thang điểm SASDAS-CRP.



Biểu đồ 3.5: Phân bố mức độ hoạt động bệnh của nhóm BN nghiên cứu theo thang điểm SASDAS-CRP và thang điểm ASDAS-CRP.

Nhận xét: Tất cả các BN đang trong giai đoạn bệnh không hoạt động theo thang điểm ASDAS-CRP, cũng được đánh giá là không hoạt động theo thang điểm SASDAS-CRP. Tỷ lệ BN ở mức độ hoạt động bệnh rất mạnh theo cả 2 thang điểm là 24,1%. 72,4% BN trong nhóm hoạt động bệnh rất mạnh theo thang điểm ASDAS-CRP được đánh giá chỉ ở mức hoạt động mạnh theo thang điểm SASDAS-CRP.

IV. BÀN LUẬN

ASDAS là thang điểm đầu tiên không chỉ dựa vào nhận xét chủ quan của bệnh nhân mà còn sử dụng các thông số cận lâm sàng phản ánh tình trạng viêm như protein C phản ứng và tốc độ máu lắng trong đánh giá mức độ hoạt động của bệnh VCSĐK. Điều này làm tăng tính chính xác trong việc ước tính mức độ hoạt động trên mỗi bệnh nhân. Tuy nhiên, nhược điểm của thang điểm ASDAS-CRP là việc tính toán phức tạp, đòi hỏi phải có sự hỗ trợ của máy tính, do đó khó áp dụng trong thực hành lâm sàng hàng ngày. Thang điểm SASDAS-CRP ra đời đã khắc phục được nhược điểm của thang điểm ASDAS-CRP và vẫn đánh giá chính xác mức độ tiến triển của bệnh VCSĐK. Giá trị SASDAS-CRP trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $20,1 \pm 14,7$, trong đó, nhóm bệnh nhân trong giai đoạn hoạt động mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất (36,7%) và 11,7% bệnh nhân trong giai đoạn bệnh hoạt động rất mạnh.

Chỉ số BASDAI là một trong những thang điểm được sử dụng nhiều nhất trong các nghiên cứu về bệnh VCSĐK. Thang điểm này cũng góp phần quan trọng trong việc đánh giá hiệu quả điều trị của các thuốc cũng như đưa ra các quyết định điều trị đặc hiệu cho bệnh nhân VCSĐK như chỉ định dùng thuốc sinh học. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu trong bệnh VCSĐK, chỉ số BASDAI có độ tin cậy cao trong đánh giá mức độ hoạt động bệnh [4]. Khi so sánh với chỉ số BASDAI, chúng tôi nhận thấy thang điểm SASDAS-CRP có mối tương quan đồng biến, với hệ số tương quan $r = 0,79$ và $p < 0,001$. Như vậy, thang điểm SASDAS-CRP tương quan chặt chẽ với thang điểm BASDAI. Đánh giá đặc điểm phân bố bệnh nhân vào các mức độ hoạt động bệnh khác nhau theo 2 thang điểm BASDAI và SASDAS-CRP, chúng tôi nhận thấy tất cả các bệnh nhân trong nhóm BASDAI ≥ 4 đều ở mức hoạt động bệnh mạnh hoặc rất mạnh nếu tính theo thang điểm SASDAS, trong đó hoạt động bệnh mạnh chiếm đa số với tỷ lệ 68,4%. Mặt khác, trong số bệnh nhân có chỉ số BASDAI < 4 , chỉ có 41,5% bệnh nhân ở giai đoạn bệnh không

hoạt động tính theo thang điểm SASDAS-CRP. Ngoài ra 24,4% bệnh nhân trong số đó được đánh giá là hoạt động mạnh hoặc rất mạnh theo thang điểm SASDAS-CRP. Do đó, nếu chỉ đánh giá theo thang điểm BASDAI, một số bệnh nhân đang trong giai đoạn bệnh hoạt động có thể bị bỏ sót, gây ảnh hưởng đến quá trình theo dõi và đưa ra quyết định điều trị kịp thời cho bệnh nhân.

So với chỉ số BASDAI, thang điểm ASDAS có khả năng phân loại bệnh nhân vào các mức độ hoạt động bệnh, cũng như đánh giá sự thay đổi của bệnh tốt hơn [5]. Khi đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm SASDAS-CRP với thang điểm ASDAS-CRP, chúng tôi nhận thấy có mối tương quan đồng biến với hệ số tương quan r là 0,88 và $p < 0,01$. Như vậy, thang điểm SASDAS-CRP và thang điểm ASDAS-CRP có mối tương quan chặt chẽ với nhau. Tuy nhiên, khi phân loại bệnh nhân VCSĐK vào các mức độ hoạt động bệnh khác nhau theo thang điểm ASDAS-CRP và SASDAS-CRP, chúng tôi lại nhận thấy có sự khác biệt. Theo thang điểm ASDAS-CRP, bệnh nhân trong nhóm hoạt động bệnh rất mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,3%. Giá trị này cao hơn hẳn tỷ lệ bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh rất mạnh tính theo thang điểm SASDAS-CRP với 11,5%. Theo thang điểm SASDAS-CRP, các bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất là 36,1%. Chỉ có 25% bệnh nhân hoạt động bệnh trung bình theo thang điểm ASDAS-CRP cũng được đánh giá hoạt động bệnh trung bình theo thang điểm SASDAS-CRP. 6,7% số bệnh nhân hoạt động bệnh mạnh theo thang điểm ASDAS-CRP có mức độ hoạt động bệnh mạnh theo thang điểm SASDAS-CRP. Đối với mức độ hoạt động bệnh rất mạnh theo thang điểm SASDAS-CRP, chỉ 24,1% bệnh nhân cũng được phân loại hoạt động rất mạnh theo thang điểm SASDAS-CRP, còn lại đa số là hoạt động bệnh mạnh (72,4%). Chỉ duy nhất ở nhóm bệnh không hoạt động có sự tương đồng với 100% bệnh nhân không hoạt động bệnh theo thang điểm ASDAS-CRP cũng được đánh giá là không hoạt động theo thang điểm SASDAS-CRP. Từ đây chúng tôi nhận thấy, nếu phân loại mức độ hoạt động bệnh theo các giá trị cut-off mà tác giả Schneeberger đưa ra, sẽ không có sự tương đồng giữa 2 thang điểm ASDAS-CRP và SASDAS-CRP, trong khi đó giá trị của hai thang điểm này lại có mối tương quan đồng biến chặt chẽ với nhau [3]. Sự khác biệt này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu khác nhau, hai nghiên cứu được thực hiện tại những cơ sở có điều kiện phòng thí nghiệm khác nhau với giá trị tham chiếu khác nhau.

V. KẾT LUẬN

- Giá trị SASDAS-CRP trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $20,1 \pm 14,7$, trong đó nhóm bệnh nhân trong giai đoạn hoạt động mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,7%.

- Thang điểm SASDAS-CRP có mối tương quan chặt chẽ với chỉ số BASDAI, hệ số tương quan $r = 0,79$ và $p < 0,001$. Trong số những BN có BASDAI < 4 , chỉ có 41,5% BN trong giai đoạn bệnh không hoạt động và 24,4% BN có hoạt động bệnh mạnh hoặc rất mạnh khi tính theo thang điểm SASDAS-CRP. Tất cả các BN có BASDAI ≥ 4 đều có mức độ hoạt động bệnh mạnh hoặc rất mạnh theo thang điểm SASDAS-CRP.

- Thang điểm SASDAS-CRP có mối tương quan đồng biến với thang điểm ASDAS-CRP, hệ số tương quan $r = 0,88$ và $p < 0,001$. Tất cả các BN đang trong giai đoạn bệnh không hoạt động theo thang điểm ASDAS-CRP, cũng được đánh giá là không hoạt động theo thang điểm SASDAS-CRP. 72,4% BN trong nhóm hoạt động bệnh rất mạnh theo thang điểm ASDAS-CRP

được đánh giá chỉ ở mức hoạt động mạnh theo thang điểm SASDAS-CRP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan. Viêm cột sống dính khớp và nhóm bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, 2009, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
2. Khan MA Feldtkeller E, et al, Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. Rheumatol Int. 2003; 23(2):61-66.
3. Emilce Edith Schneeberger, Natalia Zamora, et al, SASDAS (simplified version of ankylosing spondylitis disease activity score)-ESR performance and development of SASDAS-CRP and their agreement with ASDAS-ESR and ASDAS-CRP in patients with ankylosing spondylitis. Clin Rheumatology. 2016; 35(11):2865-2866.
4. Nakache JP Calin A, et al, Defining disease activity in ankylosing spondylitis: is a combination of variables (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) an appropriate instrument?. Rheumatology (Oxford). 1999; 38(9):878-882.
5. D. van der Heijde, E. Lie, et al, ASDAS, a highly discriminatory ASAS-endorsed disease activity score in patients with ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2009; 68(12):1811-8.

BƯỚC ĐẦU NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ BMI VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ THÔNG KHÍ PHỔI CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC DƯỢC HÀ NỘI

Nguyễn Thị Phương Lan¹, Nguyễn Nữ Hải Yến¹,
Nguyễn Xuân Bách², Nguyễn Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát mối liên quan giữa chỉ số BMI và một số chỉ số thông khí phổi gồm VC, FVC, FEV₁, Tiffeneau, Gaensler của sinh viên Trường Đại học Dược Hà Nội. Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện ở 300 sinh viên (gồm 150 nam và 150 nữ) tính chỉ số BMI và đo chức năng hô hấp. Kết quả: chỉ số BMI của nam: $20,8 \pm 2,5$; nữ: $19,6 \pm 1,9$; dung tích sống của nam: $3,8 \pm 0,8L$; của nữ: $2,6 \pm 0,6L$; dung tích sống gắng sức của nam: $3,5 \pm 0,6L$; của nữ: $2,5 \pm 0,5L$, thể tích thở ra tối đa giây của nam: $2,9 \pm 0,6L$; của nữ: $2,1 \pm 0,5L$; sự khác biệt về dung tích sống, dung tích sống gắng sức và thể tích thở ra tối đa giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Chỉ số Tiffeneau của nam: $78,9 \pm 12,5\%$; của nữ: $81,0 \pm 18,3$; chỉ số Gaensler của nam: $80,6 \pm 10,9\%$; của nữ: $81,5 \pm 18,1\%$; không có sự khác biệt

về chỉ số này giữa nam và nữ với $p > 0,05$. Chỉ số BMI có mối liên quan với các chỉ số thông khí phổi: VC, FVC và FEV₁ ở cả nam và nữ với $p < 0,01$ và $p < 0,05$; không có mối liên quan giữa BMI với các chỉ số Tiffeneau, Gaensler.

Từ khóa: BMI, VC, FVC, Tiffeneau, Gaensler, sinh viên, chức năng hô hấp

SUMMARY

INITIAL RESEARCH ON RELATIONSHIP BETWEEN BMI INDEX AND TYPICAL EXPIRATORY VENTILATION INDICATORS OF STUDENTS OF HANOI UNIVERSITY OF PHARMACY

Objectives: to examine the relationship between BMI and typical lung ventilation indicators including VC, FVC, FEV₁, Tiffeneau, Gaensler of students of Hanoi University of Pharmacy. **Methods:** cross-sectional analysis, performed on 300 students (including 150 males and 150 females), calculating BMI and measuring respiratory function. **Results:** BMI of males: 20.8 ± 2.5 ; females: 19.6 ± 1.9 ; vital capacity of males: $3.8 \pm 0.8L$; females: $2.6 \pm 0.6L$; forced vital capacity of males: $3.5 \pm 0.6L$; females: $2.5 \pm 0.5L$, Forced expiratory volume of males: $2.9 \pm 0.6L$; females: $2.1 \pm 0.5L$; The difference in vital capacity,

¹Trường Đại học Dược Hà Nội,

²Khoa Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Lan

Email: ntpl1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.11.2018

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2019

Ngày duyệt bài: 18.01.2019

forced vital capacity and Forced expiratory volume between males and females was statistically significant with $p < 0.01$. Tiffeneau index of males: $78.9 \pm 12.5\%$; females: 81.0 ± 18.3 ; Gaensler index of males: $80.6 \pm 10.9\%$; females: $81.5 \pm 18.1\%$; There was no difference in this index between males and females with $p > 0.05$. BMI index has an association with expiratory ventilation indicators: VC, FVC and FEV₁ in both men and women with $p < 0.01$ and $p < 0.05$; There is no relationship between BMI and Tiffeneau, Gaensler indicators.

Keywords: BMI, VC, FVC, Tiffeneau, Gaensler, students, respiratory function

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Do chức năng thông khí phổi là một trong những phương pháp đo chức năng hô hấp đơn giản, dễ thực hiện và có nhiều ý nghĩa trên lâm sàng, có giá trị trong đánh giá sự tăng trưởng, phát triển của cơ thể và chức năng thông khí phổi từ đó đánh giá tình trạng sức khỏe và thể lực của con người. Các tham số chức năng hô hấp phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: chiều cao, cân nặng, tuổi, giới và các bệnh đi kèm,... Việt Nam đang ở thời kỳ "cơ cấu dân số vàng", thanh niên chiếm tỷ lệ lớn nhất trong lịch sử phát triển nhân khẩu của đất nước [8]. Trong đó, sinh viên đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển của đất nước, các vấn đề về thể chất có thể dẫn tới những ảnh hưởng không nhỏ và để lại những hậu quả lâu dài cho sức khỏe, thể lực và làm giảm sút khả năng tập của sinh viên từ đó dẫn tới giảm sút khả năng làm việc và lao động sau này. Chính vì thế, nghiên cứu về hình thái và thông khí phổi của sinh viên luôn mang tính thời sự và cấp thiết, không chỉ cung cấp các cơ sở khoa học sinh học thể hiện một giai đoạn quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng con người mà còn giúp việc giáo dục thể chất tại các Trường Đại học dựa trên cơ sở khoa học có hiệu quả cao hơn. Đặc thù của Trường Đại học Dược Hà Nội là đào tạo và bồi dưỡng những kiến thức chủ yếu về chuyên ngành nên việc phát triển phong trào thể dục thể thao, rèn luyện thân thể trong sinh viên cũng còn những mặt hạn chế để phát triển về mặt hình thái và thông khí phổi. Các chỉ số hình thái không phải là hằng định mà thay đổi phụ thuộc vào lứa tuổi, đối tượng nghiên cứu và từng thời kỳ điều tra tùy theo sự thay đổi môi trường tự nhiên. Mục tiêu của nghiên cứu:

1. *Khảo sát một số chỉ số hình thái (chiều cao đứng, cân nặng, vòng ngực, chỉ số BMI, chỉ số Pignet) và một số chỉ số thông khí phổi (VC,*

FVC, FEV₁, tỷ lệ FEV₁/VC, tỷ lệ FEV₁/FVC) của sinh viên Trường Đại học Dược.

2. *Khảo sát mối liên quan giữa chỉ số hình thái và chỉ số thông khí phổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên Trường Đại học Dược Hà Nội có độ tuổi từ 18 - 22 đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: đối tượng mắc các bệnh sau: bệnh mũi họng, bệnh phổi phế quản cấp và mạn tính; bệnh về lồng ngực, cột sống như gù, vẹo, viêm cột sống dính khớp..., không có bệnh về cơ hô hấp; bệnh tim mạch; hiện đang sốt hay mắc các bệnh khác đang điều trị; có phẫu thuật trong 6 tháng trước ngày nghiên cứu

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Địa điểm nghiên cứu: Bộ môn Y học cơ sở - Trường Đại học Dược Hà Nội.

Thời gian tiến hành: 6/2017 – 6/2018

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp thu thập số liệu:

- Sử dụng phương pháp quan sát với biểu mẫu thu thập số liệu (Phụ lục)

- Sử dụng phương pháp nghiên cứu nhân trắc của Martin

- Sử dụng hệ thống máy Powerlab đo các chỉ số thông khí phổi

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện, số lượng sinh viên là 300 (150 nam và 150 nữ)

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu về đặc điểm chung: tuổi, giới tính và nơi ở của đối tượng nghiên cứu

- Các chỉ số về hình thái: chiều cao đứng, cân nặng, vòng ngực, BMI

Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index):

$BMI = \text{Cân nặng (kg)} / [\text{chiều cao đứng (cm)}]^2$.

Đánh giá BMI theo WHO (1998): BMI < 18,5: nhẹ cân; BMI = 18,5 – 24,9: bình thường; BMI ≥ 25: thừa cân (BMI = 25 – 29,9: tiền béo phì; 30 – 34,9: béo phì độ 1; 35 – 39,9: béo phì độ 2; ≥ 40: béo phì độ 3

- Các chỉ số thông khí phổi: VC, FVC, FEV₁/FVC, FEV₁/VC. Khi thăm dò chức năng hô hấp, thông khí phổi bình thường: trị số FVC và VC bằng nhau và > 80% giá trị lý thuyết; FEV₁ chiếm khoảng 75% của VC; FEV₁/VC > 75% và FEV₁/FVC > 75%.

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và phân tích bằng phần mềm thống kê sử dụng trong y học SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về chỉ số hình thái và chỉ số thông khí phổi của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và chỉ số hình thái của đối tượng nghiên cứu

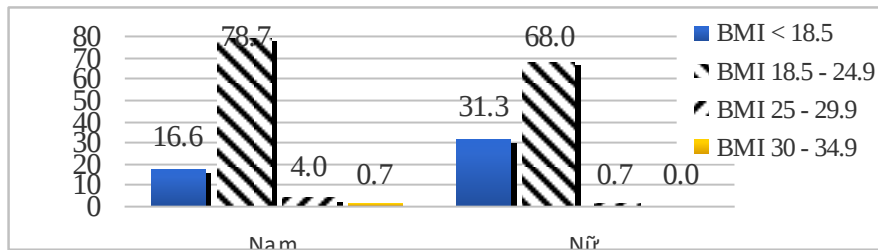
3.1.1.1. Đặc điểm về tuổi, giới và một số chỉ số hình thái của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và chỉ số hình thái của đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới	Nam (n=150) ($\bar{x} \pm SD$)	Nữ (n=150) ($\bar{x} \pm SD$)	p
Tuổi (năm)	19,8 $\pm$ 1,4	19,3 $\pm$ 1,1	>0,05
Chiều cao đứng (cm)	168,8 $\pm$ 6,7	156,2 $\pm$ 4,9	< 0,01
Cân nặng (kg)	59,5 $\pm$ 9,1	47,8 $\pm$ 5,1	<0,01
Vòng ngực trung bình (cm)	78,9 $\pm$ 5,3	71,9 $\pm$ 4,4	<0,01
BMI	20,8 $\pm$ 2,5	19,6 $\pm$ 1,9	> 0,05

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nam giới là 19,8 $\pm$ 1,4 tuổi; của nữ giới là: 19,3 $\pm$ 1,1 tuổi. Sự khác biệt về chiều cao đứng, cân nặng và vòng ngực trung bình giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Chỉ số khối cơ thể (BMI) của nam là 20,8 $\pm$ 2,5; của nữ là 19,6 $\pm$ 1,9, không có sự khác biệt về chỉ số khối cơ thể giữa nam và nữ với p>0,05.

3.1.1.2. Phân loại thể lực và tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

**Biểu đồ 3.1. Chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu theo giới**

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu cả nam và nữ chủ yếu ở tình trạng thể lực và dinh dưỡng bình thường, tuy nhiên tình trạng nhẹ cân ở nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn ở nam giới.

3.1.2. Đặc điểm về một số chỉ số thông khí phổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm một số chỉ số thông khí phổi của đối tượng nghiên cứu theo giới

Chỉ số	Nam (n=150) ($\bar{x} \pm SD$)	Nữ (n=150) ($\bar{x} \pm SD$)	p
VC	3,8 $\pm$ 0,8	2,6 $\pm$ 0,6	< 0,01
FVC	3,5 $\pm$ 0,6	2,5 $\pm$ 0,5	< 0,01
FEV ₁	2,9 $\pm$ 0,6	2,1 $\pm$ 0,5	< 0,01
Tiffeneau (FEV ₁ /VC)	78,9 $\pm$ 12,5	81,0 $\pm$ 18,3	>0,05
Gaensler (FEV ₁ /FVC)	80,6 $\pm$ 10,9	81,5 $\pm$ 18,1	>0,05

Nhận xét: Các chỉ số VC, FVC, FEV₁ có sự khác biệt giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Chỉ số Tiffeneau (FEV₁/VC), Gaensler (FEV₁/FVC) không có sự khác biệt về chỉ số này giữa nam và nữ với p > 0,05.

3.2. Môi liên quan giữa một số chỉ số hình thái và chỉ số thông khí phổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa các chỉ số thông khí phổi theo tuổi, chiều cao, cân nặng của đối tượng nghiên cứu

*p < 0,05, **p < 0,01

	Tuổi (năm)		Chiều cao (cm)		Cân nặng (kg)	
	Nam (n=150)	Nữ (n=150)	Nam (n=150)	Nữ (n=150)	Nam (n=150)	Nữ (n=150)
VC (L)	0,04*	0,01*	0,04*	0,00**	0,03*	0,00**
FVC (L)	0,03*	0,02*	0,03*	0,00**	0,04*	0,00**
FEV ₁ (L)	0,12	0,01*	0,04*	0,00**	0,03*	0,00**
FEV ₁ /VC (%)	0,75	0,344	0,28	0,938	0,45	0,77
FEV ₁ /FVC (%)	0,68	0,30	0,18	0,82	0,38	0,66

Nhận xét: Các chỉ số về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng có mối liên quan với các chỉ số thông khí phổi: VC, FVC và FEV₁

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa các chỉ số thông khí phổi và BMI của đối tượng nghiên cứu

	BMI (Kg/m ²)	
	Nam (n = 150)	Nữ (n = 150)
VC (L)	0,00**	0,02*
FVC (L)	0,00**	0,04*

FEV ₁ (L)	0,00**	0,04*
FEV ₁ /VC (%)	0,82	0,81
FEV ₁ /FVC (%)	0,78	0,80

**p < 0,01, *p < 0,05

Nhận xét: Các chỉ số BMI có mối liên quan với các chỉ số thông khí phổi: VC, FVC và FEV₁.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về một số chỉ số hình thái và một số chỉ số thông khí phổi

4.1.1. Đặc điểm về tuổi và chỉ số hình thái của đối tượng nghiên cứu

- Trong nghiên cứu này của chúng tôi, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: ở nam là $19,8 \pm 1,4$; ở nữ là $19,3 \pm 1,1$; không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình giữa hai giới của đối tượng nghiên cứu (kết quả bảng 3.1).

- Chiều cao đứng trung bình của nam là $168,8 \pm 6,7\text{cm}$, nữ là $156,2 \pm 4,9\text{cm}$, nam lớn hơn nữ khoảng 8cm, cân nặng trung bình ở nam giới là $59,5 \pm 9,1\text{kg}$; nữ là $47,8 \pm 5,1\text{kg}$; vòng ngực trung bình của nam là $78,9 \pm 5,3\text{cm}$, nữ là $71,9 \pm 4,4$; có sự khác biệt về các chỉ số này giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (kết quả bảng 3.1).

- Chỉ số BMI của nam là $20,8 \pm 2,5$ và nữ là $19,6 \pm 1,9$, sự khác biệt giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So sánh với số liệu của thanh niên toàn quốc ở độ tuổi này, chúng tôi thấy không có sự khác biệt (BMI nam thanh niên: $20,6 \pm 2,8$ và BMI nữ thanh niên là $19,9 \pm 5,5$) [4]. Tuy nhiên, chỉ số BMI của nam và nữ trong nghiên cứu này đều thấp hơn so với tiêu chuẩn về chỉ số BMI của khu vực Đông Nam Á (BMI nam $22,0$ [21,6 - 22,4] và nữ $22,4$ [22,0 - 22,8] và thấp hơn tiêu chuẩn chung toàn cầu (BMI của nam $24,3$ [24,2 - 24,5] và của nữ $24,6$ [24,4 - 24,8]) (theo WHO – 2016).

Về đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI theo thang phân loại quốc tế: 78,7% nam sinh viên và 60,8% nữ sinh viên có tình trạng thể lực và dinh dưỡng bình thường, có 16,6% nam sinh viên và 31,3% nữ sinh viên thuộc nhóm suy dinh dưỡng trong đó chủ yếu là suy dinh dưỡng nhẹ (Biểu đồ 3.1), do đó, cần có các biện pháp tuyên truyền giáo dục dinh dưỡng nhiều hơn, đặc biệt là sinh viên nữ vì tình trạng dinh dưỡng ảnh hưởng rất lớn đến khả năng học tập cũng như khả năng sáng tạo của sinh viên. Hầu hết các nghiên cứu đều cho rằng các chỉ số hình thái của cơ thể người đều bị ảnh hưởng bởi yếu tố sinh lý, các đặc điểm liên quan đến giới tính và yếu tố môi trường.

4.1.2. Đặc điểm một số chỉ số thông khí phổi của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, các chỉ số VC, FVC, FEV₁ ở cả nam và nữ đều có giá trị trên 80% so với đối chiếu cho người Việt Nam. Theo tiêu chuẩn của Việt Nam cũng như của thế giới, các đối tượng này đều có các giá trị VC, FVC, FEV₁ ở trong giới hạn bình thường. Điều này chứng tỏ các đối tượng đã chọn không có thông khí hạn chế. Giá trị của chỉ số Tiffeneau (FEV₁/VC) và

Gaensler (FEV₁/FVC) cũng lớn hơn 75% so với số đối chiếu. Theo tiêu chuẩn của Việt Nam cũng như của thế giới cho thấy các đối tượng trong nghiên cứu không có rối loạn thông khí tắc. Như vậy, các đối tượng nghiên cứu là bình thường về thông khí phổi. Đồng thời các chỉ số VC, FVC, FEV₁ ở nam cao hơn so với nữ có cùng độ tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (kết quả bảng 3.2). Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của một số tác giả khác về hormon sinh dục nam và nữ, con đường truyền tín hiệu nội bào, chiều cao của nữ thấp hơn nam và các hoạt động thể chất của nữ cũng ít hơn nam cũng dẫn tới sự khác biệt về giới tính trong chức năng của phổi [2],[3],[5]. Các tỷ số Tiffeneau và Gaensler trong nghiên cứu của chúng tôi đều trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt về chỉ số này giữa nam giới và nữ giới với $p > 0,05$.

4.2. Về mối liên quan giữa chỉ số hình thái và thông khí phổi

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số tuổi, chiều cao, cân nặng, giới, chỉ số BMI có mối liên quan với VC, FVC, FEV₁ ở sinh viên nam và sinh viên nữ, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là $< 0,01$ và $< 0,05$. Về tỷ lệ FEV₁/VC và FEV₁/FVC cho thấy có mối tương quan thấp và không liên kết đáng kể với chỉ số BMI ở cả nam và nữ. Algadir A. và CS (2012) nghiên cứu cũng thấy rằng các chỉ số thông khí phổi (FVC, FEV₁, FEV₁/FVC) ở nữ luôn thấp hơn so với nam có cùng độ tuổi với $p < 0,001$ [1]. Theo nghiên cứu của Jin-Tea H. và CS (2012) cân nặng của cơ thể thấp có mối liên quan tỷ lệ thuận đến việc giảm các chỉ số thông khí phổi đặc biệt ở những phụ nữ có chế độ ăn kiêng, do đó cần phải duy trì trọng lượng cơ thể đầy đủ giúp cải thiện chức năng thông khí phổi [7]. Nghiên cứu của Precilla Catherine và CS (2015) thấy rằng chỉ số FEV₁ và FVC giảm thấp hơn ở nhóm BMI tăng so với nhóm có BMI ở giới hạn bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê [6]. Nhiều nghiên cứu trước đây đã cho thấy có mối quan hệ tích cực giữa mức độ hoạt động thể chất và chức năng phổi, khi gia tăng hoạt động thể chất có thể cải thiện được cường độ của hệ tim mạch – hệ hô hấp và tăng cường sức mạnh của cơ hô hấp. Thể trạng chiều cao của thanh niên Việt Nam có những cải thiện qua thời gian. Tuy nhiên, vẫn còn rất hạn chế so với các nước trong khu vực, tỷ lệ tập thể dục thể thao thường xuyên của thanh niên còn thấp dẫn đến những hạn chế về sức khỏe thể lực của thanh niên. Cần có những chương trình chăm sóc sức khỏe thể chất cho thanh niên thông qua

các can thiệp về dinh dưỡng và hoạt động thể dục thể thao để có thể giúp thu hẹp khoảng cách về chiều cao và thể lực của thanh niên Việt Nam so với thanh niên khu vực và quốc tế, để họ có thể chủ động thực hiện các mục tiêu và xây dựng tương lai mà họ mong muốn. Đồng thời, Nhà trường nên tăng cường đầu tư đổi mới hoạt động thể chất và phong trào thể dục thể thao ở Trường nhằm tạo điều kiện cho thanh thiếu niên tích cực tham gia hoạt động thể dục thể thao, rèn luyện thể chất.

V. KẾT LUẬN

1. Về một số chỉ số hình thái (chiều cao đứng, cân nặng, vòng ngực, chỉ số BMI, chỉ số Pignet) và một số chỉ số thông khí phổi (VC, FVC, FEV₁, tỷ lệ FEV₁/FVC) của sinh viên trường Đại học Dược Hà Nội

Chỉ số hình thái: chiều cao đứng của nam: 168,8 ± 6,7cm; nữ: 156,2 ± 4,9cm; cân nặng của nam: 59,5 ± 9,1kg; nữ: 47,8 ± 5,1kg; vòng ngực của nam: 78,8 ± 5,3cm; nữ: 71,9 ± 4,4cm; sự khác biệt về các chỉ số chiều cao, cân nặng và vòng ngực giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Chỉ số BMI của nam: 20,8 ± 2,5; nữ: 19,6 ± 1,9; trong đó 78,7% nam và 68% nữ chỉ số BMI nằm trong khoảng bình thường.

Chỉ số thông khí phổi: VC của nam: 3,8 ± 0,8L; của nữ: 2,6 ± 0,6L; FVC của nam: 3,5 ± 0,6L; của nữ: 2,5 ± 0,5L; FEV₁ của nam: 2,9 ± 0,6L; của nữ: 2,1 ± 0,5L; sự khác biệt về các chỉ số này giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Chỉ số Tiffeneau của nam: 78,9 ± 12,5%; của nữ: 81,0 ± 18,3; chỉ số Gaensler của nam: 80,6 ± 10,9%; của nữ: 81,5 ± 18,1%;

không có sự khác biệt về chỉ số này giữa nam và nữ với p > 0,05.

2. Về mối liên quan giữa chỉ số hình thái và chỉ số thông khí phổi. Các chỉ số về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI và Pignet có mối liên quan với các chỉ số thông khí phổi: VC, FVC và FEV₁ ở cả nam và nữ với p < 0,01 và p < 0,05; không có mối liên quan giữa các chỉ số hình thái này với các chỉ số FEV₁/VC, FEV₁/FVC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Algadir A., Aly F. và Zafar H. (2012), "Sex based difference in lung functions of Saudi adults", *J Phys Ther Sci.* 24, tr. 5-9.
2. Behera AA., Behera BK., Dash S. et al (2014), "Variation of pulmonary function tests with relation to increasing age in healthy adults", *Int J Health Sci Res.* 4, tr. 36 - 41.
3. Behera Anugya Aparajita, Behera Basanta Kumar, Dash Somnath et al (2014), "Effect of body mass index on gender difference in lung functions in Indian population", *Clinical and Experimental Physiology.* 1(3), tr. 229 - 231.
4. Bộ Y Tế (2010), *Tổng điều tra dinh dưỡng 2009 - 2010*, Nhà xuất bản Y học.
5. Card JW. và Zeldin DC. (2009), "Hormonal Influences on Lung Function and Response to Environmental Agents: Lessons from Animal Models of Respiratory Disease", *Proceedings of the American Thoracic Society.* 6(7), tr. 588-595.
6. Dr. Precilla Catherine A. và Dr. Vinodha R. (2015), "Effect of body mass index on lung volume", *International Journal of current Research.* 7(9), tr. 20187 - 20192.
7. Jin-Tae H. và Sang-Yeol L. (2012), "A Comparison of Vital Capacity between Normal Weight and Underweight Women in their 20s in South Korea", *J. Phys. Ther. Sci.* 24, tr. 379-381.
8. Quỹ Dân số Liên hợp quốc tại Việt Nam (UNFPA) (2015), *Báo cáo quốc gia về thanh niên Việt Nam*, Hà Nội.

KHẢO SÁT VIỆC ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Đỗ Thị Phương Dung¹, Nguyễn Thị Thủy Tiên¹,
Nguyễn Mạnh Hoan², Bùi Thị Hương Quỳnh^{3,4}

TÓM TẮT

Viêm âm đạo (VÂĐ) là một trong những bệnh lý phụ khoa thường gặp ở phụ nữ, nhất là phụ nữ ở độ

tuổi sinh sản. Việc khám và điều trị bệnh lý này vẫn chưa được quan tâm đúng mức do tâm lý e ngại và thiếu hiểu biết của đại đa số phụ nữ. Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát các tác nhân thường gặp gây bệnh VÂĐ và tình hình sử dụng thuốc trong điều trị VÂĐ. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 374 bệnh nhân (BN) ngoại trú được chẩn đoán VÂĐ đến khám tại phòng khám phụ khoa bệnh viện đa khoa Đồng Nai từ 1/12/2017- 15/3/2018. Dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ hồ sơ điều trị ngoại trú và phỏng vấn BN. Tỷ lệ VÂĐ do ba tác nhân thường gặp là 82,9%, trong đó tỷ lệ nhiễm khuẩn (Bacterial vaginosis), nấm (Candida vaginitis) và trùng roi (Trichomonas vaginitis) lần lượt là 77,3%, 29,7%,

¹Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai

²Bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai

³ĐH Y Dược TP Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh

Email: bthquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2019

Ngày duyệt bài: 29.01.2019

0,5%. Phần lớn BN đến khám bệnh VÂĐ chỉ 1 lần (31,6%) duy nhất với thời gian dùng thuốc của một đợt điều trị 7-14 ngày (80,5%), Đơn thuốc có số lượng 3 thuốc chiếm tỷ lệ cao (37,2%). Nhóm thuốc kháng sinh và kháng nấm được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 82,9% và 82,6%. Như vậy, phần lớn tác nhân gây bệnh VÂĐ cho BN trong nghiên cứu là vi khuẩn và nấm với thuốc được sử dụng chủ yếu là kháng sinh và kháng nấm.

Từ khóa: Viêm âm đạo, nhiễm khuẩn, nấm, thuốc kháng nấm, kháng sinh.

SUMMARY

INVESTIGATION OF VAGINITIS

TREATMENT AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL

Vaginitis is one of the common gynecological diseases in mature women. Its diagnosis and treatment have not been paid attention properly because of lacking knowledge and being embarrassed. This study aimed to investigate the causes and medications used in treatment of vaginitis. A descriptive cross-sectional study was conducted on 374 outpatients diagnosed with vaginitis at Gynecological Department, Dong Nai Hospital from December 1st 2017 to March 15th 2018. Data was collected from medical records and face-to-face interviews with patients. The prevalence of vaginitis caused by three main factors was 82.9%, particularly, the prevalence of Bacterial vaginosis, Candida vaginitis, and Trichomonas vaginitis were 77,3%, 29,7%, and 0,5%, respectively. Most of patients visited doctor only one time (31.6%) and was indicated a 7 to 14 day treatment course (80.5%). Antibacterial and antifungal drugs were the most common classes prescribed (82.9% and 82.6%, respectively). Most of patients was treated with pessary (92.8%). In conclusion, the most common causes of vaginitis in our patients were bacteria and fungi, and the main medications were antibacterial and antifungal drugs.

Keyword: Vaginitis, infection, fungi, antifungal, antibacterial drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh VÂĐ là tình trạng viêm và nhiễm trùng âm đạo thường do 3 tác nhân chính là nhiễm khuẩn (*Bacterial vaginosis*), nấm (*Candida vaginitis*) và trùng roi (*Trichomonas vaginitis*) [1]. VÂĐ là một trong những bệnh lý phụ khoa phổ biến nhất, đặc biệt ở những phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Với tâm lý e ngại của chị em phụ nữ, nếu không được quan tâm, phát hiện, điều trị đúng thì có nguy cơ dẫn đến nhiễm trùng tử cung, viêm vùng chậu, ảnh hưởng đến sự thụ tinh, làm tổ, phát triển của trứng, có thể dẫn đến vô sinh. Thực tế hiện nay việc khám và điều trị VÂĐ vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Tại phòng khám phụ khoa Bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai, số lượng phụ nữ đến khám và điều trị VÂĐ là khá đông. Do đó, để góp phần vào việc nâng cao chất lượng khám và điều trị bệnh, chúng tôi

tiến hành nghiên cứu về tác nhân gây bệnh cũng như tình hình sử dụng thuốc điều trị VÂĐ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) ngoại trú là phụ nữ được chẩn đoán VÂĐ đến khám tại phòng khám phụ khoa Bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai từ 1/12/2017 đến 15/03/2018.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- BN từ 18-49 tuổi
- Đã quan hệ tình dục
- Được chẩn đoán VÂĐ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN đang hành kinh hoặc ra huyết âm đạo
- Phụ nữ đang có thai hoặc nghi ngờ có thai
- Phụ nữ cho con bú
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu: chọn tất cả các BN thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Số BN thực tế chọn vào nghiên cứu là 374 BN.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 với độ tin cậy 95%. Sử dụng thống kê mô tả đối với đặc điểm dân số, tỷ lệ các tác nhân gây bệnh và tình hình sử dụng thuốc điều trị VÂĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Đa số BN có độ tuổi từ 30-49 tuổi (73%), chủ yếu sống ở thành phố (73%). Các BN có trình độ học vấn chủ yếu là dưới cấp 3 (78,5%). Các đặc điểm khác của mẫu nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm dân số của mẫu nghiên cứu (n=374)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	35,15 ± 7,95		
Nhóm tuổi	18 - 29	101	27,0
	30 - 39	149	39,8
	40 - 49	124	33,2
Nơi cư trú	Thành phố	273	73,0
	Nông thôn	101	27,0
Trình độ học vấn	Mù chữ	8	2,1
	Cấp 1	14	3,7
	Cấp 2	143	38,2
	Cấp 3	137	36,6
	> cấp 3	72	19,3
Nghề nghiệp	Nông dân	18	4,8
	Công nhân-viên chức	220	58,8
	Buôn bán	43	11,5
	Nội trợ	64	17,1

	Khác	29	7,8
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	336	89,8
	Ly hôn/ly thân	6	1,6
	Độc thân	32	8,6

Triệu chứng lâm sàng và tác nhân gây bệnh

Với triệu chứng huyết trắng bất thường xảy ra ở hầu hết BN khảo sát và BN được chỉ định xét nghiệm tìm tác nhân gây bệnh. Kết quả chẩn đoán tác nhân gây bệnh VÂĐ ở BN được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Tác nhân gây bệnh VÂĐ (n = 374)

Tác nhân	Tần số	Tỷ lệ (%)
<i>Bacterial vaginosis</i>	289	77,3
<i>Candida vaginitis</i>	111	29,7
<i>Trichomonas vaginitis</i>	2	0,5
Khác	64	17,1

Tình hình sử dụng thuốc: Đa số BN được điểm trị 7-14 ngày (80,5%). Số lượng thuốc điều trị VÂĐ trong một đợt điều trị chủ yếu là 2-3 thuốc (70,4%). Nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là kháng sinh và kháng nấm với đa số là được phối hợp trong 1 chế phẩm (91,7%). Thuốc kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là metronidazol và neomycin, trong khi đó nystatin được sử dụng nhiều nhất trong nhóm kháng nấm. Đường sử dụng chủ yếu ở BN là đặt âm đạo (92,8%). Các nhóm thuốc và thuốc điều trị được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Các nhóm thuốc và thuốc điều trị VÂĐ (n = 374)

Nhóm thuốc	Tần số	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh	309	82,6
Metronidazol	288	93,2
Neomycin	228	73,8
Doxycyclin	88	28,5
Cefuroxim	32	10,4
Cefixim	1	0,3
Amoxycilin+acid clavulanic	7	2,3
Polymixin B	6	1,9
Chloramphenicol	24	7,8
Gentamycin	19	6,1
Kháng nấm	310	82,9
Nystatin	253	81,6
Fluconazol	90	29,0
Clotrimazol	68	21,9
Miconazol	11	3,5
Econazol	6	1,9
Itraconazol	5	1,6
Econazol	6	1,9
Kháng vi sinh	35	7,8
Kháng viêm	48	11,8

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu ($35,15 \pm 7,95$ tuổi) tương tự với nghiên cứu của

tác giả Trần Thị Lợi [8] (tuổi trung bình là $35,49 \pm 7,88$ tuổi); nhóm tuổi BN từ 30-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (39,8%), tương tự với nghiên cứu của Ngũ Quốc Vĩ [5], điều này có thể được lý giải là do phụ nữ từ 25 tuổi trở lên đã qua quá trình sinh sản có biến đổi về môi trường pH của âm đạo nên đây là cơ hội để các tác nhân gây VÂĐ xâm nhập và phát triển, đồng thời việc áp dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình như sử dụng dụng cụ đặt tử cung chữ T và đặt thuốc tránh thai cũng là yếu tố nguy cơ gây nên VÂĐ [3]. Về trình độ học vấn, có thể thấy rằng đa số BN có trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên (94,2%), nhóm BN mù chữ chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,1%). Điều này có thể được giải thích là đa số BN đều đến từ thành phố (73%), nên trình độ học vấn cao hơn các nghiên cứu của các tác giả khác với tỷ lệ BN đến từ nông thôn cao [5].

Về tác nhân gây bệnh, trong nghiên cứu này ba tác nhân thường gặp chiếm tỷ lệ cao nhất (82,9%) so với các tác nhân khác (17,1%). Trong đó, VÂĐ do *Bacterial vaginosis* chiếm tỷ lệ cao nhất (77,3%), kế đến là *Candida vaginitis* (29,7%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của một số tác giả khác, theo tác giả Olowe OA. [7], nguyên nhân do *Bacterial vaginosis* và *Candida vaginitis* lần lượt là 38%; 36%, theo nghiên cứu của tác giả Nhữ Thị Hoa [6] tỷ lệ này lần lượt là 68,09%; 31,52%, tác giả Trần Thị Lợi [8] là 25,7%; 10,0%. Trong số các BN mắc bệnh VÂĐ, có 24,3% BN vừa nhiễm khuẩn và nấm, chú ý hiện tượng đa nhiễm các tác nhân để tầm soát hết các tác nhân gây VÂĐ trên một BN.

Nhóm thuốc được dùng nhiều nhất trên BN là nhóm kháng sinh và kháng nấm với tỷ lệ lần lượt là 82,6% và 82,9%. Tuy nhiên, kết quả khảo sát về các tác nhân gây bệnh ở nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn (77,3%) cao hơn nhiều so với nấm (29,7%), điều này có thể được giải thích là do các bác sĩ dùng thuốc ở dạng bào chế phối hợp chứa nhóm thuốc kháng sinh-kháng nấm hoặc kháng sinh-kháng nấm-kháng viêm với cả những BN chỉ bị VÂĐ đơn nhiễm trên kết quả cận lâm sàng. Tỷ lệ dùng dạng thuốc phối hợp sẵn các nhóm thuốc trong nghiên cứu lên đến 91,7%. Một số ít trường hợp bác sĩ cho sử dụng các dạng bào chế là thuốc đặt hoặc thuốc bôi chỉ chứa đơn hoạt chất là kháng nấm. Vì vậy dẫn đến tỷ lệ nhóm thuốc kháng sinh và kháng nấm được sử dụng gần bằng nhau mặc dù tỷ lệ tác nhân nhiễm khuẩn cao hơn so với nấm. Trong nhóm thuốc kháng sinh, metronidazol được chỉ định nhiều nhất (93,2%), trong khi đó nystatin là thuốc kháng

nấm được chỉ định ở đa số BN (81,6%), điều này phù hợp với các khuyến cáo sử dụng thuốc điều trị VÂĐ của Bộ Y Tế [2] và Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC-Centers for Disease Control and Prevention) [4].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, VÂĐ thường do tác nhân *Bacterial vaginosis* và *Candida vaginitis*. Phần lớn BN trong nghiên cứu được chỉ định thuốc kháng sinh và kháng nấm với hoạt chất thường dùng là metronidazol và nystatin, đường dùng chủ yếu là đặt âm đạo phù hợp với các khuyến cáo điều trị hiện hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bahram A, Hamid B, Zohre T (2009), "Prevalence of Bacterial Vaginosis and Impact of Genital Hygiene Practices in Non- Pregnant Women in Zanjan, Iran". *Oman Medical Journal*, 24 (4) 288-293.
2. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa.
3. Bùi Đình Long (2017), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 18-49 tuổi có chồng tại hai công ty máy tính Nghệ An và hiệu quả cận thiệp", Luận án tiến sĩ Y học, Viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương.
4. Centers for Disease Control and Prevention (2017), Sexually transmitted diseases treatment guidelines.
5. Ngũ Quốc Vĩ, Trần Đăng Đăng Khoa, Trần Thị Lợi (2013), "Nghiên cứu sự thay đổi tỷ lệ viêm âm đạo do 3 tác nhân thường gặp và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ từ 18-49 tuổi đến khám phụ khoa tại phòng khám phụ khoa Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ vào năm 2008 và 2012", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 17 (4), 118-123.
6. Nhữ Thị Hoa (2007), "Tỷ lệ các tác nhân thường gặp gây viêm âm đạo ở phụ nữ đến khám phụ khoa tại các bệnh viện tuyến 2 TP.HCM năm 2005", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 11 (2), 170-176.
7. Olowe OA, Makanjuola OB, Olowe R, et al. (2014), "Prevalence of vulvovaginal candidiasis, trichomoniasis and bacterial vaginosis among pregnant women receiving antenatal care in Southwestern Nigeria", *Eur J Microbiol Immunol (Bp)*, 4(4), 193-197.
8. Trần Thị Lợi, Ngũ Quốc Vĩ (2009), "Tỷ lệ viêm âm đạo do 3 tác nhân thường gặp và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ đến tại phòng khám phụ khoa Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 13 (1), 11-16.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO VI KHUẨN GRAM ÂM CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Trần Viết Tiến*, Nguyễn Thị Hải Yến**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết gram âm có đái tháo đường typ 2. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết gram âm có ĐTD typ 2 tại bệnh viện 103 và bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ 1/1/2013 đến 30/3/2017. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ nam giới chiếm 74,7%, thường là người cao tuổi từ 61-80 tuổi (chiếm 51,8%), có nhiều bệnh lý nền kết hợp (chiếm 85,5%), chủ yếu THA (61,4%) và TBMMN (18,1%). Đường vào chủ yếu từ đường hô hấp 30,1%; đường tiết niệu 21,7%. Tất cả bệnh nhân đều có sốt (100%). Tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn chiếm 20,5%. Cận lâm sàng thường gặp tăng bạch cầu 77,1%; CRP và PCT tăng chiếm lần lượt 96% và 62,8%.

Từ khóa: nhiễm khuẩn huyết gram âm, đái đường typ 2

SUMMARY

STUDY ON SOME CLINICAL FEATURES AND

LABORATORY FINDINGS ON TYPE 2 DIABETIC PATIENTS WITH GRAM NEGATIVE SEPSIS

Objectives: To evaluate some clinical features and laboratory findings in diabetic type 2 patients with Gram-negative sepsis. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 83 diabetic typ 2 patients with gram-negative sepsis at 103 hospital and Friendship hospital during period from 1/1/2013 to 30/3/2017. **Results and conclusion:** the male proportion accounted for 74.7%. There were 51.8% patients from 61 to 80 years old; 78.5% having underlying diseases mostly hypertension (61.4%), stroke (18.1%). The most common primary sources of infection resulting in sepsis were respiratory tract (30.1%), urinary tract (21.7%). All patients had fever, 20.5% patients had septic shock. The common laboratory findings were leukocytosis (77.1%); elevated level of CRP and PCT (96% and 62.8% respectively).

Keywords: Gram-negative sepsis, diabetic type 2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) gram âm ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTD) thường do nhiều nguyên nhân, khó xác định, có bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng và phức tạp, tỷ lệ tử vong cao do sốc nhiễm khuẩn hoặc suy đa tạng [3]. Xác định căn nguyên NKH cần dựa vào kết quả cấy máu, nhưng tỷ lệ cấy máu phân lập được vi

*Bệnh viện Quân y 103

**Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Tiến

Email: tientv@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2019

Ngày duyệt bài: 25.01.2019

khuẩn chỉ chiếm ít trong số bệnh nhân NKH. Do đó, việc chẩn đoán phải dựa vào các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng (số lượng và công thức bạch cầu, các marker sinh học...). Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết gram âm có đái tháo đường typ 2, để góp phần vào việc chẩn đoán, theo dõi, chăm sóc và điều trị NKH ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 83 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn huyết gram âm có ĐTĐ typ 2 điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Hữu Nghị trong khoảng thời gian từ 01/01/2013 đến 30/3/2017

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân
 - Có biểu hiện lâm sàng của NKH và cấy máu dương tính, phân lập được vi khuẩn gram âm
 - Chẩn đoán ĐTĐ typ 2 dựa theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ typ 2 của BYT- 2015
- Tiêu chuẩn loại trừ
 - Các trường hợp nhiễm khuẩn huyết cấy máu phân lập được vi khuẩn Gram dương
 - Kết quả cấy máu (+) với 2 mầm bệnh trở lên

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang BN nghiên cứu được lập bệnh án nghiên cứu riêng với đầy đủ nội dung, đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

Phân tích và đánh giá các chỉ tiêu lâm sàng theo tiêu chí NKH.

***Xử lý số liệu:** Số liệu nghiên cứu được lưu trong bảng tính excel, xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới		Tổng
	Nam	Nữ	
40 - ≤ 60	7	4	11 (13,3%)
61 - 80	29	14	43 (51,8%)
> 80	26	3	29 (34,9%)
Tổng	62 (74,7%)	21 (25,3%)	83 (100%)

Tỷ lệ nam giới gặp nhiều hơn nữ giới (Tỷ lệ nam/nữ 3/1). Nhóm từ 61 đến 80 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 51,8%. Nhóm trên 80 tuổi chiếm 34,9% và nhóm 40 - ≤ 60 tuổi chiếm 13,3%.

Bảng 2. Các bệnh lý nền, bệnh lý kết hợp

gặp trong nghiên cứu

Bệnh lý nền	Số bệnh nhân (n=83)	Tỷ lệ %
THA	51	61,4
TBMMN	15	18,1
Gan mật	12	14,5
Tiết niệu	11	13,3
Ung thư	11	11,3
MKQ	8	9,6
Suy tim	6	7,2
Bệnh mạch vành	6	7,2
Suy thận	4	4,8
COPD	4	4,8

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 71 bệnh nhân (85,5%) có bệnh lý nền kết hợp. Bệnh lý tăng huyết áp (THA) gặp nhiều nhất với tỷ lệ 61,4% tiếp theo là tai biến mạch máu não (TBMMN) và bệnh lý gan mật chiếm tỷ lệ lần lượt 18,1% và 14,5%; tiết niệu chiếm tỷ lệ 13,3% và ung thư là 11,3%. Phần lớn những BN này có ≥ 2 bệnh lý nền kết hợp. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Leibovici Leonard và Stoeckle bệnh nhân thường có nhiều bệnh lý nền kết hợp [5],[4].

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

***Ổ nhiễm khuẩn tiên phát**

Bảng 3. Ổ nhiễm khuẩn tiên phát

Ổ nhiễm khuẩn tiên phát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Tổng
Có	Đường hô hấp	25	30,1
	Đường tiết niệu	18	21,7
	Đường mật	10	12,0
	Đường Tiêu hóa	6	7,2
	Da, niêm mạc	4	4,8
	Khác	2	2,4
Không rõ	18	21,7	
Tổng số	83	100	

Ổ nhiễm khuẩn tiên phát phát hiện được ở 65 bệnh nhân chiếm 78,3%. Trong đó ổ nhiễm khuẩn tiên phát từ đường hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất 30,1%. Có 21,7% bệnh nhân không rõ ổ nhiễm khuẩn tiên phát. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Barati Mitra và cộng sự lại cho thấy nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân đái tháo đường khởi phát từ đường hô hấp là cao nhất (42,7%), tiếp đến là đường tiết niệu (32%) [3].

***Đặc điểm sốt của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân NKH Gram âm có ĐTĐ typ 2 đều sốt (100%). Trong đó sốt cao chiếm tỷ lệ nhiều nhất 66,3%, sốt vừa là 33,7%. Một số đặc điểm sốt thường gặp nhất là: khởi phát đột ngột 72,3%; sốt liên tục 72,3%; sốt có cơn rét run chiếm tỷ lệ 71,1%, gai rét chiếm 19,3%.

**Đặc điểm sốt nhiễm khuẩn*

Bảng 4. Sốt nhiễm khuẩn trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Biểu hiện		Số lượng	Tỷ lệ %
Sốt nhiễm khuẩn	Có sốt	17/83	20,5
	Không sốt	66/83	79,5
Thời gian xuất hiện sốt (ngày)	≤ 7	14/17	82,4
	>7	3/17	17,6
	$\bar{x} \pm SD$ (min – max)	5,71 ± 5,33 (1 – 17)	

Có 17 bệnh nhân xuất hiện sốt nhiễm khuẩn chiếm 20,5%. Sốt nhiễm khuẩn chủ yếu xảy ra trong tuần đầu là 82,4%. Thời gian xuất hiện sốt trung bình là 5,71 ngày. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Trang về NKH ở bệnh nhân ĐTĐ tỷ lệ bệnh nhân có sốt nhiễm khuẩn chiếm 20,6% [2].

**Kết quả điều trị ở bệnh nhân NKH Gr (-) có ĐTĐ tít 2:* Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 20 bệnh nhân tử vong, nặng xin về do NKH Gram âm có ĐTĐ tít 2 chiếm 24,1%. Nghiên cứu của Leonard Leibovici tỷ lệ tử vong do NKH ở bệnh nhân ĐTĐ là 28%[4], nghiên cứu của Stoeckle M, Nguyễn Thị Thu Trang lần lượt chiếm 18% và 20,6% [2],[5]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả của các tác giả trong và ngoài nước.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 5. Chỉ số HbA1c của bệnh nhân nghiên cứu

HbA1c	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
≤6,5%	6/37	16,2
>6,5%	31/37	83,8
$\bar{x} \pm SD$ (min – max)	8,73 ± 2,51 (5,6-15)	

ĐTĐ tít 2 thường tiến triển chậm, giai đoạn đầu thường ít có triệu chứng lâm sàng, nếu bệnh nhân không được chẩn đoán, điều trị, kiểm soát tốt mức đường huyết thì theo thời gian sẽ dẫn đến các biến chứng trên tim và mạch máu, làm suy giảm hệ thống miễn dịch. Đây là điều kiện thuận lợi cho nhiễm khuẩn. Do chủ yếu là hồi cứu nên trong nghiên cứu của chúng tôi không đánh giá được thời gian mắc bệnh ĐTĐ của các bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy có 19 BN chiếm 22,9% bệnh nhân chỉ phát hiện ra ĐTĐ tít 2 khi đã có biến chứng NKH. HbA1c là một tiêu chuẩn được sử dụng để đánh giá sự kiểm soát đường huyết trong thời gian dài và là mục tiêu chính của việc kiểm soát và điều trị ĐTĐ. Ở bệnh nhân ĐTĐ mục tiêu điều trị là đạt mức HbA1c<7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 37 BN có xét nghiệm HbA1c, giá trị

HbA1c trung bình của bệnh nhân là 8,73% (cao nhất là 15%; thấp nhất là 5,6%). Như vậy có thể thấy hầu hết các bệnh nhân ĐTĐ bị NKH đều chưa kiểm soát tốt đường máu, chưa đạt được mục tiêu tối ưu của điều trị ĐTĐ. Đây cũng là điều các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý khi theo dõi điều trị cho bệnh nhân ĐTĐ.

Bảng 6. Một số xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Thông số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tiểu cầu (G/L)	≤100	27/83
	>100	56/83
Bạch Cầu(G/L)	≤10	19/83
	>10	64/83
CRP (mg/L)	≤ 10	3/75
	>10	72/75
Pro-calcitonin (ng/ml)	≤ 2	21/66
	>2	45/66

Giảm tiểu cầu (≤100 G/L) gặp ở 32,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu tăng (>10G/L) chiếm 77,1%. Đa số bệnh nhân có nồng độ CRP trong máu tăng > 10 mg/L chiếm 96%. Tỷ lệ bệnh nhân có PCT tăng cao (>2 ng/ml) chiếm chủ yếu 68,2%.

Tác giả Barati Mitra và cộng sự khi nghiên cứu về nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhân ĐTĐ thấy tỷ lệ bạch cầu tăng cao >10 G/L là chủ yếu, chiếm 51,7%[3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Trang tỷ lệ giảm tiểu cầu gặp ở 50% bệnh nhân [2]. Một số nghiên cứu khác về nhiễm khuẩn huyết gram âm cho thấy chỉ số CRP và Pro-calcitonin đều tăng cao [2], [1].

IV. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết gram âm có đái tháo đường tít 2 thường là người cao tuổi từ 61-80 tuổi (chiếm 51,8%), có nhiều bệnh lý nền kết hợp (chiếm 85,5%). Đường vào chủ yếu từ đường hô hấp 30,1%; đường tiết niệu 21,7%.

- Tất cả bệnh nhân đều có sốt (100%). Tỷ lệ sốt nhiễm khuẩn chiếm 20,5% và thường xảy ra trong tuần đầu (82,4%). Tỷ lệ bệnh nhân tử vong, nặng xin về 24,1%

- Cận lâm sàng thường gặp tăng bạch cầu (>10G/L) 77,1%; CRP (>10mg/L) và PCT (>2ng/L) thường tăng cao chiếm lần lượt 96% và 62,8%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Trang (2015), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết gram âm ở người cao tuổi tại bệnh viện Hữu nghị", *luận văn thạc sĩ, Học viện quân y*.
2. Nguyễn Thị Thu Trang (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện bệnh nhiệt đới trung ương (2009-2012)", *Đại học y Hà Nội, luận văn tốt nghiệp BSNT*.
3. Barati Mitra, Taher Mahshid Talebi, Golgiri

- Fatemeh (2008), "Evaluation of diabetes mellitus in patients with sepsis", *Archives of Clinical Infectious Diseases*, 3(4), 221-225.
4. Leibovici Leonard, et al. (1991), "Bacteremia in

- adult diabetic patients", *Diabetes Care*, 14(2), 89-94.
5. Stoeckle M, et al. (2008), "The role of diabetes mellitus in patients with bloodstream infections", *Swiss medical weekly*, 138(35), 512.

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ KHÚC XẠ GIÁC MẠC VÀ TRỤC NHÃN CẦU TRÊN MẮT CẬN THỊ Ở LỨA TUỔI THANH NIÊN

Nguyễn Thị Thu Hiền*, Nguyễn Thị Thanh Dung**, Bùi Thị Vân Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ số khúc xạ giác mạc, trục nhãn cầu trên mắt cận thị và tìm hiểu mối liên quan giữa các chỉ số khúc xạ giác mạc, trục nhãn cầu, mức độ cận thị ở lứa tuổi thanh niên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, nghiên cứu được thực hiện ở 418 mắt (209 bệnh nhân), tuổi từ 18 đến 30 được chẩn đoán là tật cận thị. **Kết quả:** Độ cận trung bình là $-4.85 \pm 1.99D$. Khúc xạ giác mạc trung bình là $43.16 \pm 1.369D$. Chiều dài trục nhãn cầu trung bình là $25,68 \pm 1,09$ mm. Khúc xạ giác mạc và độ cận thị có mối tương quan tuyến tính ($r=-0,123$, $p=0,012$). Hai chỉ số chiều dài trục nhãn cầu và độ cận thị có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ ($r=-0,742$ và $p<0,001$). Hai chỉ số khúc xạ giác mạc và trục nhãn cầu có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ ($r=-0,795$ và $p<0,001$). **Kết luận:** Khúc xạ giác mạc và trục nhãn cầu là 2 chỉ số quan trọng trong chẩn đoán và điều trị cận thị. Khúc xạ giác mạc và trục nhãn cầu có mối tương quan tuyến tính với nhau và tương quan tuyến tính với mức độ cận thị.

Từ khóa: cận thị, khúc xạ giác mạc, trục nhãn cầu.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CORNEAL REFRACTION POWER AND AXIS LENGTH ON MYOPIC EYE AT ADOLESCENCE

Objective: Evaluating the corneal refraction power, the axis length in myopia and finding out relationships between corneal refraction power, axis length, myopia level in adolescence. **Research methods:** descriptive study, the study was conducted in 418 eyes (209 patients) were diagnosed myopia. **Results:** The average myopia was $-4.85 \pm 1.99D$. The average corneal refraction power was $43.16 \pm 1.369D$. The average axis length was $25,68 \pm 1,09$ mm. The corneal refraction power and myopia are a statistically significant association ($r=-0,123$; $p=0,012$). The axis length and myopia are a statistically significant association ($r=-0,742$; $p<0,001$). The corneal refraction power and the axis length are a statistically significant association ($r=-$

$0,605$; $p<0,001$). **Conclusion:** The corneal refraction power are and the axis length linearly correlated and linearly correlated with myopia. The corneal refraction power and the axis length on patients with myopia is important for the diagnosis and treatment of myopia.

Key words: myopia, corneal refraction power, axis length.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cận thị là một loại tật khúc xạ hay gặp nhất, chiếm khoảng 25% tổng dân số trên thế giới. Theo nghiên cứu của tác giả Dương Hoàng Ân và cộng sự năm 2014 trên nhóm đối tượng sinh viên năm thứ nhất tại trường Đại học Thăng Long cho thấy tỷ lệ cận thị lên tới 61,62%. Tỷ lệ cận thị cao ở nhóm tuổi từ 18 đến 30 hiện đang là vấn đề đáng lo ngại bởi sẽ ảnh hưởng lớn đến quá trình học tập, lao động và tạo thành gánh nặng cho bản thân người cận thị, gia đình và cho xã hội. Vì vậy việc chẩn đoán và điều trị cận thị cần được quan tâm thích đáng.

Hiện nay có rất nhiều phương pháp điều trị cận thị: đeo kính (kính gọng, kính tiếp xúc, ortho-K...) và phẫu thuật (phẫu thuật trên bề mặt giác mạc và phẫu thuật nội nhãn). Đặc biệt ở lứa tuổi thanh niên khi độ cận thị đã ổn định, có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật để điều trị vĩnh viễn tật cận thị. Để lựa chọn được phương pháp điều trị tối ưu nhất cho từng đối tượng, bác sĩ nhãn khoa sẽ phải cân nhắc các yếu tố: tuổi, mức độ cận thị, một số chỉ số của mắt như độ dày giác mạc, khúc xạ giác mạc, chiều dài trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng... và nhu cầu của người bệnh. Theo nhiều nghiên cứu của tác giả trong nước cũng như nước ngoài, các chỉ số sinh học của mắt (trục nhãn cầu, độ dày giác mạc, khúc xạ giác mạc...) có mối liên quan với tình trạng cận thị. Dựa vào mối liên quan giữa các chỉ số này và mức độ cận thị giúp cho các phẫu thuật viên khúc xạ có thể tư vấn cho bệnh nhân ở lứa tuổi thanh niên lựa chọn được phương pháp điều trị thích hợp, đồng thời tiên lượng được kết quả của phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Đánh giá các chỉ số: khúc xạ giác mạc và trục nhãn cầu trên mắt cận thị ở lứa tuổi thanh niên.*

2. *Tìm hiểu mối liên quan giữa các chỉ số: khúc xạ giác mạc, trục nhãn cầu và mức độ cận*

*Bệnh viện Mắt Trung Ương

**Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: thuhienvnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2019

Ngày duyệt bài: 28.01.2019

thị ở lứa tuổi thanh niên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân lứa tuổi thanh niên được chẩn đoán là tật cận thị tại khoa khúc xạ bệnh viện Mắt Quốc tế DND từ tháng 10/2016 đến tháng 10/2017 với các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có độ tuổi từ 18 đến 30, độ cận từ -0.50 trở lên đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các tổn thương thực thể tại mắt: sẹo giác mạc, bong võng mạc, lác, sụp mi...

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả

Cách chọn mẫu: chọn toàn bộ mắt nằm trong tiêu chuẩn nghiên cứu từ thời gian bắt đầu nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng mắt theo công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu, đã chọn ra được 418 mắt trên 209 bệnh nhân.

Phương tiện nghiên cứu: máy chiếu thị lực, hộp thử kính, máy đo khúc xạ tự động, máy soi bóng đồng tử, máy soi đáy mắt, máy sinh hiển vi khám bệnh, máy chụp bản đồ giác mạc Schwind Sirius, máy siêu âm B, thuốc Cyclogyl 1%, bệnh án nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: mỗi bệnh nhân đến khám có một bệnh án nghiên cứu để thu thập các thông tin cần thiết như: tên, tuổi, giới tính, địa chỉ.

Bước 2: thực hiện các bước khám nghiệm

Thử thị lực bằng bảng thị lực, thử kính lỗ khi thị lực không kính từ 20/40 trở xuống.

Đo khúc xạ bằng khúc xạ kế tự động.

Đo khúc xạ soi bóng đồng tử sau tra thuốc Cyclogyl 1%

Đo khúc xạ chủ quan cầu tối ưu và trụ Jackson

Soi đáy mắt bằng máy soi đáy mắt trực tiếp

Đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc bằng máy siêu âm B

Đo độ dày giác mạc và khúc xạ giác mạc bằng máy chụp bản đồ giác mạc Schwind Sirius

Đo trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng bằng máy Zeiss IOLMaster.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm chung: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 209 bệnh nhân gồm 418 mắt cận thị. Tuổi của bệnh nhân trong khoảng từ 18 đến 30. Độ tuổi trung bình là $21,33 \pm 3,196$. Ở lứa tuổi này thông thường độ cận thị đã ổn định.

Số bệnh nhân nữ là 117 người chiếm 56% lớn

hơn 92 bệnh nhân nam chiếm 44%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tình hình cận thị: Cận thị được chia thành 3 mức độ: 82 mắt cận nhẹ (dưới 3.00D) chiếm 19,6%; 243 mắt cận vừa (từ 3.00 đến 6.00D) chiếm 58,1% và 93 mắt cận nặng (trên 6.00D) chiếm 22,2%. Độ cận trung bình là $-4.85 \pm 1.99D$. Độ cận trong khoảng từ -0.5D đến -13.25D và chủ yếu là cận thị mức độ vừa (62,9%).

2. Kết quả chỉ số khúc xạ giác mạc và trục nhãn cầu

Khúc xạ giác mạc: Khúc xạ giác mạc (được tính bằng trung bình cộng của khúc xạ giác mạc ở kinh tuyến dẹt nhất và kinh tuyến vòng nhất) nhận giá trị từ 39,45D đến 47,33D. Giá trị trung bình của khúc xạ giác mạc là $43,16 \pm 1,369D$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác trên thế giới. Trong nghiên cứu của Baradaran năm 2017 cho kết quả khúc xạ giác mạc trên mắt cận thị đo bằng Javal là $43,96 \pm 1,54D$ hay trong nghiên cứu của Kadhim và Farhood năm 2016 là $43,44 \pm 1,53D$.

Giá trị trung bình khúc xạ giác mạc theo mức độ cận thị

Bảng 1: Giá trị trung bình khúc xạ giác mạc theo mức độ cận thị

Mức độ cận thị	Khúc xạ giác mạc ($\bar{X}$, SD)
Nhẹ	$43,2 \pm 1,57$
Vừa	$43,17 \pm 1,38$
Nặng	$42,88 \pm 1,2$

Khúc xạ giác mạc giữa nhóm cận nhẹ và cận nặng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự khác biệt khúc xạ giác mạc giữa nhóm cận nhẹ và vừa, giữa nhóm cận vừa và nặng đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Trục nhãn cầu: Chiều dài trục nhãn cầu trung bình là $25,68 \pm 1,09$ mm. Mắt có trục ngắn nhất là 22,65 mm và trục dài nhất là 29.05 mm.

Giá trị trung bình của trục nhãn cầu theo mức độ cận thị

Bảng 2: Giá trị trung bình trục nhãn cầu theo mức độ cận thị

Mức độ cận thị	Chiều dài trục nhãn cầu ($\bar{X}$, SD)
Nhẹ	$24,61 \pm 0,85$ mm
Trung bình	$25,63 \pm 0,78$ mm
Nặng	$26,79 \pm 0,93$ mm

Trong số 418 mắt, chiều dài trục nhãn cầu trung bình của nhóm cận thị nhẹ ($24,61 \pm 0,85$ mm) ngắn hơn chiều dài trục nhãn cầu trung bình của nhóm cận thị trung bình ($25,63 \pm 0,78$ mm) (với $p < 0,001$) và cũng ngắn hơn chiều dài

trục nhãn cầu trung bình của nhóm cận thị nặng ($26,79 \pm 0,93$ mm) (với $p < 0,001$).

3.3 Liên quan giữa các chỉ số sinh học và mức độ cận thị

Tương quan giữa khúc xạ giác mạc và độ cận thị: Hai chỉ số khúc xạ giác mạc và độ cận thị có tương quan tuyến tính nghịch biến với $r = -0,123$ có ý nghĩa thống kê với $p = 0,012$. Khúc xạ giác mạc càng lớn thì độ cận thị lại càng cao, tuy nhiên mối tương quan này cũng không đáng kể.

Xét mối tương quan giữa khúc xạ giác mạc và độ cận thị trong từng nhóm cận thị ta có bảng:

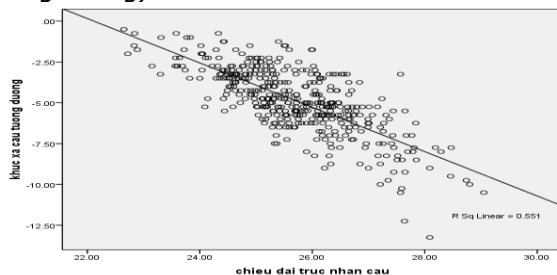
Bảng 3: Tương quan giữa khúc xạ giác mạc và độ cận thị trong từng nhóm cận thị

Mối tương quan giữa các chỉ số	Cận nhẹ n=82	Cận vừa n=243	Cận nặng n=93
Khúc xạ GM và độ cận thị	$r = 0,051$ $p = 0,691$	$r = 0,013$ $p = 0,830$	$r = -0,098$ $p = 0,357$

Qua bảng 3 ta thấy trong từng nhóm cận thị cũng không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa khúc xạ giác mạc và độ cận thị.

Trái với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Olsen và cộng sự lại cho rằng khúc xạ giác mạc càng lớn thì độ cận thị lại càng lớn. Hoặc như trong nghiên cứu của Chen và cộng sự năm 2009 lại cho kết quả không có mối tương quan giữa khúc xạ giác mạc với độ cận thị.

Tương quan giữa trục nhãn cầu và độ cận thị: Hai chỉ số chiều dài trục nhãn cầu và độ cận thị có mối tương quan nghịch biến chặt chẽ với hệ số tương quan $r = -0,742$ và $p < 0,001$. Trục nhãn cầu càng dài thì độ cận càng cao, mối tương quan giữa 2 chỉ số này rất chặt chẽ với phương trình tương quan: $y = -1,358 \cdot x + 30,042$ (x là chiều dài trục nhãn cầu, y là giá trị tuyệt đối cầu tương đương)



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa trục nhãn cầu và độ cận

Bảng 4. Tương quan giữa trục nhãn cầu và độ cận trong từng nhóm cận thị

Mối tương quan giữa các chỉ số	Cận nhẹ n=82	Cận trung bình n=243	Cận nặng n=93
Trục nhãn	$r = -0,380$	$r = -0,428$	$r = -$

cầu và độ cận thị	$p = 0,000$	$p = 0,000$	$0,595$ $p = 0,000$
-------------------	-------------	-------------	------------------------

Khi tìm hiểu mối liên quan giữa chiều dài trục nhãn cầu và độ cận thị ở từng mức độ cận thị chúng tôi thấy rằng:

Ở mức độ cận thị nhẹ: giữa chiều dài trục nhãn cầu và độ cận thị có mối tương quan tuyến tính nghịch biến với $r = -0,380$ và $p < 0,001$.

Ở mức độ cận thị trung bình: chiều dài trục nhãn cầu và độ cận thị có mối tương quan tuyến tính nghịch biến với $r = -0,428$ và $p < 0,001$.

Ở mức độ cận thị nặng: chiều dài trục nhãn cầu và độ cận thị có mối tương quan tuyến tính nghịch biến với $r = -0,595$ và $p < 0,001$.

Bảng 5: Trục nhãn cầu trong các nghiên cứu

Tác giả	Trục nhãn cầu (mm)	Tật khúc xạ (D)
Nguyễn Xuân Hiệp (2008)	$25,84 \pm 1,68$	$-5,09 \pm 2,34D$
Đường Thị Anh Thơ (2008)	$24,0 \pm 0,8$	$-1,78 \pm 0,7D$
	$24,9 \pm 0,7$	$-4,18 \pm 0,9D$
	$25,96 \pm 1,03$	$-7,34 \pm 0,97D$
	$27,45 \pm 1,44$	$-11,15 \pm 2,95D$
Nhóm nghiên cứu (2017)	$25,68 \pm 1,09$	$-4,85 \pm 1,99D$

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với những nghiên cứu trước đây của các tác giả khác ở Việt nam như: Nguyễn Xuân Hiệp (2008), Đường Thị Anh Thơ (2008)... Tất cả các nghiên cứu trên đều cho kết quả chiều dài trục nhãn cầu trung bình lớn hơn 24mm và mức độ cận càng cao trục nhãn cầu càng dài.

Tương quan giữa khúc xạ giác mạc và trục nhãn cầu: Hai chỉ số chiều dài trục nhãn cầu và khúc xạ giác mạc có tương quan tuyến tính nghịch biến khá chặt chẽ với hệ số tương quan $r = -0,605$ và $p < 0,001$.

Ta có phương trình $y = -0,482x + 46,477$ (x là khúc xạ giác mạc, y là chiều dài trục nhãn cầu).

Bảng 6. Tương quan giữa trục nhãn cầu và khúc xạ giác mạc theo nhóm cận

Mối tương quan giữa các chỉ số	Cận nhẹ n=82	Cận trung bình n=243	Cận nặng n=93
Trục nhãn cầu và khúc xạ giác mạc	$r = -0,795$ $p = 0,000$	$r = -0,685$ $p = 0,000$	$r = -0,665$ $p = 0,000$

Tìm hiểu mối liên quan giữa chiều dài trục nhãn cầu và khúc xạ giác mạc ở từng mức độ cận thị chúng tôi nhận thấy rằng:

Ở mức độ cận thị nhẹ: chiều dài trục nhãn cầu và khúc xạ giác mạc có mối tương quan tuyến tính nghịch biến chặt chẽ với $r = -0,795$ và $p < 0,001$.

Ở mức độ cận thị trung bình: chiều dài trục nhãn cầu và khúc xạ giác mạc có mối tương quan tuyến tính nghịch biến chặt chẽ với $r = -0,685$ và $p < 0,001$.

Ở mức độ cận thị nặng: chiều dài trục nhãn cầu và khúc xạ giác mạc có mối tương quan tuyến tính nghịch biến chặt chẽ với $r = -0,665$ và $p < 0,001$. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Chen và cộng sự năm 2009, nghiên cứu của tác giả Olsen và cộng sự năm 2007.

V. KẾT LUẬN

-Khúc xạ giác mạc trung bình là $43,16 \pm 1,369D$. Có sự khác biệt khúc xạ giác mạc giữa nhóm cận thị nhẹ và cận thị nặng.

-Chiều dài trục nhãn cầu trung bình là $25,68 \pm 1,09$ mm. Có sự khác biệt trục nhãn cầu giữa các nhóm cận thị nhẹ, cận thị trung bình và cận thị nặng.

-Khúc xạ giác mạc và trục nhãn cầu là 2 chỉ số quan trọng trong chẩn đoán và điều trị cận thị. Khúc xạ giác mạc và trục nhãn cầu có mối tương quan tuyến tính với nhau và tương quan tuyến tính với mức độ cận thị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baradaran-Rafii A., Fekri S., Rezaie M. et al. (2017). Accuracy of Different Topographic Instruments in Calculating Corneal Power after Myopic Photorefractive Keratectomy. *J Ophthalmic Vis Res*, 12(3), 254–259.
2. Chen M.J., Liu Y.T., Tsai C.C. et al. (2009). Relationship between central corneal thickness, refractive error, corneal curvature, anterior chamber depth and axial length. *J Chin Med Assoc*, 72, 133–7.
3. Dương Hoàng Ân, Nguyễn Bạch Ngọc, và Đinh Minh Anh (2014). Thực trạng cận thị của tân sinh viên trường đại học Thăng Long năm 2013-2014 và một số yếu tố ảnh hưởng. *Kỷ Yếu Công Trình Khoa Học 2014*, 2, 160–167.
4. Dương Thị Anh Thơ (2008). Khảo sát một số chỉ số sinh học mắt trẻ em có tật khúc xạ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Kadhim Y.J. and Farhood Q.K. (2016). Central corneal thickness of Iraqi population in relation to age, gender, refractive errors, and corneal curvature: a hospital-based cross-sectional study. *Clin Ophthalmol Auckl NZ*, 10, 2369–2376.
6. Nguyễn Xuân Hiệp (2008). Nghiên cứu điều trị cận thị bằng Laser Excimer, Luận văn tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. Olsen T., Arnarsson A., Sasaki H. et al. (2007). On the ocular refractive components: the Reykjavik Eye Study. *Acta Ophthalmol Scand*, 85, 361–6.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRỨNG CÁ THÔNG THƯỜNG TẠI KHOA DA LIỄU – BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2018

Nguyễn Thị Kim Dung¹, Vũ Đình Thám¹,
Nguyễn Thị Thương Hoài¹, Nguyễn Thị Bích Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân trứng cá đến khám và điều trị tại khoa Da Liễu - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2018. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Nhóm tuổi bị trứng cá thường gặp là từ 21 - 25 (46,8%), và chủ yếu là sinh viên chiếm 57,8%. Tỷ lệ nữ giới bị trứng cá cao hơn nam giới, chiếm 66,7%. Bệnh chủ yếu biểu hiện nhiều vào mùa hè (71,1%), và tập trung nhiều nhất ở vùng mặt (94,4%), tiếp theo là ngực lưng. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là: Sẩn đỏ (86,7%), sẩn đầu trắng (78,9%), sẩn đầu đen (64,4%). Có tới 37,8% bệnh nhân có thời gian bị trứng cá kéo dài, dai dẳng trên 12 tháng. Mức độ bệnh vừa chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,5%, mức độ nhẹ chiếm 32,2% và mức độ nặng chiếm 13,3%. Thời gian

bị bệnh kéo dài từ 7 - 12 tháng liên quan đến mức độ vừa và nặng của bệnh ($p < 0,05$). **Kết luận:** Trứng cá là bệnh phổ biến trong nhóm sinh viên từ 18 - 25 tuổi với ba triệu chứng thường gặp là sẩn đỏ, sẩn đầu trắng, sẩn đầu đen. Tình trạng bệnh chủ yếu mức độ vừa và nặng, liên quan tới thời gian mắc bệnh kéo dài của bệnh nhân.

Từ khóa: Trứng cá thông thường, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACNE VULGARIS PATIENTS AT THE DERMATOLOGY DEPARTMENT OF THE HOSPITAL OF THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY IN 2018

Objectives: To describe the clinical characteristics of patients with Acne Vulgaris who were examined and diagnosed at the Dermatology Department in the hospital of Thai Binh Medical University in 2018. **Methods:** The design of cross sectional descriptive study. **Results:** The common age group with Acne Vulgaris was from 21 to 25 years (making up 46.8%), and mostly students accounted for 57.8%. The female percentage with acne was higher than that of males, accounting for 66.7%. The disease was mainly occurred in the summer (71.1%), and most

¹Đại học Y Thái Bình

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Dung

Email: dunghungdl79@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2019

Ngày duyệt bài: 22.01.2019

concentrated in the whole face (94.4%), followed by the back and the chest. The primary clinical features were redness (86.7%), white head (78.9%), and black head (64.4%). Up to 37.8% of patients had acne condition prolonging and persisting for more than 12 months. The average level of acne made up the highest rate of 54,5%, and then the mild level with 32.2% and severity with 13.3%. The long duration of acne ranged from 7 to over 12 months, which was associated with moderate and severe disease ($p < 0.05$). **Conclusion:** Acne vulgaris are a common disease among students aged 18-25 years with three common symptoms including redness, white head, black head. The moderate to severe level of acne associated with long period of disease.

Keywords: Acne Vulgaris, Clinical Characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trứng cá là một bệnh da mạn tính gây ra do nhiều yếu tố: sự tăng tiết bã nhờn, viêm nang lông tuyến bã, dày sừng cổ nang lông, nhiễm khuẩn *Propionibacterium Acnes*, và viêm khu trú. Trứng cá phổ biến ở lứa tuổi dậy thì, kéo dài dai dẳng đến 35 - 40 tuổi [1]. Bệnh gặp cả ở nam và nữ với nhiều hình thái tổn thương lâm sàng đa dạng. Mặc dù bệnh không gây biến chứng nguy hiểm nhưng hậu quả thẩm mỹ sau mụn trứng cá khiến bệnh nhân lo lắng và tự ti trong giao tiếp như thâm, sẹo lõm, sẹo lồi, sẹo phì đại [2].

Tại phòng khám Da liễu Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, chúng tôi nhận thấy tần suất gặp bệnh nhân bị bệnh trứng cá nhiều hơn so với những bệnh da thông thường khác. Trong số những bệnh nhân đó, có những bệnh nhân bị bệnh nhưng không điều trị hoặc đã lựa chọn phương pháp điều trị không đúng như dùng kem trộn, corticoid, làm bệnh ngày càng nặng và ảnh hưởng đến thẩm mỹ cũng như tâm lý người bệnh. Xuất phát từ tình hình đó và với mong muốn cải thiện điều trị tốt hơn cho bệnh nhân chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "*Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân trứng cá thông thường tại khoa Da liễu - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2018*" nhằm mô tả chi tiết, đầy đủ các đặc điểm lâm sàng bệnh nhân mụn trứng cá đến khám tại khoa Da Liễu - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán xác định mụn trứng cá thông thường tại khoa Da Liễu - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

Phân độ bệnh trứng cá theo Karen McCoy (2008):

- Mức độ nhẹ: dưới 20 tổn thương không viêm, hoặc dưới 15 tổn thương viêm hoặc tổng số lượng tổn thương dưới 30.

- Mức độ vừa: có 20-100 tổn thương không viêm hoặc 15- 50 tổn thương viêm, hoặc 20-125 tổng tổn thương

- Mức độ nặng: trên 5 nang, cục hoặc trên 100 tổn thương không viêm, hoặc tổng tổn thương viêm trên 50 hoặc trên 125 tổng tổn thương.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Da Liễu - Bệnh viện Đại học Y Dược Thái Bình từ tháng 10/2017 đến tháng 06/2018.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu: Nghiên cứu lấy tất cả 90 bệnh nhân được khám và chẩn đoán mụn trứng cá thông thường trong 9 tháng từ 10/2017 đến tháng 07/2018 tại khoa Da Liễu - Bệnh Viện Đại học Y Thái Bình.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng test thống kê khi bình phương để xem xét sự khác biệt mức độ trứng cá theo thời gian mắc bệnh với mức ý nghĩa $p=0,05$.

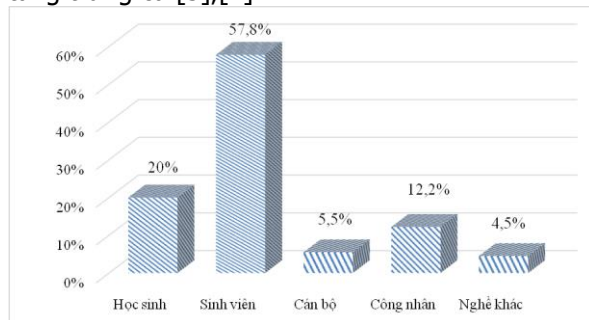
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong số 90 bệnh nhân bị trứng cá thì có 30 bệnh nhân nam (chiếm 33,3%), 60 bệnh nhân nữ (chiếm 66,7%). Tỷ lệ nữ/nam tương đương 2/1. Điều này có thể thấy nữ giới quan tâm nhiều về tình trạng trứng cá, thẩm mỹ sau mụn trứng cá nên tỷ lệ nữ khám gấp đôi so với nam giới. Ngoài ra, một lý do dễ hiểu đa số phụ nữ có thói quen tự điều trị bằng cách sử dụng nhiều sản phẩm chăm sóc da mụn khác nhau, nhưng không rõ nguồn gốc, thậm chí là các loại kem trộn có thành phần corticoid đã làm bùng phát mụn trứng cá nhiều hơn.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân trứng cá theo lứa tuổi và giới (n = 90)

Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Tuổi						
< 16	1	3,3	2	3,3	3	3,3
16 - 20	16	53,5	20	33,3	36	40
21 - 25	11	36,6	31	51,7	42	46,8
26 - 30	1	3,3	0	0	1	1,1
31 - 35	0	0	4	6,7	4	4,4
> 35	1	3,3	3	5	4	4,4
Tổng	30	100	60	100	90	100

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh trứng cá gặp nhiều ở nhóm tuổi từ 21 - 25 chiếm tổng số 46,8% và bệnh nhân nữ cũng gặp nhiều ở độ tuổi này (chiếm 34,5), tiếp theo là độ tuổi 16 - 20 chiếm 40%. Điều này giải thích là khi cơ thể tuổi trưởng thành thì yếu tố nội tiết tăng cao, sự hoạt động của tuyến bã cũng tăng. Các yếu tố stress như lo lắng suy nghĩ, thần kinh căng thẳng đã làm tăng tiết hormone thượng thận từ đó kích thích tăng tiết androgen, tăng prolactin, các hormone này kích thích tuyến bã tăng hoạt động và đây chính là nguồn gốc làm tăng trứng cá [3],[4].



Biểu đồ 1. Phân bố nghề nghiệp trong bệnh nhân trứng cá (n=90)

Nhóm đối tượng bị trứng cá chủ yếu là sinh viên (57,8%) và học sinh (20%), công nhân (12,2%). Điều này có thể giải thích do địa điểm nghiên cứu là bệnh viện trường nên cũng rất thuận tiện cho sinh viên đến khám nên tỷ lệ sẽ gặp nhiều hơn. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với rất nhiều các tác giả nghiên cứu khác tại Việt Nam như Hoàng Ngọc Hà (2006) [3], Lê Thị Kim (2010) [5] và Huỳnh Văn Bá (2011) [6] khi đều chỉ ra đối tượng trứng cá chủ yếu là sinh viên và lứa tuổi gặp từ 18 - 25, nữ gặp nhiều hơn nam giới.

Bảng 2. Tác động của các mùa trong năm đến bệnh trứng cá (n = 90)

Các mùa	Tần số	Tỷ lệ (%)
Xuân	7	7,8
Hạ	64	71,1
Thu	11	12,2
Đông	8	8,9
Tổng	90	100

Bệnh nhân bị bệnh trứng cá thường khởi phát vào mùa hè chiếm chủ yếu với 71,1%. Qua bảng 3 nghiên cứu về yếu tố thời tiết liên quan đến bệnh trứng cá, chúng tôi thấy bệnh trứng cá khởi phát nhiều vào mùa hè chiếm 71,1%. Có lẽ vào mùa hè nhiệt độ tăng cao, làm tăng sự bài tiết mồ hôi và chất bã, da trở nên ẩm và dầu hơn, dễ phát sinh bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng so với nghiên cứu của

Hoàng Ngọc Hà (2006) khi ảnh hưởng sự phát sinh bệnh trứng cá vào mùa hè là 35,3% trong khi mùa đông chỉ là 14,7% [3].

Bảng 3. Vị trí tổn thương của bệnh nhân mụn trứng cá (n = 90)

Vị trí tổn thương	Tần số	Tỷ lệ (%)
Mặt	85	94,4
Ngực	14	15,6
Lưng	11	12,2
Nơi khác	1	1

Qua bảng 4 cho thấy vùng mặt là vị trí gặp trong hầu hết các bệnh nhân mụn trứng cá (chiếm tới 94,4%). Ngoài vùng mặt, ngực và lưng là 2 vị trí tiếp theo dễ gặp mụn ở bệnh nhân. Trứng cá thường thấy ở các vùng da mỡ, có số lượng tuyến bã tập trung cao như: vùng mặt, ngực, liên bả. Riêng ở vùng mặt, số lượng tuyến cao gấp 5 lần các vùng khác, có lẽ do điều này nên kết quả của chúng tôi cũng gặp phần nhiều bệnh nhân bị bệnh ở vùng mặt (94,4%) (bảng 4) tiếp đến là vùng ngực và vùng lưng. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu khác tại Việt Nam của các tác giả Hoàng Ngọc Hà (2006) [3], Nguyễn Thị Minh Hồng (2008) [4], Nguyễn Minh Long (2010) [7] và Nguyễn Thị Hồng Nhung (2014) [8].

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương lâm sàng ban đầu ở bệnh nhân trứng cá (n=90)

Các loại tổn thương	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sẩn đầu trắng	71	78,9
Sẩn đầu đen	58	64,4
Sẩn đỏ	78	86,7
Mụn mủ	46	51,1
Cục	21	23,3
Giãn mạch	5	5,6
Dát thâm	42	46,7
Dát đỏ	22	24,5
Seo lỗ	5	5,6
Seo lỗm	27	30
Da nhờn	65	72

Số lượt bệnh nhân có tổn thương sẩn đỏ chiếm tỉ lệ cao nhất (chiếm 86,7%), tiếp đó là các tổn thương sẩn trắng (78,9%) và da nhờn (72%); gặp ít nhất là tổn thương giãn mạch và seo lỗ. Các nghiên cứu tổn thương trứng cá thông thường đều biểu hiện dưới dạng nhân trứng cá (nhân đầu đen, nhân đầu trắng). Trong quá trình tiến triển của bệnh các tổn thương khác sẽ được tạo ra: sẩn, cục, mụn mủ. Tùy theo thời điểm bệnh nhân đến khám để thầy thuốc có thể gặp những tổn thương khác nhau. Tổn thương mụn mủ và tình trạng da nhờn trên những bệnh nhân điều trị cũng chiếm tỉ lệ cao.

Trong khi đó kết quả của Nguyễn Minh Long (2010) cho thấy tổn thương gặp nhiều nhất là sẩn đầu đen (95,71%), sẩn đỏ (91,42%), sẩn đầu trắng (88,57%) [7]. Tác giả Hoàng Ngọc Hà

(2006) chỉ ra nhân đầu trắng chiếm tỉ lệ cao nhất (76,5%), tiếp đến là sẩn đỏ, mụn mủ, dát đỏ đều 73,5%, sẩn đầu đen (67,6%), cục 44,1%, da đầu 85,3% [3].

Bảng 5. Mức độ trứng cá theo thời gian bị bệnh (n=90)

Thời gian	Mức độ bệnh	Nhẹ		Vừa		Nặng		p
		n	%	n	%	n	%	
< 3 tháng		15	51,7	7	14,3	1	8,4	<0,05
3 - <7 tháng		6	20,7	6	12,2	3	25	
7 - 12 tháng		3	10,3	11	22,5	4	33,3	
> 12 tháng		5	17,3	25	51	4	33,3	
Tổng		29	100	49	100	12	100	

Bảng 5 cho thấy có mối liên quan giữa thời gian mắc trứng cá và mức độ của bệnh (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Điều này có nghĩa là khi thời gian bị bệnh kéo dài (nếu không điều trị, hoặc tự điều trị tại nhà), mức độ mụn trứng cá thường sẽ tiến triển từ nhẹ, tới tình trạng vừa và mụn nặng hơn.

Có nhiều cách phân mức độ bệnh trứng cá thông thường, các tác giả đều dựa vào triệu chứng nhân trứng cá, sẩn viêm, mụn mủ, cục, nang để phân mức độ bệnh. Trong đề tài này chúng tôi lựa chọn phương pháp mức độ theo American Family Physician và DermNet New Zealand [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 90 bệnh nhân trứng cá thông thường tại bảng 6 cho thấy: mức độ vừa (54,5%), mức độ nhẹ (32,2%), mức độ nặng (13,3%). Kết quả của chúng tôi gặp bệnh nhân có mức độ bệnh nặng là ít nhất, điều này có thể do trong nghiên cứu chúng tôi gặp bệnh nhân là sinh viên cao nhất, đó là đối tượng đã ý thức được về bệnh. Hơn nữa địa điểm nghiên cứu cũng rất thuận tiện cho sinh viên đến khám và điều trị, người bệnh đến khám sớm nên không có nhiều tổn thương nặng. Tuy nhiên, các nghiên cứu khác thì kết quả ngược lại với chúng tôi khi mức độ nặng và nhẹ của bệnh chiếm chủ yếu như trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Ngọc Hà (2006) [3], Nguyễn Minh Long (2010) [7]. Trong khi đó, kết quả mức độ bệnh vừa của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hồng (2008) [4], Lê Thị Kim (2010) [5].

Bảng 5 cũng cho thấy bệnh nhân đến khám sau 12 tháng bị bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất (37,8%). Qua hỏi trên lâm sàng chúng tôi thấy một phần bệnh nhân chủ quan về bệnh, tự cho là bệnh của lứa tuổi dậy thì nên cứ để vậy sẽ tự khỏi, đến khi bệnh không khỏi, làm ảnh hưởng đến tâm lý và sự tự tin trong giao tiếp công việc thì nhiều người mới quan tâm và đi khám. Một phần bệnh nhân cũng đã đi điều trị ở nhiều nơi,

sau đó mới đến khám. Tất cả vấn đề trên đã làm cho thời gian bị bệnh kéo dài và tổn thương nặng nề hơn. Vì vậy bảng 5 cho thấy rõ về sự tương đồng giữa thời gian bị bệnh và mức độ bệnh: bệnh nhân đến khám với thời gian bị bệnh dưới 3 tháng chủ yếu bị bệnh mức độ nhẹ trong khi đó với thời gian bị bệnh từ 7 - 12 tháng thì chủ yếu gặp bệnh ở mức độ vừa và nặng ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Nhóm tuổi thường gặp 21 - 25: 46,8% và chủ yếu là sinh viên chiếm 57,8%. Tỷ lệ nữ giới bị trứng cá cao hơn nam giới, chiếm 66,7%. Bệnh chủ yếu biểu hiện nhiều vào mùa hè, và tập trung nhiều nhất ở vùng mặt, tiếp theo là ngực lưng. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là: Sẩn đỏ (86,7%), sẩn đầu trắng (78,9%), sẩn đầu đen (64,4%). Tới 37,8% bệnh nhân có thời gian bị trứng cá kéo dài, dai dẳng trên 12 tháng. Mức độ bệnh vừa chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,5%, mức độ nhẹ chiếm 32,2% và mức độ nặng chiếm 13,3%. Thời gian bị bệnh kéo dài từ 7 - 12 tháng liên quan đến mức độ vừa và nặng của bệnh ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Da liễu - Đại học y Hà Nội (2017).** *Bệnh học Da Liễu tập 3*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.23 - 29.
2. **Habi T.P (2010).** Therapeutic agents for treatment of acne. *Clinical Dermatology*. Mosby., pp. 235- 246.
3. **Hoàng Ngọc Hà (2006).** *Nghiên cứu tình hình, đặc điểm lâm sàng và lượng Testosterol trong máu bệnh nhân nam bị trứng cá thông thường*, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
4. **Nguyễn Thị Minh Hồng (2008).** *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị bệnh trứng cá thông thường bằng Vitamin A acid tại viện Da Liễu Quốc Gia*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Thị Kim (2010).** Một số đặc điểm của bệnh trứng cá gặp ở bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học thực hành*(728), tr 127-129.
6. **Huỳnh Văn Bá (2011).** Đánh giá hiệu quả điều trị của Isotretinoin ở bệnh nhân bị trứng cá có sử

dụng corticoid bôi. *Tạp chí Y dược Học quân sự*(3), tr. 104 - 109.

7. **Nguyễn Minh Long, Nguyễn Văn Thường (2010).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của bệnh trứng cá thông thường. *Tạp chí Y học thực hành* (705), tr. 85-87.

8. **Nguyễn Thị Hồng Nhung, Lê Ngọc Diệp (2014).** Đặc điểm lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mụn trứng cá tại bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 18, tr. 89-96.

TẬP TÍNH DINH DƯỠNG TẠI 300 HỘ GIA ĐÌNH Ở MIỀN BẮC NƯỚC TA NĂM 2017

Lê Trần Ngoan^{1,5}, Phạm Văn Phú¹, Nguyễn Quang Dũng¹,
Trần Hiếu Học¹, Phạm Thị Oanh², Nguyễn Thanh Bình³,
Đinh Thị Minh¹, Nguyễn Thu Hoài¹, Phạm Thị Hà Phương¹,
Trịnh Thị Đức Hạnh¹, Lâm Văn Chiến¹, Lê Xuân Hưng¹, Phan Văn Cần⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tập tính dinh dưỡng tại các hộ gia đình ở một số tỉnh ở miền bắc nước ta năm 2017 và phân tích mức tiêu thụ một số chất dinh dưỡng chính cho các nhóm thực phẩm. **Phương pháp:** Điều tra mô tả cắt ngang bằng phiếu hỏi ghi tiêu thụ thực phẩm trong 24 giờ cho 3 ngày liên tục trong tuần làm việc. Chọn nhà liền nhà, kể từ nhà đầu tiên ở 3 xã. Toàn bộ các loại thực phẩm sống sạch của 1 khẩu phần/ngày được chuyển đổi sang 86 chất dinh dưỡng theo bảng thành phần các chất dinh dưỡng năm 2007. **Kết quả:** Gạo là thực phẩm cung cấp năng lượng rất cao 57,7%, đạm 31,5%, mỡ 7,7%, tinh bột 80,5%, canxi 19,5%. Thịt đỏ cung cấp năng lượng 12,3%, đạm 26,2%, mỡ 40,5%, tinh bột 0,1%, canxi 2,2%, kali 14,2%, natri 11,2%, B1 50%, vitamin A 13,4%. Rau các loại cung cấp năng lượng 2,5%, đạm 5,6%, mỡ 0,9%, tinh bột 2,1%, canxi 30,6%, kali 23,4%, natri 7,9%, vitamin C 64,3%, B1 14,3%, vitamin E 54,5%. **Kết luận:** Thịt đỏ nên được dùng có cân đối và giảm thiểu để phòng các bệnh ung thư, tim mạch và đái tháo đường.

Từ khóa: Điều tra dinh dưỡng, hộ gia đình, mô tả cắt ngang, chất dinh dưỡng

SUMMARY

NUTRITION STATUS OF 300 HOUSEHOLDS IN THE NORTH VIET NAM IN 2017

Objectives: To examine nutrition status by conducting nutritional household survey in the North Viet Nam in 2017 and analyze some nutrients intake by food groups. **Methods:** Cross-sectional household

survey of 24-hour recall food intake for a consecutive 3-day by using the designed data collection form. House to house sampling was conducted in three communes. Average intake amount of each food items were estimated per person per day. Nutrients (86 types) were converted from all food items based on the Vietnamese food composition table version 2007. **Results:** Rice majority contributed to energy as much as 57.7%, protid 31.5%, lipid 7.7%, glucid 80.5%, calcium 19.5%. Red meat contributed to energy 12.3%, protid 26.2%, lipid 40.5%, glucid 0.1%, calcium 2.2%, kalium 14.2%, natrium 11.2%, vitamin B1 50%, vitamin A 13.4%. All vegetables contributed to energy 2.5%, protid 5.6%, lipid 0.9%, glucid 2.1%, calcium 30.6%, kalium 23.4%, natrium 7.9%, vitamin C 64.3%, vitamin B1 14.3%, vitamin E 54.5%. **Conclusion:** Red meat intake would be well balanced and minimized to a safe level to prevent against cancer, cardiovascular diseases and diabetes.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường là nguyên nhân tử vong của hơn 50% người Việt Nam trong 1 năm, số lượng ước tính trên 200.000 ngàn người trong 1 năm. Ngân hàng thế giới (WB) và tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã kết luận, thói quen dinh dưỡng không an toàn (Unhealthy Diet) là nguyên nhân chính của các nhóm nguyên nhân bệnh này¹. Ngân hàng thế giới và WHO đã đề nghị các nước tập trung ưu tiên, nguồn lực cho nghiên cứu về mối liên quan giữa dinh dưỡng và các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường để có biện pháp phòng bệnh hiệu quả ở mỗi quốc gia, mỗi địa phương.

Nghiên cứu dinh dưỡng, theo truyền thống², cân đo hoặc hỏi ghi mức tiêu thụ thực phẩm tại hộ gia đình, cá nhân trong 24 giờ cho 3 ngày hay 1 tuần liên tục, để phân tích thực trạng dinh dưỡng. Phương pháp này cho kết quả tốt nhất cho khoảng thời gian ngắn, trong khoảng 1 tuần, có thể đánh giá tốt tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em, bà mẹ, người lao động, người cao tuổi.

¹Trường Đại học Y Hà Nội;

²Bệnh viện K, cơ sở Tam Hiệp,

³Ban quản lý An toàn Thực phẩm tỉnh Bắc Ninh,

⁴Tổng cục Thống kê;

⁵School of Medicine, International University of Health and Welfare, Japan

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trần Ngoan

Email: letngoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2019

Ngày duyệt bài: 28.01.2019

Phương pháp này cũng cho kết quả cơ cấu dinh dưỡng của mỗi hộ gia đình, cá nhân. Ngoài phương pháp nghiên cứu dinh dưỡng này, các nhà khoa học đã phát triển công cụ nghiên cứu thói quen dinh dưỡng, cho điều tra trong 1 năm trước ngày thu thập số liệu, để nghiên cứu vai trò của tập tính dinh dưỡng với các bệnh mạn tính ung thư, tim mạch, đái tháo đường. Trường Đại học Harvard, từ năm 1976, đã thiết kế bộ câu hỏi tần suất tiêu thụ thực phẩm bán định lượng, thu thập số liệu cho khoảng thời gian 12 tháng trước ngày điều tra. Các thông tin thu thập được bao gồm: Tên món ăn; Ước lượng trọng lượng một đơn vị hay 1 lần ăn; Tần suất sử dụng trong khoảng thời gian 12 tháng trước ngày điều tra. Phương pháp nghiên cứu này sau đó đã được áp dụng ở nhiều nước, gọi là tần suất tiêu thụ thực phẩm bán định lượng (SQFFQ). Nghiên cứu này được FIRST tài trợ, phối hợp giữa trường Đại học Y Hà Nội và trường Đại học Y tế Công cộng Harvard để điều tra hộ gia đình đánh giá tập tính dinh dưỡng. **Mục tiêu:** Mô tả tập tính dinh dưỡng tại các hộ gia đình ở một số tỉnh ở miền bắc nước ta năm 2017 và phân tích mức tiêu thụ một số chất dinh dưỡng chính cho các nhóm thực phẩm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế: Điều tra mô tả cắt ngang đối với mức tiêu thụ thực phẩm trong 24 giờ cho 3 ngày liên tục (Cross-sectional household survey)². Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho tỷ lệ⁴, trong đó, n là cỡ mẫu:

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

Nghiên cứu này kỳ vọng ghi nhận được càng nhiều càng tốt số thực phẩm có tên 526 loại trong bảng thành phần dinh dưỡng nước ta. Mong muốn điều tra được các thực phẩm có khoảng 4,5% (0,0450) số người trong cộng đồng sử dụng.

Giả định: $p = 0,0450$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $d = 0,0115$. Thay vào công thức ta được cỡ mẫu 1248, làm tròn thành 1300 cá nhân tham gia nghiên cứu. Trong cộng đồng ở vùng đồng bằng Sông Hồng, quy mô hộ gia đình khoảng 4,3 người, do đó, chúng tôi điều tra khoảng 300 hộ gia đình cho nghiên cứu này.

Chọn mẫu và địa điểm: Chọn nhà liền nhà, kể từ nhà đầu tiên, không phân biệt giàu nghèo hay nghề nghiệp ở 3 xã thuộc 3 huyện của 3 tỉnh Hà Nam, Hưng Yên và Bắc Ninh (Hình 1).

Mẫu phiếu điều tra: Phiếu hỏi ghi tiêu thụ thực phẩm trong 24 giờ cho 3 ngày liên tục trong tuần làm việc của Viện Dinh dưỡng, dùng cho

tổng điều tra Dinh dưỡng quốc gia².

Phiếu được thiết kế in giấy cho điều tra. Điều tra viên: Cử nhân Y tế Công cộng, cử nhân dinh dưỡng, cán bộ trường Đại học Y Hà Nội được tập huấn lý thuyết, thực hành cho thành thạo việc thu thập số liệu. Cách thu thập số liệu: Điều tra viên cùng cán bộ trạm Y tế xã thăm hộ gia đình, sau khi được gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu, trả lời các câu hỏi trực tiếp cho điều tra viên.

Quy đổi sống sạch: Toàn bộ các thực phẩm được các gia đình cung cấp được quy về sống sạch, theo hướng dẫn của Viện Dinh Dưỡng, sau đó cho phân tích quy đổi sang 86 loại chất dinh dưỡng. Tổng thực phẩm sống sạch tiêu thụ tại gia đình, sau khi loại các thực phẩm ăn ở ngoài gia đình, lượng thực phẩm tổng số là 3.078.462 gam.

Chăm xuất ăn đã Dùng chung thực phẩm trong ngày: Mỗi người trong gia đình được chăm 6 lần ăn: ăn sáng bữa chính và phụ, ăn trưa bữa chính và phụ, ăn tối bữa chính và phụ. Cân đối mức ăn theo tuổi và giới, theo hướng dẫn của Viện Dinh Dưỡng, tính như sau: trẻ 0-<4 tuổi mức ăn 0,4; 4-<7 tuổi mức ăn 0,6; 7-<11 tuổi mức ăn 0,8; 11-<15 tuổi mức ăn 1,0; 15-<18 tuổi mức ăn 1,2 (nam) và 1,1 (nữ); 18-<61 tuổi mức ăn 1,0; 61+ tuổi, mức ăn 0,8; phụ nữ có thai hoặc cho con bú, mức ăn 1,4. Sau khi loại các bữa ăn ở ngoài nhà, tổng số suất ăn tại gia đình là 3.138,1 (Hình 1).

Chọn 3 xã thuộc 3 tỉnh Hà Nam, Hưng Yên, Bắc Ninh, mỗi xã mời 150 hộ gia đình tham gia nghiên cứu: Tổng số 450 hộ

Điều tra nhà liền nhà cho 100 hộ gia đình ở mỗi xã: tổng số điều tra được 300 hộ

→ Loại 1 hộ do thiếu thông tin

Tổng số hộ được phân tích: 299

Lập danh sách tên thực phẩm, trọng lượng (g) theo bữa, ngày

→ Loại thải bỏ và thực phẩm ăn ở ngoài nhà

Tổng thực phẩm sống sạch tiêu thụ tại gia đình: 3.078.462 gam

Lập bảng chấm cơm, quy đổi mức ăn cho các nhóm tuổi và giới

Loại các bữa ăn ở ngoài nhà ←

Tổng số khẩu phần ăn tại gia đình: 3.138,1

Hình 1. Địa điểm và sơ đồ thu thập số liệu tại hộ gia đình

Phân tích số liệu: Số liệu được nhập vào Excel, sau đó phân tích trong STATA. Toàn bộ thực phẩm cho bữa sáng (chính, phụ), bữa trưa

(chính, phụ), bữa tối (chính, phụ) theo ngày được nhập vào excel, đơn vị tính theo gam. Cộng tổng trọng lượng cho mỗi loại thực phẩm theo mã năm 2007 cho 526 loại, sau đó quy sống sạch. Tổng trọng lượng này chia cho số khẩu phần trong 1 ngày, mức ăn 1,0, để tính trung bình cho một khẩu phần. Toàn bộ các loại

thực phẩm sống sạch của 1 khẩu phần/ngày được chuyển đổi sang 86 chất dinh dưỡng theo bảng thành phần các chất dinh dưỡng năm 2007 của Viện Dinh Dưỡng. Các chất dinh dưỡng chính được phân tích bao gồm năng lượng, đạm, mỡ, tinh bột, canxi, sắt, kali, natri, vitamin C, B1, A, và E.

Bảng 1. Đặc điểm quần thể nghiên cứu theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam			Nữ			Tổng số
	Số	%	Mức ăn	Số	%	Mức ăn	
0-<4	66	10,1	0,4	51	7,5	0,4	117
4-<7	61	9,3	0,6	39	5,7	0,6	100
7-<11	39	6,0	0,8	49	7,2	0,8	88
11-<15	38	5,8	1,0	41	6,0	1,0	79
15-<18	21	3,2	1,2	23	3,4	1,1	44
18-<61	363	55,4	1,0	390	57,4	0,9	753
61+	67	10,2	0,8	86	12,7	0,8	153
Tổng số	655	100		679	100		1334

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 450 hộ gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu và đăng ký với trạm y tế xã. Mỗi xã đã điều tra được 100 hộ, sau khi bỏ qua các hộ không tham gia có lý do đột suất. Trong số 300 hộ được điều tra, có 1 hộ cho số liệu thiếu nhiều, loại số phiếu này. Toàn bộ có 299 hộ tham gia nghiên cứu và được phân tích (Hình 1).

Bảng 2. Tổng thực phẩm tiêu thụ ở 300 hộ gia đình trong 3 ngày liên tục

Chỉ số	Tổng thực phẩm tiêu thụ, ăn ở nhà và ở ngoài, chưa đổi sống sạch	Sống sạch, ăn ở nhà
Trọng lượng (g)	3.544.215	3.078.462
Số suất ăn (Mức ăn 1,)	3.400,4	3.138,1
Trung bình trọng lượng 1 suất ăn (g)	1.042	981

Tổng số người của 299 hộ là 1334 cá nhân, nam 655 và nữ 679. Theo nhóm tuổi có 117 cá nhân (0-<4 tuổi); 100 (4-<7 tuổi); 88 (7-<11 tuổi); 79 (11-<15 tuổi); 44 (15-<18 tuổi); 753 (18-<61 tuổi); 153 (61+ tuổi) (Bảng 1). Tổng số thực phẩm sống sạch là 3.078.462 gam, có 3.138,1 khẩu phần, trung bình một khẩu phần ăn 981 gam thức ăn trong 24 giờ (Bảng 2)

Gạo là thực phẩm cung cấp năng lượng 57,7%, đạm 31,5%, mỡ 7,7%, tinh bột 80,5%, canxi 19,5%, sắt 32,6%, kali 35,8%. Thịt động vật 4 chân (thịt đỏ) cung cấp năng lượng 12,3%, đạm 26,2%, mỡ 40,5%, tinh bột 0,1%, canxi 2,2%, sắt 11,4%, kali 14,2%, natri 11,2%, B1

50%, vitamin A 13,4%. Rau các loại cung cấp năng lượng 2,5%, đạm 5,6%, mỡ 0,9%, tinh bột 2,1%, canxi 30,6%, sắt 24,2%, kali 23,4%, natri 7,9%, vitamin C 64,3%, B1 14,3%, vitamin E 54,5%. Trái cây cung cấp năng lượng 1,7%, đạm 0,6%, mỡ 0,2%, tinh bột 2,4%, canxi 2,9%, sắt 4,5%, kali 6,7%, natri 0,9%, vitamin C 31,2%, vitamin E 3% (Bảng 3).

Trọng lượng một số thực phẩm và chất dinh dưỡng được tính cho một khẩu phần/ngày là gạo 330,9 gam, dầu-mỡ 4,3 gam, rau các loại 192,9 gam, đạm động vật 39,6 gam đạm tổng số 82,8 gam, dầu thực vật 12,8 gam, chất béo tổng số 42,7 gam (Bảng 4).

Bảng 3. Một số chất dinh dưỡng chính theo nhóm thực phẩm

Tên thực phẩm	Năng lượng	Đạm	Mỡ	Tinh bột	Muối khoáng				Vitamin			
					calci	sat	kali	natri	c	b1	a	e
	Kcalo	g	g	g	mg	mg	mg	mg	mg	mg	µg	µg
Gạo tẻ máy	1138,5	26,1	3,3	251,2	99,3	4,3	797,6	16,5	0	0,3	0	0
%	57,7	31,5	7,7	80,5	19,5	32,6	35,8	2,7	0,0	21,4	0,0	0,0
Lương thực khác	160,2	4,3	0,5	34,6	15,7	0,6	40,4	0,9	0,2	0	0	0
%	8,1	5,2	1,2	11,1	3,1	4,5	1,8	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Lương thực củ	16	0,2	0	3,8	3,4	0,1	34,2	1,3	1,3	0	0	0
%	0,8	0,2	0,0	1,2	0,7	0,8	1,5	0,2	1,1	0,0	0,0	0,0

Đậu, đỗ, hạt	82,7	7	5,2	2	26,2	1,4	100,4	6,2	0,1	0,1	0	0,5
%	4,2	8,5	12,2	0,6	5,1	10,6	4,5	1,0	0,1	7,1	0,0	15,2
Rau dạng lá, quả	48,6	4,6	0,4	6,6	155,8	3,2	521,8	48,4	75,5	0,2	0	1,8
%	2,5	5,6	0,9	2,1	30,6	24,2	23,4	7,9	64,3	14,3	0,0	54,5
Trái cây	33,2	0,5	0,1	7,5	14,9	0,6	148,9	5,5	36,7	0	0	0,1
%	1,7	0,6	0,2	2,4	2,9	4,5	6,7	0,9	31,2	0,0	0,0	3,0
Mỡ, bơ, dầu	38,9	0	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0,6	0,5
%	2,0	0,0	10,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	15,2
Thịt đỏ	243,4	21,7	17,3	0,2	11,3	1,5	316,6	68,1	1,4	0,7	31,9	0
%	12,3	26,2	40,5	0,1	2,2	11,4	14,2	11,2	1,2	50,0	13,4	0,0
Thịt gia cầm	49	4,3	3,5	0	3	0,4	45	15,1	0,9	0	50,6	0,1
%	2,5	5,2	8,2	0,0	0,6	3,0	2,0	2,5	0,8	0,0	21,2	3,0
Thịt chế biến sẵn	9,3	0,5	0,8	0	0,1	0	0	0	0	0	0	0
%	0,5	0,6	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hải sản	47,5	8,0	1,7	0,1	69,8	0,3	51,5	21,1	0	0	30,6	0,1
%	2,4	9,7	4,0	0,0	13,7	2,3	2,3	3,5	0,0	0,0	12,8	3,0
Trứng	28,8	2,3	2,1	0,2	10,7	0,5	32,8	26,3	0	0	89,5	0,2
%	1,5	2,8	4,9	0,1	2,1	3,8	1,5	4,3	0,0	0,0	37,6	6,1
Sữa và chế phẩm	53	2,8	2,9	4	95,6	0,1	128,6	107,1	0,9	0	34	0
%	2,7	3,4	6,8	1,3	18,8	0,8	5,8	17,6	0,8	0,0	14,3	0,0
Đồ hộp	1,6	0,1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bánh kẹo	9	0,1	0,3	1,4	1,2	0	0	0	0	0	1	0
%	0,5	0,1	0,7	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0
Mắm, muối, gia vị	2,3	0,2	0	0,3	2,1	0	10,2	292,4	0,1	0	0,1	0
%	0,1	0,2	0,0	0,1	0,4	0,0	0,5	48,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Đồ uống có cồn	9,7	0	0	0,1	0,1	0	0,5	0,1	0	0	0	0
%	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nước ngọt	0,2	0	0	0	0,2	0	1,5	0	0,4	0	0	0
%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Tổng số	1971,9	82,8	42,7	312	509,2	13,2	2229,9	609	117,5	1,4	238,2	3,3
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nổi bật thứ nhất của tập tính dinh dưỡng là gạo là thực phẩm chủ đạo được tiêu thụ ở quần thể nghiên cứu, cung cấp trên gần 60% năng lượng, gần 1/3 đạm thực vật và 80% tinh bột. Tập tính này sẽ khó khăn thay đổi đối với người bị đái tháo đường, cần ăn tinh bột có kiểm soát, để điều trị bệnh.

Đặc điểm thứ hai là lượng thịt đỏ trung bình ngày 117,9 gam hay là 825,3 gam cho 1 tuần,

đã cao hơn mức khuyến nghị ăn 500 gam/người/tuần của tổ chức Y tế thế giới (WHO)¹. để phòng bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường. Thịt đỏ đã được nhóm nghiên cứu của trường Đại học Y tế Công cộng Harvard công bố là nguyên nhân gây bệnh đái tháo đường đối với bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh này lần đầu. Thịt đỏ được WHO kết luận là nguyên nhân ung thư nhiều loại ung thư, cần được giảm thiểu mức tiêu thụ, dưới 500 gam/tuần/người.

Bảng 4. Tiêu thụ một số thực phẩm ở 300 hộ so với số liệu điều tra toàn quốc

	Viện Dinh dưỡng, điều tra chọn mẫu toàn quốc ²						300 hộ
	1964-65	1970-75	1981-85	1987-89	2000	2010	2017
Gạo (g)	-	-	458,0	452,0	397,0	373,2	330,9
Thịt đỏ (g)	-	-	-	-	-	-	117,9
Dầu, mỡ (g)	-	-	1,6	3,0	6,8	8,0	4,3
Rau các loại (g)	-	-	214,0	171,3	178,6	190,4	192,9
Protit động vật (g)	13,4	12,2	13,6	18,0	20,8	30,6	39,6
Protit tổng số (g)	47,0	60,0	52,0	57,0	62,0	74,3	82,8
Lipid thực vật (g)	4,7	4,7	5,6	10,0	14,0	14,5	12,8
Lipid tổng số (g)	11,6	11,0	12,0	18,0	24,9	37,7	42,7
Đồ uống có cồn (rượu, bia) (g)	-	-	-	-	-	-	5,2

Đặc điểm thứ ba là trung bình ngày, đồ uống có cồn (rượu và bia các loại) tiêu thụ 5,2 gam trung bình 24 giờ/người, quy ra là 1.890 gam/năm, kết quả này thấp hơn kết quả của WHO⁵ công bố ước tính cho nước ta là 6,6 lít rượu, bia/người/năm (hai giới gộp chung). Tiêu thụ ít rượu, bia ở vùng nông thôn ở 3 xã của 3 tỉnh tham gia nghiên cứu gợi ý tín hiệu tốt về khả năng phòng tránh các bệnh liên quan tới nhóm tác nhân này.

Kết quả nghiên cứu gợi ý rau các loại và trái cây là nguồn cung cấp các loại vitamin C và E chủ yếu, một số muối khoáng như canxi, sắt, kali và khuyến khích nhân dân tăng mức tiêu thụ hai nhóm thực phẩm này.

Về chiều hướng tiêu thụ một số nhóm thực phẩm, có xu hướng giảm về trọng lượng tiêu thụ ngày là gạo² và đạm động vật (tuy vậy, chú ý giới hạn an toàn), kể từ 1981 đến nay; có xu hướng tăng ăn rau các loại kể từ 1987 đến nay². Tiêu thụ mỡ có dấu hiệu tăng liên tục và đều đặn kể từ 1964 đến nay, đây là tín hiệu không tốt, vì chất béo là nguyên nhân nhiều ung thư, tim mạch là các bệnh mạn tính.

V. KẾT LUẬN

Các phát hiện mới về tập tính dinh dưỡng của nghiên cứu này gợi ý một số dấu hiệu cần quan tâm trong hoạt động Y tế công cộng có liên quan

nhiều bệnh không nhiễm trùng như ung thư, tim mạch, đái tháo đường và cần thiết xây dựng công cụ nghiên cứu thói quen dinh dưỡng tiêu thụ thực phẩm bán định lượng, phục vụ nghiên cứu quan sát khoa học sức khỏe ở nước ta.

Nhà tài trợ: "Khoản tài trợ cho các chuyên gia giỏi nước ngoài về Khoa học, Công nghệ và Đổi mới sáng tạo" số 18/FIRST/1.a/HMU giữa Ban quản lý Dự án FIRST và Trường Đại học Y Hà Nội".

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Non-communicable Diseases Progress Monitor 2015. Publication date: September 2015. ISBN: 978 92 4 150945 9. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/>. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
2. Bộ Y Tế, Viện Dinh Dưỡng, UNICEF. Tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010. Hà Nội, Nhà Xuất bản Y học: Viện Dinh Dưỡng, 2010.
3. Le NT, Michels FA, Song M, et al. A Prospective Analysis of Meat Mutagens and Colorectal Cancer in the Nurses' Health Study and Health Professional Follow-up Study. *Environ Health Perspect*; 2016; <http://dx.doi.org/10.1289/EHP238>.
4. Jenicek M. **Epidemiology:** the logic of modern medicine. Montreal: EPIMED International, National Library of Canada; 1995.
5. WHO. **World Health Organization** - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles of Viet Nam, 2014.: World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2018.

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG KÊ ĐƠN THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Quốc Huy**, Nguyễn Hải Trường*, Nguyễn Duy Tám*, Nguyễn Sơn Nam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích thực trạng thực hiện quy định kê đơn thuốc ngoại trú theo thông tư 52/2017/TT-BYT tại Bệnh viện TWQĐ 108. Phân tích một số chỉ tiêu kê đơn trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện TWQĐ 108.

Đối tượng: Phiếu khám bệnh của bệnh nhân bảo hiểm được chiết xuất từ phần mềm quản lý bệnh viện VIMES và phiếu phát thuốc cho đối tượng bệnh nhân bảo hiểm từ ngày 01/06/2018 đến ngày 31/08/2018.

Phương pháp: Mô tả hồi cứu cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Bệnh viện đã thực hiện đúng quy định kê đơn thuốc ngoại trú theo thông tư 52/2017/TT-BYT.

Số thuốc kê trung bình trong một đơn là 4,11 thuốc (SD = 2,25), số chẩn đoán trung bình trong một đơn là 2,22 (SD = 1,23). Tỷ lệ đơn thuốc có kháng sinh chiếm 23,3% phù hợp với khuyến cáo của WHO từ 20 – 30%, tỷ lệ đơn thuốc có kê vitamin/khoáng chất là 22,0%. Chi phí trung bình cho một đơn thuốc là 490.057 VNĐ (SD = 341.693).

SUMMARY

PRESCRIPTION ANALYSIS OF DRUGS USED IN OUTPATIENT AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: Prescription analysis of drugs used in outpatient under Circular 52 in 2017 of Ministry in health Vietnam at 108 Military Central Hospital. Evaluate the index of drug prescription for treatment of outpatient at 108 Military central hospital.

Subjects: Prescription was extracted from VIMES program and receipts for insurable patients from 01/06/2018 to 31/08/2018. **Study methods:** cross-sectional descriptive survey. **Results and**

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

**Trường đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sơn Nam

Email: sonnam108@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 19.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2019

Ngày duyệt bài: 25.01.2019

conclussions: The hospital was complied with regulations on outpatient prescription according to Circular 52 in 2017 of Ministry in health Vietnam. The number of drugs per prescription was 4.11 (SD = 2.25), the number of diagnoses was 2.22 (SD = 1.23). Rate of antibiotic use was 23.3% which was in safety limit as recommended by WHO from 20-30%. The ratio of vitamins/minerals was 22.0%. The average cost for a prescription was 490.057 VND (SD = 341.693).

Keywords: outpatients, 108 Military central hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng lạm dụng, sử dụng thuốc không an toàn, hợp lý là một vấn đề hết sức thời sự trên thế giới nói chung, Việt Nam ta nói riêng, đặc biệt là tình trạng lạm dụng thuốc kháng sinh, corticoid và các vitamin. Việc lạm dụng những nhóm thuốc này không chỉ tăng gánh nặng về kinh tế mà còn gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng: tăng nguy cơ gặp các phản ứng có hại của thuốc, sốc phản vệ và đặc biệt là tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn. Đây là một vấn đề được Bộ y tế hết sức quan tâm trong những năm gần đây. Việc sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả mang lại lợi ích rất lớn về sức khỏe và kinh tế cho người dân và xã hội. Kê đơn ngoại trú đang được thực hiện theo thông tư số 52/2017/TT-BYT về "Quy định về đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú"[6].

Bệnh viện Trung ương Quân đội (TWQĐ) 108 là bệnh viện hạng đặc biệt quốc gia, bệnh viện đa khoa tuyến cuối của Quân đội, cơ cấu bệnh tật phức tạp. Ngoài việc đi đầu trong các kỹ thuật chuyên môn sâu đa dạng, Bệnh viện hiện nay còn là nơi khám cho >4000 bệnh nhân ngoại trú/ngày trên các đối tượng bệnh nhân khác nhau. Trong đó bệnh nhân thuộc đối tượng bảo hiểm chiếm trên 50% tổng số bệnh nhân đến khám. Để đánh giá thực trạng kê đơn thuốc cho bệnh nhân bảo hiểm ngoại trú tại Bệnh viện TWQĐ 108 chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Phân tích thực trạng hoạt động kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108" trong 03 tháng từ tháng 06/2018 đến tháng 08/2018. **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Phân tích thực trạng thực hiện quy định kê đơn thuốc ngoại trú theo thông tư 52/2017/TT-BYT tại Bệnh viện TWQĐ 108.

2. Phân tích một số chỉ tiêu kê đơn trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện TWQĐ 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Phiếu khám bệnh của bệnh nhân bảo hiểm được chiết xuất từ phần mềm quản lý bệnh viện và phiếu phát thuốc cho đối tượng

bệnh nhân bảo hiểm từ ngày 01/06/2018 đến ngày 31/08/2018 được lưu tại khoa Dược.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu cắt ngang, sử dụng phần mềm microsoft excel 2016 để phân tích. Chiết xuất dữ liệu từ phần mềm quản lý bệnh viện tất cả các đơn thuốc bảo hiểm ngoại trú được cấp phát trong khoảng thời gian từ 01/06/2018 đến 31/08/2018. Sử dụng hàm "Randbetween" trong phần mềm Microsoft excel 2016 lựa chọn ngẫu nhiên 400 đơn thuốc. Nhập toàn bộ các trường thông tin của bệnh nhân vào form Microsoft excel đã định sẵn, làm sạch và sử lý số liệu theo mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả khảo sát việc tuân thủ thực hiện quy định kê đơn thuốc ngoại trú theo thông tư 52/2017/TT-BYT được mô tả qua bốn nội dung: thông tin bệnh nhân, thông tin về người kê đơn, thông tin về chẩn đoán, thông tin về thuốc được kê. Cụ thể như sau:

Thông tin bệnh nhân trong đơn thuốc ngoại trú được mô tả ở bảng 1:

Bảng 1. Thông tin bệnh nhân trong đơn thuốc ngoại trú

Nội dung	Số đơn	Tỷ lệ (%)
Ghi đầy đủ họ tên bệnh nhân	400	100,0
Ghi đầy đủ giới tính bệnh nhân	400	100,0
Ghi đầy đủ tuổi bệnh nhân	400	100,0
Ghi đầy đủ địa chỉ bệnh nhân	384	96,0
Không ghi đầy đủ địa chỉ bệnh nhân	16	4,0
Tổng số đơn khảo sát	400	

Qua khảo sát 400 đơn thuốc ngoại trú cho thấy phần lớn đơn thuốc đã tuân thủ đúng theo thông tư 52/2017/TT-BYT. Các thông tin như tên, giới tính, tuổi bệnh nhân được thực hiện tốt với 100% các trường thông tin được điền đầy đủ. Về thông tin về địa chỉ bệnh nhân chỉ có 384 đơn (96,0%) được điền đầy đủ còn 16 đơn (4,0%) ghi thiếu thông tin.

Khảo sát về thông tin chẩn đoán của bệnh nhân được mô tả ở bảng 2:

Bảng 2. Ghi chẩn đoán bệnh của bệnh nhân

Nội dung	Số đơn	Tỷ lệ (%)
Số đơn thuốc viết đầy đủ thông tin chẩn đoán	263	65,7
Số đơn thuốc chẩn đoán viết tắt/ ký hiệu	137	34,3
Tổng số	400	100

Trong số 400 đơn khảo sát có 137 đơn thuốc chẩn đoán viết tắt/ ký hiệu chiếm tỷ lệ 34,3%. Các cụm từ hay viết tắt như: rối loạn chuyển hóa

(RLCH), tăng huyết áp (tăng HA), tai biến mạch máu não (TBMN), mắt phải (MP), mắt trái (MT)...

Kết quả khảo sát thông tin về các thuốc được kê toa. Trong 400 đơn thuốc khảo sát số lượt kê thuốc được mô tả qua bảng 3:

Bảng 3. Nhóm tác dụng dược lý thuốc được kê

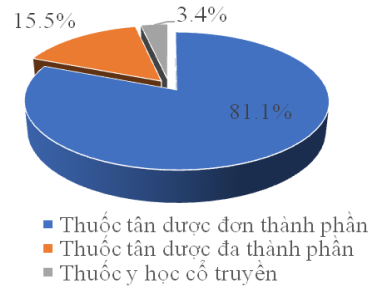
Nhóm thuốc	Số lượt	Tỷ lệ %
Thuốc tim mạch	553	33,6
Hocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	232	14,1
Thuốc đường tiêu hóa	169	10,3
Thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid; thuốc điều trị gút và các bệnh xương khớp	144	8,8
Khoáng chất và vitamin	123	7,5
Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	120	7,3
Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	57	3,5
Thuốc y học cổ truyền	56	3,4
Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	46	2,8
Thuốc giãn cơ và ức chế cholinesterase	33	2,0
Thuốc chống co giật, chống động kinh	31	1,9
Thuốc điều trị bệnh da liễu	23	1,4
Thuốc điều trị bệnh mắt, tai mũi họng	23	1,4
Thuốc chống rối loạn tâm thần	19	1,2
Thuốc giải độc và các thuốc dùng trong trường hợp ngộ độc	3	0,2
Thuốc điều trị đau nửa đầu	3	0,2
Thuốc chống parkinson	3	0,2
Thuốc lợi tiểu	3	0,2
Thuốc tác dụng đối với máu	2	0,1
Dung dịch điều chỉnh nước, điện giải, cân bằng acid-base và các dung dịch tiêm truyền khác	1	0,1
Tổng cộng	1644	100,0

Tổng số 1644 lượt kê thuốc thuộc 20 nhóm tác dụng dược lý khác nhau. Trong đó, thuốc tim mạch được kê nhiều nhất với 553 lượt chiếm tỷ lệ 33,6%. Đứng thứ hai là nhóm thuốc hocmon và thuốc tác động vào hệ thống nội tiết với 232 lượt chiếm 14,1%. Tiếp theo là nhóm thuốc đường tiêu hóa với 169 lượt chiếm 10,3%, với đa số là thuốc điều trị viêm loét dạ dày. Trong số 1644 lượt kê thuốc có 56 lượt kê thuốc y học cổ truyền chiếm tỷ lệ 3,4% còn lại là thuốc tân dược. Thành phần thuốc tân dược và thuốc y học cổ truyền được thể hiện ở bảng 4:

Bảng 4. Thành phần thuốc tân dược và y học cổ truyền

Phân loại	Số lượt	Tỷ lệ %
Thuốc tân dược đơn thành phần	1.333	81,1
Thuốc tân dược đa thành phần	255	15,5
Thuốc y học cổ truyền	56	3,4
Tổng số	1.644	100,0

Các thuốc đơn thành phần được các bác sĩ kê đơn nhiều hơn so với các thuốc đa thành phần. Tỷ lệ thành phần sử dụng thuốc được thể hiện qua hình 1:



Hình 1. Biểu đồ thành phần thuốc được kê

Các thuốc đơn thành phần được kê nhiều nhất chiếm 81,1%, các thuốc đa thành phần chiếm 15,5% và các thuốc y học cổ truyền chiếm 3,4%.

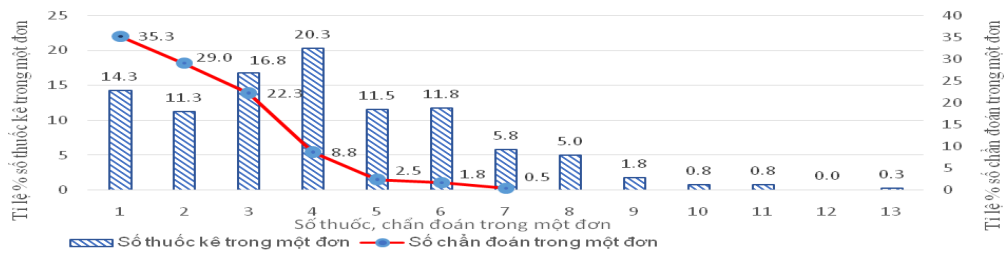
Cơ cấu thuốc theo nguồn gốc xuất xứ được thể hiện ở bảng 5:

Bảng 5. Cơ cấu thuốc theo nguồn gốc xuất xứ

Nguồn gốc	Số lượt	Tỷ lệ %
Thuốc sản xuất trong nước	826	50,2
Thuốc sản xuất ở nước ngoài	818	49,8
Tổng số lượt thuốc	1644	100,0

Các thuốc được kê có nguồn gốc sản xuất trong nước và sản xuất ở nước ngoài có tỷ lệ tương đương nhau khoảng 50% mỗi loại.

2. Kết quả phân tích một số chỉ tiêu kê đơn thuốc BHYT ngoại trú tại Bệnh viện TWQĐ 108. Tỷ lệ % số chẩn đoán và số thuốc trong một đơn thuốc được thể hiện qua hình 2: Trong 400 đơn thuốc khảo sát, có 1644 lượt thuốc được kê, trung bình trong một đơn thuốc có 4,11 (SD = 2,25) thuốc. Số thuốc được kê ít nhất là 01 thuốc gồm 57 đơn chiếm 14,3%, nhiều nhất là 13 thuốc có 01 đơn chiếm 0,25%. Đơn kê 4 thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất là 20,3%. Số lượng đơn kê trên 4 thuốc trong một đơn chiếm trên 50% tổng số đơn được khảo sát. Số chẩn đoán trung bình trong 01 đơn là 2,22 (SD = 1,23) chẩn đoán. Đơn thuốc có 01 chẩn đoán vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất với 141 đơn chiếm 35,3%. Khảo sát về tỷ lệ các đơn thuốc có chỉ định kháng sinh cho thấy có 93 đơn chiếm tỷ lệ 23,3%. Kết quả cụ thể được thể hiện qua bảng 6:



Hình 2. Tỷ lệ số thuốc và số chẩn đoán trong đơn thuốc

Bảng 6. Tỷ lệ số kháng sinh trong một đơn thuốc

Nội dung	Số đơn	Tỷ lệ %
Số đơn kê 1 KS	70	17,5
Số đơn kê 2 KS	20	5,0
Số đơn kê 3 KS	2	0,5
Số đơn kê 4 KS	1	0,3
Tổng số đơn thuốc khảo sát	400	100,0

Trong các đơn có chỉ định thuốc kháng sinh chủ yếu các đơn được kê 01 loại kháng sinh chiếm tỉ lệ 17,5%, đơn phối hợp giữa hai loại kháng sinh là 20 đơn chiếm tỉ lệ 5,0 %, số đơn kê 3 kháng sinh và 4 kháng sinh chiếm tỉ lệ không đáng kể. Khảo sát tỉ lệ các đơn thuốc có kê vitamin/khoáng chất cho kết quả ở bảng 7.

Bảng 7. Tỷ lệ các đơn có chỉ định vitamin và khoáng chất

Chỉ tiêu	Số đơn	Tỷ lệ (%)
Đơn thuốc có kê vitamin và khoáng chất	88	22,0
Tổng số đơn khảo sát	400	100,0

Tổng số đơn có kê vitamin và khoáng chất là 88 đơn thuốc chiếm tỉ lệ 22,0 %.

Khảo sát chi phí kê đơn cho kết quả ở bảng 8.

Bảng 8. Chi phí đơn thuốc bảo hiểm tại Bệnh viện TWQĐ 108

Chỉ số	Giá trị (VNĐ)
Chi phí thấp nhất cho 1 đơn	5.370
Chi phí cao nhất cho 1 đơn	1.829.078
Tổng chi phí	196.022.691
Chi phí trung bình cho 1 đơn	490.057 (SD= 341.693)

Chi phí trung bình của một đơn thuốc là 490.057 VNĐ, đây là một chi phí khá cao cho một đơn thuốc điều này cho thấy gánh nặng về kinh tế đối với bệnh viện.

IV. BÀN LUẬN

1. Về kết quả khảo sát việc tuân thủ thực hiện quy định kê đơn thuốc ngoại trú theo thông tư 52/2017/TT – BYT. Theo thống kê của Bảo hiểm xã hội Việt Nam tính đến hết tháng 05 năm 2018 đã có trên 81 triệu người dân tham gia bảo hiểm y tế chiếm tỉ lệ 86%. Việc kê đơn thuốc ngoại trú, sinh phẩm y tế được Bệnh viện thực

hiện theo thông tư 52/2017/TT-BYT và Bệnh viện áp dụng phần mềm công nghệ thông tin trong việc quản lý khám, kê đơn thuốc điều trị. Do vậy các thông tin cơ bản bao gồm họ tên, tuổi, giới tính đều được ghi đầy đủ theo quy định. Về địa chỉ bệnh nhân trong 400 đơn thuốc khảo sát có 384 đơn thuốc chiếm 96% ghi đầy đủ số nhà (thôn), đường phố (xã/phường), quận (huyện), tỉnh (thành phố). Có 16 đơn thuốc chiếm 4% không ghi đầy đủ địa chỉ bệnh nhân theo thông tư 52/2017/TT-BYT trong đó có 13 đơn chỉ ghi đường phố (xã, phường), tỉnh (thành phố) và 3 đơn chỉ ghi tỉnh (thành phố). Kết quả này cao hơn khảo sát của Đỗ Thành Đức thực hiện năm 2015 tại Bệnh viện TWQĐ 108 là 93,5% đơn chỉ ghi địa chỉ bệnh nhân đến tên đường, xã (phường) và không ghi số nhà cụ thể [2]. Kết quả này cao hơn so với khảo sát tại Bệnh viện Phổi TW năm 2009 là 35% đơn thuốc ghi đầy đủ địa chỉ của bệnh nhân và thấp hơn Bệnh viện Nội tiết TW với 100% đơn thuốc ghi đầy đủ địa chỉ của bệnh nhân [1]. Việc ghi chính xác thông tin bệnh nhân có ý nghĩa quan trọng khi tiếp cận, theo dõi, quản lý bệnh nhân về thuốc và điều trị sau kê đơn.

Khảo sát về việc ghi chẩn đoán bệnh cho thấy số chẩn đoán trung bình trong một đơn là 2,22 (SD =1,23), số đơn có 01 chẩn đoán chiếm tỉ lệ cao nhất 35,3%, số đơn có từ 02 chẩn đoán trở lên chiếm 64,7% điều này cho thấy tỉ lệ bệnh nhân có từ 2 bệnh trở lên là tương đối cao. Qua khảo sát cho thấy có 137/400 đơn còn ghi chẩn đoán viết tắt hoặc viết ký hiệu chiếm tỉ lệ 34,3%. Việc viết tắt/ký hiệu chẩn đoán làm bệnh nhân và người nhà bệnh nhân phân vân không hiểu hoặc hiểu không đúng bệnh có thể ảnh hưởng đến tâm lý cũng như kết quả điều trị của bệnh nhân. Tình trạng viết tắt/ký hiệu chẩn đoán bệnh cũng gặp phải ở đa số các bệnh viện khác như Bệnh viện đa khoa Lộc Hà tỉnh Hà Tĩnh 2015 có 33,5% đơn thuốc ghi chẩn đoán viết tắt/ký hiệu [4], Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An có 75,5% đơn ghi chẩn đoán viết tắt [3].

Các thuốc được kê đơn điều trị ngoại trú thuộc 20 nhóm tác dụng dược lý khác nhau.

Trong đó, các nhóm thuốc được kê nhiều chủ yếu là điều trị các bệnh mạn tính như tim mạch như tăng huyết áp, các thuốc đường tiêu hóa như viêm loét dạ dày, các bệnh lý cơ xương khớp ở tuổi già. Trong số các thuốc tân dược được kê đơn, thuốc đơn thành phần chiếm đa số với 81,1% điều này phù hợp với quy định ưu tiên sử dụng thuốc đơn thành phần theo thông tư 21/2013/TT-BYT [5]. Tỷ lệ thuốc y học cổ truyền được kê tại Bệnh viện không cao, chỉ 3,41%. Có thể giải thích với đặc thù bệnh viện tuyến cuối là nơi các bệnh nhân đến khám và điều trị thông thường bệnh tương đối phức tạp, biểu hiện các triệu chứng thường nặng, vì vậy bác sỹ ưu tiên chỉ định thuốc tân dược để có thể giải quyết nhanh các triệu chứng của bệnh thay vì các thuốc y học cổ truyền. Về nguồn gốc xuất xứ của các thuốc được kê được sản xuất trong nước và có nguồn gốc từ nước ngoài là tương đương nhau chiếm tỷ lệ lần lượt là 50,2% và 49,8%.

2. Về kết quả phân tích một số chỉ tiêu kê đơn thuốc BHYT ngoại trú tại Bệnh viện.

Kết quả khảo sát về số thuốc trung bình trong một đơn tại Bệnh viện là 4,11 thuốc (SD = 2,25) trong khi khuyến cáo của WHO chỉ từ 1,6 – 1,8 thuốc [8]. Kết quả này cũng tương tự như một bệnh viện khác có cùng quy mô giường bệnh là bệnh viện Bạch mai năm 2011 là 4,2 thuốc [7]. Tại Bệnh viện TWQĐ 108 số đơn thuốc có trên 4 thuốc chiếm trên 50% tổng số đơn khảo sát, đặc biệt có một đơn thuốc có tới 13 khoản thuốc. Việc kê đơn càng nhiều thuốc càng làm tăng tỉ lệ gặp phản ứng có hại của thuốc cũng như những tương tác bất lợi có thể cho bệnh nhân. Mặt khác việc kê nhiều thuốc trong đơn còn làm tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân và bệnh viện. Trong các đơn thuốc khảo sát số chẩn đoán trung bình là 2,2 chẩn đoán (SD = 1,23) và số bệnh nhân có một chẩn đoán chỉ chiếm 35,3% điều này cho thấy có tới gần 65% số bệnh nhân mắc trên hai bệnh. Kết quả này cao hơn so với khảo sát cùng thực hiện tại Bệnh viện TWQĐ 108 năm 2015 [2].

Khảo sát về việc chỉ định kháng sinh tại Bệnh viện cho thấy tỉ lệ các đơn thuốc kháng sinh chiếm 23,3%. Kết quả này tương đương với kết quả khảo sát của Bệnh viện Bạch Mai năm 2011 và phù hợp với khuyến cáo của WHO là 20 – 30% về tỉ lệ sử dụng kháng sinh của đơn thuốc ngoại trú [7, 8]. Việc sử dụng kháng sinh phù hợp với khuyến cáo của WHO không những làm giảm chi phí điều trị mà còn góp phần trong việc chống lại sự đề kháng thuốc kháng sinh như hiện nay.

Tổng chi phí của 400 đơn thuốc khảo sát là 196.022.691 VNĐ, chi phí trung bình của 1 đơn

thuốc là 490.057 (SD = 341.693) VNĐ, trong đó chi phí cao nhất cho một đơn là 1.829.078 VNĐ, chi phí thấp nhất cho 1 đơn thuốc là 5.370VNĐ. Kết quả này cao hơn kết quả khảo sát năm 2015 với chi phí trung bình của 1 đơn thuốc BHYT ngoại trú là 182.245 VNĐ dù có khác nhau về thời điểm khảo sát. Với chi phí trung bình của một đơn thuốc là 490.057 VNĐ là khá cao, làm gia tăng gánh nặng về quỹ, trần đối với bệnh viện. Bệnh viện cần có nhiều biện pháp quản lý sử dụng thuốc hơn nữa để giảm chi phí về thuốc cho bệnh nhân cũng như bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Bệnh viện TWQĐ 108 đã có ứng dụng công nghệ thông tin trong việc quản lý chẩn đoán, khám chữa bệnh vì vậy cơ bản đã thực hiện tốt quy chế kê đơn thuốc ngoại trú theo thông tư 52/2017/TT-BYT. Có 96,0% số đơn thuốc ghi đầy đủ thông tin về địa chỉ của bệnh nhân, có 4,0% đơn không ghi đầy đủ địa chỉ của bệnh nhân.

Số thuốc trung bình trong một đơn ngoại trú là khá cao 4,11 (SD = 2,25) thuốc cao hơn so với khuyến cáo của WHO từ 1,6 – 1,8 thuốc không những làm ra tăng nguy cơ gặp các phản ứng bất lợi của thuốc và các tương tác thuốc bất lợi cho bệnh nhân mà còn tăng chi phí điều trị. Số chẩn đoán trung bình trong một đơn là 2,22 (SD = 1,23), số đơn có từ 2 chẩn đoán trở lên chiếm 64,7%.

Tỉ lệ đơn thuốc sử dụng kháng sinh là 22,3% phù hợp với khuyến cáo của WHO là từ 20 – 30%. Tỉ lệ sử dụng các loại vitamin/khoáng chất là 22,0% thấp hơn so với nghiên cứu năm 2015 tại Bệnh viện cho thấy các bác sỹ đã cân nhắc việc chỉ định nhóm thuốc này.

Chi phí trung bình của 1 đơn thuốc là 490.057 (SD = 341.593) VNĐ. Đây là chi phí khá cao, bệnh viện cần có nhiều biện pháp nhằm tăng cường công tác quản lý về kê đơn trong điều trị ngoại trú nhằm tối ưu hóa điều trị cho bệnh nhân, giảm gánh nặng về kinh tế cho bệnh nhân và bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Vân Anh (2016)**, *Phân tích thực trạng kê đơn thuốc ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương*, Luận văn thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
2. **Đỗ Thành Đức (2015)**, *Đánh giá việc thực hiện kê đơn thuốc ngoại trú tại Bệnh viện TWQĐ 108*, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường đại học Dược HN.
3. **Nguyễn Thị Thanh Hoa (2016)**, *Phân tích thực trạng kê đơn ngoại trú tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2016*, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường đại học Dược Hà Nội.
4. **Nguyễn Thanh Hùng (2016)**, *Phân tích thực trạng hoạt động kê đơn thuốc bảo hiểm y tế ngoại*

- trú tại bệnh viện đa khoa huyện Lộc Hà, tỉnh Hà Tĩnh năm 2015., Luận văn được sĩ chuyên khoa I, Trường đại học Dược Hà Nội.
5. **Bộ Y tế (2013)**, Thông tư 21/2013/TT - BYT, Thông tư quy định về tổ chức và hoạt động của hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện.
 6. **Bộ Y tế (2017)**, Thông tư 52/2017/TT - BYT, Thông tư về đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú.
 7. **Trần Nhân Thắng (2012)**, "Khảo sát tình hình kê đơn sử dụng thuốc tại bệnh viện Bạch Mai năm 2011", Y học Thực hành. 7 (830), tr. 27.
 8. **Ross-Degnan D Isah AO***, Quick J, Laing R, Mabadeje AFB. (1997), The development of standard values for the WHO drug use prescribing indicators, *International Conferences on Improving Use of Medicines (ICIUM)*, WHO.

HÓA GIẢI GIÃN CƠ BẰNG SUGAMMADEX RÚT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN SỚM SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CẮT U TUYẾN ỨC Ở BỆNH NHÂN NHƯỢC CƠ

Nguyễn Mạnh Cường*, Ngô Văn Định*,
Phạm Văn Đông**, Nguyễn Trung Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của hóa giải giãn cơ bằng sugammadex rút ống nội khí quản sớm sau phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên 21 BN nhược cơ do u tuyến ức được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức dưới gây mê toàn thể có sử dụng thuốc giãn cơ rocuronium, kiểm soát thông khí một phổi trong mổ qua ống nội khí quản 2 nòng và theo dõi độ giãn cơ trên máy TOP Scan. Kết thúc cuộc mổ, khi xuất hiện trở lại đáp ứng thứ 2 (T2) của TOF, hoá giải giãn cơ bằng sugammadex 2mg/kg. Theo dõi huyết động, hô hấp, ý thức, thời gian phục hồi giãn cơ, thời gian rút ống nội khí quản và phục hồi sau mổ. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 107,43±33,96 phút, lượng rocuronium tiêu thụ trung bình 82,86±25,96 mg. Thời gian trung bình phục hồi giãn cơ từ T2 đến tỉ lệ TOF lớn hơn 0,7; 0,8 và 0,9 lần lượt là 2,03±0,56 phút; 2,48±0,66 phút và 2,85±0,70 phút; Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn rút ống nội khí quản ngay sau phẫu thuật và thời gian rút ống nội khí quản sau tiêm sugammadex trung bình là 4,46±0,58 phút; 100% bệnh nhân có giá trị TOF >0,9 sau mổ giờ thứ 1, giờ thứ 2. Không có trường hợp nào phải đặt lại ống nội khí quản, không phát hiện tác dụng phụ khác trên hệ hô hấp và tuần hoàn sau khi tiêm sugammadex. **Kết luận:** Sugammadex có tác dụng hóa giải giãn cơ nhanh, an toàn và cho phép rút nội khí quản sớm sau phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ.

Từ khóa: nhược cơ, rocuronium, hoá giải giãn cơ, sugammadex.

SUMMARY

NEUROMUSCULAR BLOCKADE REVERSAL

*Bệnh viện Quân y 103,

** Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: drkien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2019

Ngày duyệt bài: 25.01.2019

WITH SUGAMMADEX FOR EARLY EXTUBATION AFTER THORACIC LAPAROSCOPIC THYMECTOMY IN MYASTHENIA GRAVIS PATIENTS

Objectives: To evaluate the efficacy and safety of reversal neuromuscular blockade with sugammadex for early extubation after thoracic laparoscopic thymectomy in myasthenia gravis patients. **Methods:** A prospective study was conducted in 21 myasthenia gravis patients undergoing thoracic laparoscopic thymectomy with general anesthesia using rocuronium, one lung ventilation control through double endotracheal lumen tube and the level of neuromuscular blockade was monitored on TOF scan. At the end of surgery, neuromuscular reversal with 2mg/kg of sugammadex was administered via IV route when second twitch (T2) of TOF appeared. Monitor the hemodynamic, respiratory, awareness, muscle relaxant reversal, extubation duration and recovery after surgery.

Results: The average time of operation was 107.43±33.96 minutes, the total dose of rocuronium was 82.86±25.96 mg. The average recovery duration from T2 to achieve TOF ratio greater than 0.7; 0.8 and 0.9, respectively, were 2.03±0.56 minutes; 2.48±0.66 minutes and 2.85±0.70 minutes; All patients have enough extubation criteria after surgery and the average tracheal extubation time was 4.46±0.58 minutes; 100% patients achieved the TOF ratio above 0.9 at first and second postoperative hour. No patient need to be reintubated and no other side-effect on respiratory and circulatory system after administration.

Conclusion: Sugammadex has rapid reversal effect, high safety and allows to extubate early after thoracic laparoscopic thymectomy in myasthenia gravis patients.

Key words: myasthenia gravis, rocuronium, muscle relaxation reversal, sugammadex.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhược cơ là bệnh lý tự miễn dịch trong đó cơ thể sản sinh ra các tự kháng thể tấn công trực tiếp vào các thụ cảm thể của acetylcholine ở màng sau synap dẫn tới cản trở dẫn truyền xung động thần kinh cơ. Phần lớn các bệnh nhân

nhược cơ thấy có bất thường của tuyến ức và khoảng 75% bệnh nhân nhược cơ cải thiện rõ rệt sau khi được phẫu thuật cắt tuyến ức [7]. Tuy nhiên gây mê và phẫu thuật cho các bệnh nhân nhược cơ còn gặp nhiều khó khăn do các bệnh nhân này đặc biệt nhạy cảm với thuốc giãn cơ. Do đó một số tác giả khác khuyến cáo không sử dụng thuốc giãn cơ trong phẫu thuật cho bệnh lý này do những lo ngại về tồn dư giãn cơ [1]. Tuy nhiên không thể phủ nhận vai trò của thuốc giãn cơ giúp tạo điều kiện thuận lợi cho đặt ống nội khí quản, kiểm soát thông khí, tối ưu phẫu trường và tránh biến chứng do thức tỉnh trong mổ [3],[5]. Gần đây sự ra đời của sugammadex đã thay đổi quan điểm về sử dụng thuốc giãn cơ vừa cho phép sử dụng giãn cơ sâu nhưng đồng thời có thể hoá giải giãn cơ nhanh, rút ống nội khí quản sớm ngay tại phòng mổ, hạn chế các biến chứng do thở máy kéo dài, rút ngắn thời gian hậu phẫu và tăng cường chất lượng hồi phục sau mổ[5]. Tuy nhiên, đối với bệnh lý nhược cơ, vai trò của sugammadex chưa được nghiên cứu rộng rãi. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của việc hoá giải giãn cơ bằng sugammadex và rút ống nội khí quản sớm sau phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: 21 bệnh nhân (BN) nhược cơ được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức dưới gây mê toàn thể sử dụng giãn cơ rocuronium, kiểm soát thông khí qua ống nội khí quản (NKQ) 2 nòng, giải giãn cơ bằng sugammadex tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 9/2017 đến tháng 3/2018.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn BN: Trên 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, tiền lượng rút ống NKQ sớm tại phòng mổ.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: BN từ chối tham gia nghiên cứu, tai biến gây mê, phẫu thuật.

- Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, mô tả.

- Thuốc và phương tiện nghiên cứu: Máy thở Datex Omeda (USA), máy theo dõi LifeScope của hãng Nihon Kohden (Nhật Bản) đa chức năng theo dõi liên tục. Máy theo dõi độ giãn cơ TOF scan. Thuốc giãn cơ rocuronium 10mg/ml. Sugammadex (Bridion) 200mg/2ml; thuốc và phương tiện gây mê hồi sức khác.

2. Phương pháp tiến hành

- Khám, đánh giá và giải thích cho BN trước mổ.
- Tại phòng mổ tiến hành thiết lập đường truyền tĩnh mạch ngoại vi 18-14G, đo huyết áp động mạch xâm nhập, theo dõi điện tim, SpO₂,

máy TOF scan.

- Khởi mê: Propofol 2-2,5 mg/kg, fentanyl 4µg/kg, rocuronium 1mg/kg. Khi đủ độ mê, TOF=0 thì tiến hành đặt ống NKQ 2 nòng, kiểm tra vị trí ống bằng ống nội soi mềm, cố định ống và cài đặt máy thở Vt 8-10ml/kg, tần số 10-14 lần/phút. Đặt catheter tĩnh mạch cảnh sâu dưới hướng dẫn của siêu âm.

- Duy trì mê bằng propofol 6-12mg/kg/giờ, nhắc lại rocuronium 0,2mg/kg khi xuất hiện T2 trên TOF scan.

- Kết thúc phẫu thuật: Ngừng thuốc mê trước khi kết thúc phẫu thuật 10-15 phút, giải giãn cơ bằng Sugammadex liều 2mg/kg khi xuất hiện T2. Chỉ số TOF được đo mỗi 15 giây, rút ống NKQ khi BN tỉnh táo, tự thở >7 nhịp/phút, Vt>5ml/kg, SpO₂ >95%; TOF>0,9.

- Sau khi rút NKQ, BN được chuyển về theo dõi tại khoa lâm sàng, theo dõi chặt chẽ các chỉ số huyết động, hô hấp....

- Giảm đau sau mổ bằng Fentanyl truyền tĩnh mạch liên tục 15-25µg/giờ.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu: + Đặc điểm tuổi, giới (Nam, Nữ), chiều cao (Cm), cân nặng(kg).

+ Đặc điểm liên quan đến gây mê và phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật; thời gian gây mê; thời gian thông khí một phổi.

+ Đặc điểm hồi phục giãn cơ: tổng lượng thuốc rocuronium, sugammadex; Chỉ số TOF tại các thời điểm tiêm sugammadex (T0), sau tiêm 15 giây (T1), 30 giây (T2); 1 phút (T3), 1,5 phút (T4); 2 phút (T5); 2,5 phút (T6); 3 phút (T7); 3,5 phút (T8); 4 phút (T9); trước rút NKQ (T10); sau rút NKQ 5 phút (T11); 10 phút (T12), 30 phút (T13); 60 phút (T14). Thời gian đạt TOF > 0,7; 0,8 và 0,9; thời gian rút NKQ sau tiêm sugammadex; thời gian hậu phẫu.

+ Các chỉ tiêu đánh giá tính an toàn: theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ tại các thời điểm theo dõi, các tác dụng không mong muốn như mạch chậm, tụt huyết áp, buồn nôn, nôn, rét run, khô miệng, dị ứng....

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi	45,90 ± 15,12 [19;64]
Giới (Nam/nữ)	12/9 (57,1%/42,9%)
Chiều cao (cm)	160,40 ± 8,31 [145;173]
Cân nặng (kg)	54,05 ± 9,08 [40;70]
Phân độ nhược cơ:	
Độ IIA	18 (85,7%)
Độ IIB	3 (14,3%)

2. Đặc điểm liên quan đến gây mê và phẫu thuật**Bảng 2: Đặc điểm liên quan đến gây mê và phẫu thuật**

Chỉ tiêu	[Min;Max]	X ± SD
Thời gian phẫu thuật (phút)	[60;175]	107,43±33,96
Thời gian gây mê (phút)	[85;200]	130,62±33,83
Thời gian thông khí một phổi (phút)	[45;142]	93,19±30,83
Tổng lượng thuốc: Rocuronium (mg)	[50;150]	82,86±25,96
Sugammadex (mg)	[80;140]	108,10±19,40
Propofol (mg)	[580;2600]	1221,90±527,56
Thời gian phục hồi: TOF>0,7 (phút)	[1,25;3,07]	2,03±0,56
TOF >0,8 (phút)	[1,50;3,50]	2,48±0,66
TOF >0,9 (phút)	[1,83;4,00]	2,85±0,70
Thời gian rút ống NKQ (phút)	[3,50;6,00]	4,46±0,58
Thời gian tự thở (phút)	[1,42;3,25]	2,38±0,56
Thời gian hậu phẫu (giờ)		26,45±5,26

3. Chức năng thông khí**Bảng 3: Kết quả đo thông khí**

Chỉ tiêu	Trước mổ	Sau mổ 12 giờ	Sau mổ 24 giờ
VC (L)	2,86±0,92	1,68±0,61 (58,74%)*	1,97 ± 0,66 (68,88%)*
FVC (L)	2,74±0,91	1,60±0,54 (58,39%)*	1,72 ± 0,60 (62,77%)*
VT (L)	0,69±0,21	0,42±0,08 (60,87%)*	0,48 ± 0,10 (69,57%)*
FEV1 (L)	1,96±0,71	0,89±0,35 (45,41%)*	1,17 ± 0,33 (59,69%)*
FEV1/FVC (%)	72,33±16,10	55,10±10,86 (76,18%)*	68,02 ± 12,11 (94,04%)*

*Tỉ lệ so với trước mổ

3. Tác dụng không mong muốn

- Các BN còn lại đều có mạch, huyết áp, nhịp thở và SpO₂ trong giới hạn bình thường tại các thời điểm theo dõi.
- Không có BN nào xuất hiện suy hô hấp phải đặt lại ống nội khí quản sau mổ.
- Không xuất hiện các tác dụng không mong muốn khác như rối loạn nhịp tim, tụt huyết áp, buồn nôn, ngứa, khô miệng, rét run....

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 45,90 ± 15,12 [19;64] tuổi, trong đó nam giới là 12 BN (57,1%). Tương tự nghiên cứu của Mori và cộng sự (2003) trên 52 BN nhược cơ có 36 (69%) là nữ và độ tuổi trung bình là 44,7 ± 18,0 tuổi. Bệnh nhược cơ thường gặp ở nữ giới nhiều hơn và tỉ lệ cao hơn ở những người trẻ tuổi [1].

Chiều cao và cân nặng là 2 tiêu chí quan trọng để căn cứ lựa chọn cỡ ống nội khí quản 2 nòng cho phù hợp và tính toán liều lượng thuốc sử dụng, phần lớn các BN được sử dụng ống cỡ 35F với nữ và 37F với nam. Chiều cao và cân nặng trung bình trong nghiên cứu là 160,40 ±

8,31cm và 54,05 ± 9,08 kg, đều nằm trong giới hạn bình thường.

Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu là 107,43±33,96 [60;175] phút và thời gian gây mê trung bình là 130,62±33,83 [85;200] phút. Thời gian gây mê thường dài hơn thời gian phẫu thuật vì còn liên quan đến thời gian chuẩn bị BN như đặt huyết áp động mạch xâm nhập, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm và đặt ống nội khí quản 2 nòng cũng như thời gian sát trùng và trải sẵn vô khuẩn trước khi tiến hành phẫu thuật. Nghiên cứu của Mori T và cộng sự năm 2003 có thời gian phẫu thuật trung bình 184 ± 51[110;295] phút [4]. Thời gian phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức thường dao động rất nhiều, thời gian gây mê và phẫu thuật kéo dài thì lượng thuốc giãn cơ sử dụng nhiều đồng nghĩa với nguy cơ tồn dư giãn cơ cũng cao hơn, tuy nhiên khi thời gian này ngắn thì việc hóa giải giãn cơ lại càng cần thiết do thuốc giãn cơ chưa kịp chuyển hóa và đào thải hết.

Phẫu thuật nội soi lồng ngực nói chung luôn tiềm ẩn nguy cơ thiếu oxy máu và rối loạn cân bằng kiềm toan gây ra do tư thế nằm nghiêng và thông khí một phổi. Thời gian thông khí một phổi trung bình của chúng tôi là 93,19±30,83 phút và không có BN nào có SpO₂ giảm dưới 95% trong suốt quá trình cô lập phổi. Kích cỡ ống nội khí quản và vị trí ống là rất quan trọng để bảo đảm thông khí cũng như xẹp phổi tốt, việc kiểm tra vị trí ống nội khí quản qua nghe phổi chỉ mang tính tương đối, chúng tôi sử dụng ống soi sợi mềm cho phép quan sát trực tiếp và chính xác vị trí của ống cũng như hút đờm rãi trong lòng ống, vì vậy không có BN nào phải điều chỉnh lại ống trong mổ. Bên cạnh đó thì việc đánh giá chức năng thông khí trước mổ và xét nghiệm khí máu trong mổ là cần thiết để dự phòng và điều chỉnh các rối loạn hô hấp và kiềm toan trong mổ.

Tổng lượng thuốc giãn cơ trong nghiên cứu trung bình là $82,86 \pm 25,96$ mg. Sungur Ulke (2013) sử dụng lượng rocuronium cho phẫu thuật VATS cắt tuyến ức ít hơn (48mg) do thời gian phẫu thuật VATS ngắn hơn, trung bình là 62 phút [7]. Khởi mê bằng 1mg rocuronium/kg kết hợp với mê sâu và giảm đau đầy đủ giúp tạo điều kiện thuận lợi nhất, cắt tối đa các kích thích và phản xạ khi đặt ống nội khí quản 2 nòng. Đồng thời giãn cơ sâu cũng giúp giảm tỉ lệ thức tỉnh trong mổ, đây là nguyên nhân gây ra các tai biến phẫu thuật nhất là khi thao tác trên các cơ quan quan trọng.

Thời gian phục hồi đạt TOF > 0,7; 0,8 và 0,9 trong nghiên cứu của chúng tôi là $2,03 \pm 0,56$ phút; $2,48 \pm 0,66$ phút và $2,85 \pm 0,70$ phút. Thời gian này trong nghiên cứu của Xinmin Wu (2014) lần lượt là 1,1; 1,3 và 1,6 phút ngắn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi do lượng thuốc giãn cơ tác giả sử dụng ít hơn trong khi liều sugammadex sử dụng là tương đương [8].

Sacan Ozlem và cộng sự khi so sánh tác dụng hóa giải giãn cơ của sugammadex với neostigmine-glycopyrrolate và edrophonium-atropine thấy rằng thời gian phục hồi TOF 0,7 và 0,9 của sugammadex là 71 ± 25 giây và 107 ± 61 giây, ngắn hơn rất nhiều so với neostigmine và edrophonium [6]. Trước đây quan điểm cho rằng TOF > 0,7 là tiêu chuẩn phục hồi hoàn toàn giãn cơ, tuy nhiên tỉ lệ tái giãn cơ và các biến chứng do tồn dư giãn cơ sau mổ vẫn gặp nhiều ngay cả khi TOF từ 0,7-0,9. Gần đây nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng khi TOF > 0,9 thì mới đảm bảo hồi phục giãn cơ hoàn toàn và an toàn để rút ống nội khí quản, tỉ lệ tồn dư giãn cơ sau mổ thấp. Tất cả các BN của chúng tôi đều đạt TOF > 0,9 tức là phục hồi giãn cơ hoàn toàn trong vòng 5 phút sau khi tiêm sugammadex và sau khi rút NKQ TOF luôn > 0,9 ở tất cả các BN, tức là không còn tồn dư giãn cơ sau khi hóa giải giãn cơ bằng sugammadex, tương tự nghiên cứu của Sacan Ozlem, thời gian đạt TOF > 0,9 ngắn hơn có ý nghĩa so với khi hóa giải giãn cơ bằng edrophonium và neostigmine và không tồn dư giãn cơ sau khi hóa giải bằng sugammadex [6].

Một vấn đề mà hầu hết các bác sĩ gây mê quan tâm trong mỗi cuộc mổ đó là thời gian rút ống nội khí quản, đặc biệt là các phẫu thuật lồng ngực khi mà các chức năng hô hấp, tuần hoàn chịu tác động lớn từ gây mê và phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian rút ống nội khí quản trung bình là $4,51 \pm 0,63$ phút sau tiêm sugammadex, khi mà BN đã tỉnh, tự thở thỏa đáng và TOF > 0,9, kết quả tương tự nghiên

cứ của Martini có thời gian rút ống nội khí quản là $5,1 \pm 2,4$ phút [2]. Trong nghiên cứu của Takeshi Mori 2003 thì 42/52 BN (81%) được rút ống tại phòng mổ và 49/56 (94%) được rút NKQ trong vòng 24 giờ sau mổ tuy nhiên có tới 6 BN (12%) phải đặt lại NKQ và thở máy [4]. Thời gian hậu phẫu trung bình là $26,45 \pm 5,26$ giờ, không có trường hợp nào cần thở máy sau mổ hay phải đặt lại ống NKQ. Như vậy có thể thấy rằng hóa giải giãn cơ bằng sugammadex cho phép rút NKQ sớm tại phòng mổ ngay sau phẫu thuật ngay cả với bệnh lý nhược cơ. Rút ống nội khí quản sớm mang lại nhiều lợi ích như giảm các biến chứng hô hấp do thở máy kéo dài, giảm thời gian hậu phẫu, thời gian nằm viện cũng như chi phí điều trị.

Lo ngại lớn nhất khi phẫu thuật cho các BN nhược cơ, đặc biệt là các phẫu thuật lồng ngực là hồi phục chức năng hô hấp. Hầu hết các BN nhược cơ dù ít hay nhiều đều có suy giảm chức năng hô hấp từ trước mổ, các tác động của quá trình gây mê và phẫu thuật, tồn dư giãn cơ, đau đớn sau mổ, ứ đọng đờm dãi là những yếu tố nguy cơ chính dẫn đến suy hô hấp sau mổ [4]. Trong nghiên cứu tất cả các chỉ số đo chức năng thông khí hậu phẫu đều giảm so với trước mổ cụ thể 12h đầu sau mổ VC, FVC, VT, FEV1 và FEV1/FVC lần lượt giảm còn 58,74%; 58,39%; 60,87%; 45,41% và 76,18% so với trước mổ. Đến giờ thứ 24 thì chức năng thông khí được cải thiện hơn, các chỉ số thông khí lần lượt tăng lên đạt 68,88%; 62,77%; 69,57%; 59,69% và 94,04% so với giá trị trước mổ. Việc theo dõi chức năng hô hấp sau mổ ở các BN này cần được thực hiện chặt chẽ, hóa giải hoàn toàn giãn cơ, giảm đau đầy đủ và tập thở sớm giúp cải thiện chức năng hô hấp và tăng cường chất lượng hồi phục sau mổ. Nghiên cứu của Mori T và cộng sự năm 2003 chỉ ra rằng VC có tương quan chặt chẽ (OR = 0,998) với tỉ lệ đặt lại NKQ; tần số thở và PaCO₂ được sử dụng như là căn cứ quyết định đặt lại NKQ [4].

Mặc dù các chỉ số đo thông khí sau mổ đều giảm nhưng trong số 21 BN nghiên cứu thì không có trường hợp nào suy hô hấp sau mổ phải đặt lại NKQ, SpO₂ tại các thời điểm đều > 95%, trong khi đó nghiên cứu của Takeshi Mori 2003 có tới 6 BN (12%) phải đặt lại NKQ và thở máy dù không sử dụng giãn cơ trong quá trình phẫu thuật [4]. Nghiên cứu của Phạm Văn Đông có tỉ lệ suy hô hấp là 60,5% ở nhóm có sử dụng giãn cơ [1]. Tất cả các BN đều có huyết động ổn định sau mổ, không có trường hợp nào xuất hiện khô miệng, ngứa, rét run hay buồn nôn và nôn...

rõ ràng đây là một ưu điểm lớn của sugammadex so với các thuốc hóa giải giãn cơ thông thường khác, góp phần vào cải thiện và nâng cao chất lượng chăm sóc và hồi phục sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Sugammadex liều 2mg/kg có tác dụng phục hồi giãn cơ nhanh sau phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức với thời gian đạt TOF > 0,7; 0,8 và 0,9 lần lượt là $2,04 \pm 0,58$ phút; $2,46 \pm 0,66$ phút và $2,86 \pm 0,67$ phút, thời gian rút ống nội khí quản là $4,51 \pm 0,63$ phút. Hóa giải giãn cơ bằng sugammadex có tính an toàn cao, tỉ lệ tồn dư giãn cơ sau mổ thấp, ít ảnh hưởng trên hô hấp và tuần hoàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Đông, Nguyễn Thị Thảo Trang, Võ Hữu Ngoan (2013), "Gây mê hồi sức trong mổ cắt u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ tại bệnh viện chợ rẫy từ năm 2004 – 2012", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 17, Phụ bản của Số 1, 32-37.
2. C. H. Martini, M. Boon, R. F. Bevers, et al. (2014), "Evaluation of surgical conditions during laparoscopic surgery in patients with moderate vs

deep neuromuscular block", *British Journal of Anaesthesia* 112(3), 498-505.

3. Hyun Chul Cho, Jong Hwan Lee, Seung Cheol Lee, et al. (2017), "Use of sugammadex in lung cancer patients undergoing video-assisted thoracoscopic lobectomy", *Korean Journal of Anesthesiology*, 70(4), 420-425.
4. Mori T., Yoshioka M., Watanabe K., et al. (2003), "Changes in respiratory condition after thymectomy for patients with myasthenia gravis", *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, 9(2), 93-7.
5. Rudzka-Nowak A., Piechota M. (2011), "Anaesthetic management of a patient with myasthenia gravis for abdominal surgery using sugammadex", *Arch Med Sci*, 7(2), 361-4.
6. Sacan O., White P. F., Tufanogullari B., et al. (2007), "Sugammadex reversal of rocuronium-induced neuromuscular blockade: a comparison with neostigmine-glycopyrrolate and edrophonium-atropine", *Anesth Analg*, 104(3), 569-74.
7. Sungur Ulke Z., Yavru A., Camci E., et al. (2013), "Rocuronium and sugammadex in patients with myasthenia gravis undergoing thymectomy", *Acta Anaesthesiol Scand*, 57(6), 745-8.
8. Wu X., Oerding H., Liu J., et al. (2014), "Rocuronium blockade reversal with sugammadex vs. neostigmine: randomized study in Chinese and Caucasian subjects", *BMC Anesthesiol*, 14, 53.

CHỈ ĐỊNH, PHƯƠNG PHÁP VÀ KẾT QUẢ CỦA PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN ÁP DỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO VỠ

Nguyễn Thế Hào*, Phạm Quỳnh Trang*, Trần Trung Kiên*

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu chỉ định mổ, phương pháp mổ và kết quả của phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị túi phình động mạch não vỡ. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 100 bệnh nhân túi phình vỡ được phẫu thuật theo phương pháp ít xâm lấn tại Bệnh viện Bạch Mai, từ 1/2018-8/2018. **Kết quả:** tỉ lệ nữ/nam: 1,3/1. Tuổi trung bình 54,2. 35% lâm sàng ở độ 1, 49% độ 2 và 16% độ 3. Trên chụp CLVT: 25% chảy máu độ 1, 62% độ 2 và 13% độ 3. Điểm HBM (là tổng của độ lâm sàng và độ chảy máu) 14% có 2đ, 28% điểm 3, và 33% điểm 4 và 25% điểm 5. ĐM thông trước chiếm 39%, ĐM não giữa 27%, ĐM thông sau 23%. 91% túi phình <8mm và 9% từ 8-10mm. Chụp kiểm tra có 3% tồn dư, và 4% tắc mạch. Kết quả tốt 92%. 8% kết quả trung bình, không có tử vong. **Kết luận:** Chỉ định phẫu thuật ít xâm lấn cho điều trị túi phình vỡ khi túi phình ở tuần hoàn trước, kích thước ≤ 10mm và có điểm HBM ≤ 5. Phương pháp này có kết quả tốt, tỉ lệ loại bỏ túi phình cao và biến chứng thấp.

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hào

Email: ngthehao2002@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2019

Ngày duyệt bài: 28.01.2019

Từ khóa: Túi phình động mạch não, phẫu thuật ít xâm lấn, chảy máu dưới nhện.

SUMMARY

THE INDICATIONS, METHOD AND RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE SURGERY FOR RUPTURED CEREBRAL ANEURYSMS

Objective: To evaluate indication, method and results of minimally invasive surgery for ruptured cerebral aneurysms. **Methods:** This prospective study included 100 patients who were brought to Bach Mai Hospital for ruptured cerebral aneurysms, between 1/2018 and 8/2018. **Results:** Female/Male: 1.3/1; Mean age 54.2. 35% patients were in clinical grade 1, 49% in grade 2 and 16% in grade 3. On CTscan, 25% hemorrhage in grade 1, 62% in grade 2 and 13% grade 3. HBM score consist of 14% evaluated at 2, 18% at 3, 33% at 4 and 25% at 5 points. 39% aneurysms located on ACoA and 27% aneurysms located on middle cerebral artery and 23% in posterior communicating artery. During operation, rate of intraoperative rupture were 19%. Post-operative complications were revealed in 4%. On the postoperative angiography, there were 3% patient with remnant aneurysms, and 4% with arterial occlusions. The good clinical outcome: 92%. **Conclusion:** Minimally invasive surgery is indicated to ruptured cerebral anterior aneurysms, with size

$\leq 10\text{mm}$ and HBM score ≤ 5 . This procedure brings good results, high rate aneurysmal occlusion and low rate complications.

Keywords: cerebral aneurysms, minimally invasive surgery, subarachnoid hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật ít xâm lấn là phẫu thuật được thực hiện theo những đường mổ nhỏ, ít làm tổn thương các cấu trúc da, cân, cơ, xương sọ, màng cứng và não trong quá trình mổ, ít gây sang chấn cho bệnh nhân, đẹp về mặt thẩm mỹ, tốt về mặt chức năng mà vẫn đạt được mục đích điều trị phẫu thuật túi phình động mạch não là loại bỏ hoàn toàn túi phình ra khỏi vòng tuần hoàn và đảm bảo sự toàn vẹn của hệ động mạch máu não và kết quả lại tốt hơn. Trong lĩnh vực phẫu thuật phình động mạch não vỡ, vẫn còn có một số quan điểm cho rằng khó có thể áp dụng được phương pháp mổ ít xâm lấn này để điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân, do có nhiều khó khăn trong mổ, hoặc phải mổ giải tỏa não sau phẫu thuật... nhưng trên thực tế thì phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn đã cho thấy là một phương pháp hiệu quả, an toàn và là một trong những tiến bộ đáng kể. Phương pháp mổ này đã giúp cho phẫu thuật trở lên ít sang chấn hơn và kết quả tốt hơn. Những yếu tố đảm bảo không có tử vong khi thực hiện phẫu thuật đó là lựa chọn bệnh nhân chặt chẽ và phù hợp, gây mê hồi sức tốt, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và thực hiện phẫu thuật cẩn trọng với độ tập trung cao. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi nghiên cứu 100 bệnh nhân có túi phình động mạch não vỡ được điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn nhằm mục đích đánh giá chỉ định mổ, phương pháp mổ và kết quả điều trị của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 100 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị túi phình động mạch não vỡ bằng phẫu thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 1/2018 đến tháng 8/2018.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiền cứu, được thực hiện theo quy trình thống nhất

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên liên tiếp trong thời gian nghiên cứu khi đạt đủ số mẫu 100.

+ Bệnh nhân có túi phình hệ động mạch cảnh trong (hay tuần hoàn trước) vỡ

+ Bệnh nhân lâm sàng ở độ 1-3 theo phân độ hội Phẫu thuật thần kinh thế giới.

+ Bệnh nhân có thể trạng tốt và tuổi từ 85 trở xuống.

+ Phim chụp CLVT trong vòng 3 ngày đầu sau chảy máu và lấy phim có mức độ chảy máu nhiều nhất để nghiên cứu

+ Bệnh nhân và gia đình đồng ý phẫu thuật

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Tình trạng nặng: độ 4-5

+ Bệnh nhân không có phim chụp CLVT trong vòng 3 ngày đầu sau chảy máu

+ Bệnh nhân chảy máu độ 4 theo Fisher

+ Chảy máu tái phát do vỡ lại túi phình

+ Túi phình chưa vỡ

+ Tuổi > 85

+ Túi phình tuần hoàn sau

+ Gia đình không đồng ý phẫu thuật

2.4. Cỡ mẫu: Lựa chọn 100 bệnh nhân để tiến hành nghiên cứu

2.5. Quy trình nghiên cứu:

+ Đánh giá bệnh nhân: Sau khi nhập viện, khám xét lâm sàng, hoàn chỉnh xét nghiệm và các thăm dò trước mổ. Đánh giá điểm HBM (H.Bạch Mai) là tổng số độ lâm sàng và độ chảy máu Fisher. Ví dụ: Tình trạng lâm sàng bệnh nhân ở độ 2 và trên phim chụp CLVT có chảy máu dưới màng nhện độ 2, thì điểm HBM=4.

+ Phương pháp phẫu thuật: Sau khi gây mê nội khí quản, bệnh nhân được đặt theo tư thế nằm ngửa, đầu nghiêng tùy theo vị trí của túi phình, mở sọ được tiến hành theo các bước quy định. Chúng tôi sử dụng các đường mổ ít xâm lấn trong túi phình động mạch não:

- Đường ít xâm lấn thái dương: cho túi phình động mạch não giữa

- Đường trên cung mày cho túi phình động mạch thông trước

- Đường trán sát đường giữa cho các túi phình động mạch quanh thể trãi

2.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm: tuổi, giới, lâm sàng, mức độ chảy máu, vị trí, kích thước túi phình, những thuận lợi và khó khăn trong mổ, biến chứng trong và sau mổ, kết quả lâm sàng và chụp động mạch não kiểm tra sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thực hiện phẫu thuật ít xâm lấn cho 100 bệnh nhân có túi phình động mạch não vỡ, chiếm 30,4% tổng số bệnh nhân đã mổ phình động mạch não ở cùng thời kỳ.

1. **Giới:** có 57 nữ và 43 nam, tỉ lệ nữ/nam: 1,3/1

2. **Tuổi:** thay đổi từ 23 đến 85 tuổi.

Tuổi	Nữ	Nam	Tổng
23-39	13	6	19
40-59	34	22	56
60-85	10	15	25
Tổng	57	43	100

Tuổi trung bình 54,2. Tuổi thường gặp nhất là từ 40-59 chiếm 56%

3. Đặc điểm lâm sàng:

Tình trạng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Độ 1	35	35%
Độ 2	49	49%
Độ 3	16	16%
Tổng	100	100%

Trên lâm sàng: 35% bệnh nhân lâm sàng ở độ 1 do vỡ túi phình, và 49% bệnh nhân ở độ 2 và 16% độ 3.

4. Đặc điểm chụp CLVT:

Đặc điểm chụp CLVT	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Độ chảy máu:		
Độ 1	25	25%
Độ 2	62	62%
Độ 3	13	13%
Giãn não thất	0	

Trên chụp CLVT: 25% chảy máu độ 1, 62% độ 2 và 13% độ 3. Không có bệnh nhân nào có giãn não thất.

5. Phối hợp độ lâm sàng và độ chảy máu trên 100 bệnh nhân được thể hiện ở bảng sau đây:

Độ lâm sàng Độ chảy máu	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Tổng
Độ 1	14	9	2	25
Độ 2	19	29	14	62
Độ 3	2	11	0	13
Tổng	35	49	16	100

6. Điểm HBM: đánh giá cho 100 bệnh nhân mổ.

Điểm HBM Score	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
2	14	14%
3	28	28%
4	33	33%
5	25	25%
6	0	0

Điểm thấp nhất là 2. Chúng tôi không mổ những bệnh nhân có điểm HBM trên 5. Có 14% bệnh nhân 2đ, 28% bệnh nhân điểm 3, 33% bệnh nhân điểm 4 và 25% bệnh nhân điểm 5.

7. Vị trí túi phình:

Vị trí túi phình	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Thông trước	39	39%
Não giữa	27	27%
Thông sau	23	23%
Mạch mạc trước	4	4%
Ngã 3 ĐM cảnh trong	2	2%
Quanh thể trãi	5	5%
Tổng	100	100%

Phẫu thuật ít xâm lấn thực hiện cho các túi phình của tuần hoàn trước, trong đó cho túi phình động mạch thông trước chiếm 39%, ĐM não giữa chiếm tới 27%, ĐM thông sau chiếm 23%.

8. Kích thước túi phình:

Kích thước Vị trí	<5mm	5-7mm	8-10mm	Tổng g
Thông trước	19	18	2	39
Não giữa	10	13	4	27
Thông sau	8	12	3	23
Mạch mạc trước	2	2	0	4
Ngã ba động mạch cảnh	0	2	0	2
Quanh thể trãi	5	0	0	5
Tổng	44	47	9	100

91% bệnh nhân có túi phình nhỏ <8mm (trong đó 44% túi phình <5mm và 47% túi phình từ 5-7mm) và chỉ 9% bệnh nhân kích thước túi phình từ 8-10mm. Không có bệnh nhân nào có túi phình lớn (>10mm) hay túi phình khổng lồ (25mm).

9. Biến chứng của phẫu thuật ít xâm lấn:

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Biến chứng trong mổ: Vỡ trong mổ	19	19%
Biến chứng sau mổ: Chảy máu tái phát	4	4%
Rò DNT	1	1
Viêm màng não	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	2	2

19% có biến chứng vỡ túi phình trong mổ. Có 4% bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó 2 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, 1 bệnh nhân rò dịch não tủy sau mổ, và 1 bệnh nhân có biến chứng chảy máu sau mổ, không có bệnh nhân nào bị viêm màng não.

10. Chụp kiểm tra sau mổ: Chúng tôi chụp mạch não kiểm tra sau mổ được cho 100 bệnh nhân (100%), thời gian chụp sau mổ 3 ngày đến 4 tuần. Kết quả chụp mạch:

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Còn tồn dư túi phình	3	3%
Tắc mạch não	4	4%

Có 3 trường hợp (3%) bị tồn dư túi phình, và có 4% bệnh nhân bị biến chứng tắc mạch não.

11. Kết quả điều trị:

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tốt	92	92%
Trung bình	8	8%
Xấu	0	0

Kết quả tốt 92%. 8% kết quả trung bình. Không có tử vong và không có tình trạng sống thực vật.

IV. BÀN LUẬN

1. Chỉ định mổ ít xâm lấn đối với túi phình ĐMN vỡ

1.1. Điểm HBM: Phẫu thuật ít xâm lấn được xem là tiến bộ lớn trong Ngoại khoa nói chung

và trong chuyên ngành Phẫu thuật thần kinh nói riêng. Phẫu thuật ít xâm lấn ngày càng khẳng định vai trò của mình, và là xu hướng chung của ngành ngoại khoa. Riêng về phẫu thuật phình mạch não, phẫu thuật này đã được thực hiện ở nước ta từ năm 2012 [2]. Đối với túi phình động mạch não vỡ, có một số quan điểm cho rằng khó có thể áp dụng được phương pháp này để điều trị, do tính chất phù não sau chảy máu, do nguy cơ vỡ túi phình trong mổ, hoặc phải mổ giải tỏa não sau phẫu thuật... Tuy nhiên, hiệu quả, lợi ích và tính an toàn của phẫu thuật này đã được khẳng định trên thực tế [1],[2],[3]. Điểm quan trọng đảm bảo kết quả sau mổ là lựa chọn bệnh nhân. Khi bệnh nhân có chảy máu, lựa chọn điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn cần cân nhắc. Nếu chỉ dựa trên tình trạng lâm sàng để đánh giá chỉ định mổ, đôi khi có những khó khăn và nguy cơ trong mổ, vì tình trạng lâm sàng và mức độ chảy máu trên chụp CLVT đôi khi không tương xứng. Mặt khác khi bệnh nhân đến chậm, sự không cân xứng giữa lâm sàng và chụp CLVT càng rõ ràng, có thể máu dưới màng nhện đã tiêu bớt đi, hay tình trạng lâm sàng nặng lên do những biến chứng khác sau chảy máu. Nên chúng tôi chỉ định mổ ít xâm lấn dựa trên tình trạng lâm sàng ngay khi khám và mức độ chảy máu trên CLVT được chụp trong vòng 3 ngày đầu sau chảy máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân có tình trạng lâm sàng còn tốt (độ ≤ 3) và độ chảy máu trên CLVT ở độ 1-3. Chúng tôi chỉ định cho phẫu thuật ít xâm lấn khi điểm HBM ≤ 5 . Với những bệnh nhân có điểm HBM > 5 thì có nguy cơ cao bị phù não trong mổ nên gây khó khăn rất lớn cho phẫu thuật. Trong nghiên cứu, chúng tôi có 14% bệnh nhân 2đ, 28% bệnh nhân điểm 3, 33% bệnh nhân điểm 4 và 25% bệnh nhân điểm 5. Một số tác giả chỉ định mổ dựa trên lâm sàng, chỉ áp dụng phẫu thuật ít xâm lấn với những bệnh nhân độ 1-2 trên lâm sàng [6],[7].

1.2. Vị trí túi phình: Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ can thiệp đối với những túi phình của tuần hoàn trước, ngay cả trong nhóm này chúng tôi không thực hiện phẫu thuật ít xâm lấn đối với những túi phình ở cạnh móm yên trước như túi phình động mạch mắt và túi phình động mạch yên trên, hay ở lưng động mạch cảnh,... do phẫu thuật loại túi phình này khá phức tạp và có nguy cơ cao.

1.3. Kích thước túi phình: Kích thước túi phình là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả và gây khó khăn cho phẫu thuật. Về nguyên tắc, để xử lý kẹp được túi phình thì ít

nhất 3 mặt của túi phình phải được bộc lộ, như vậy đối với những túi phình lớn và khổng lồ thì khó có thể tiếp cận được cả 3 mặt túi phình bằng đường mổ nhỏ, thậm chí có thể gây sang chấn thêm cho người bệnh, vì vậy chúng tôi không chỉ định mổ túi phình trên 10mm bằng phẫu thuật ít xâm lấn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 44% túi phình $< 5\text{mm}$ và 47% túi phình từ 5-7mm, và chỉ 9% bệnh nhân kích thước túi phình từ 8-10mm. Không có bệnh nhân nào có túi phình lớn ($> 10\text{mm}$) hay túi phình khổng lồ (25mm).

2. Phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn:

Trong nghiên cứu, chúng tôi chỉ thực hiện phẫu thuật này cho những túi phình tuần hoàn trước. Ba loại hình đường mổ được áp dụng đó là: đường ít xâm lấn thái dương: cho túi phình động mạch não giữa, đường trên cung mày cho túi phình động mạch thông trước, đường trán cạnh đường giữa cho các túi phình động mạch quanh thể trãi. Các đường mổ đã cho thấy hiệu quả về mặt thẩm mỹ và đã chỉ rõ kết quả về mặt chức năng cơ cắn và thẩm mỹ tốt, giảm mức độ đau sau mổ cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu một nghiên cứu khác của chúng tôi chỉ rõ kết quả chức năng cơ nhai có 94,9% ít bị ảnh hưởng, 95,8% bệnh nhân đẹp về thẩm mỹ. Hiệu quả về mặt kinh tế: do đây là phẫu thuật ít xâm lấn, thời gian phẫu thuật ngắn, nên thời gian hậu phẫu ngắn, và giảm dụng cụ tiêu hao trong mổ và chi phí y tế [3],[4],[5],[6],[7]. Bên cạnh những hiệu quả mà phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn mang lại, vẫn còn có những khó khăn khi áp dụng phẫu thuật này. Về phương pháp mổ chúng tôi nhận thấy những thao tác kỹ thuật trong mổ khó khăn hơn đường mổ Yasargil bình thường, việc hút dịch não tủy cũng không phải luôn dễ dàng, và nhất là khi xảy ra vỡ túi phình trong mổ. Tỷ lệ vỡ túi phình trong mổ tới 19% tương đương như các nghiên cứu trước đây của chúng tôi [1] và các nghiên cứu khác trong và ngoài nước.

3. Kết quả điều trị phẫu thuật ít xâm lấn:

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ rõ, tính an toàn của phương pháp là tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp. Chúng tôi chỉ có 4% bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó 2 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, 1 bệnh nhân rò dịch não tủy sau mổ, và 1 bệnh nhân có biến chứng chảy máu sau mổ, không có bệnh nhân nào bị viêm màng não. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả nghiên cứu cho thấy trên lâm sàng kết quả tốt đạt tới 92% chỉ 8% kết quả trung bình. Về mặt chụp mạch não kiểm tra sau mổ, trong nghiên cứu

này của chúng tôi cho thấy chỉ có 3% các trường hợp bị tồn dư túi phình, và có 4% bệnh nhân bị biến chứng tắc mạch não. Kết quả này cho thấy hiệu quả đáng kể của phương pháp mổ.

V. KẾT LUẬN

Điều trị túi phình động mạch não vỡ bằng phẫu thuật ít xâm lấn được áp dụng đối với bệnh nhân có túi phình tuần hoàn trước, kích thước nhỏ $\leq 10\text{mm}$ và có tổng điểm HBM ≤ 5 . Phương pháp này đem lại kết quả tốt, tỉ lệ loại bỏ túi phình cao, với biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Hào, Phạm Quỳnh Trang, Trần Trung Kiên (2017), "Nghiên cứu hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị túi phình động mạch não vỡ (Nghiên cứu trên 378 bệnh nhân được phẫu thuật)", Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, tập 21, số 6, 137-141.

2. Phạm Quỳnh Trang (2014) "Điều trị túi phình động mạch thông trước vỡ bằng phẫu thuật keyhole". Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thế Hào, Phạm Quỳnh Trang, Đặng Việt Sơn, (2012), "Nhận xét bước đầu về phẫu thuật keyhole trong điều trị túi phình tuần hoàn trước" Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, tập 16, phụ bản số 4, 11-14.
4. Fischer.G, Stadie.A, Reisch.R, Hopf.NJ, et al (2011) "The keyhole concept in aneurysm surgery: Results of the past 20 years" Neurosurgery 68 [ONS Supp 1] 41-51.
5. Nathal.E, Gomez-Amador.JL (2005) "Anatomic and surgical basis of the sphenoid ridge keyhole approach for cerebral aneurysms", Neurosurgery 56, ONS 178-ONS 185.
6. Park.HS, Park.SK, Han.YH (2009) "Microsurgical experience with supraorbital keyhole operations on anterior circulation aneurysms" J.Korean. Neurosurg Soc, 46, 103-108.
7. Steiger. HJ, Schmid-Elsaesser.R, Stummer. W, Uhl.E (2001) "Transorbital keyhole approach to anterior communicating artery aneurysms" Neurosurgery 48, 347-352.

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ PHÁT HIỆN TỔN THƯƠNG QUA HÌNH ẢNH NỘI SOI THƯỜNG VÀ NỘI SOI NHUỘM MÀU BẰNG INDIGOCARMIN 0,2% Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM NIÊM MẠC DẠ DÀY MẠN TÍNH

Nguyễn Quốc Tiến¹, Trần Anh Việt², Bùi Thanh Sơn²

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu trên 138 người bệnh bị viêm niêm mạc dạ dày mạn tính được khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình để phát hiện tổn thương dạ dày bằng phương pháp nội soi thường (69 người bệnh) (NST) và nội soi nhuộm màu bằng Indigocarmine 0,2% (69 người bệnh) (NSNM), tiến hành phân loại hình ảnh nội soi theo hệ thống phân loại Sydney, chúng tôi nhận thấy: Tỷ lệ phát hiện viêm teo ở nhóm nội soi thường 62,3%; nhóm nội soi nhuộm màu là 65,2% ($p > 0,05$). Tỷ lệ phát hiện viêm sung huyết/xuất tiết ở nhóm nội soi thường 84,1%, nhóm nội soi nhuộm màu là 88,4% ($p > 0,05$). Tỷ lệ phát hiện viêm xuất huyết ở nhóm nội soi thường 31,9%, nhóm nội soi nhuộm màu là 71,0%, có sự khác biệt với $p < 0,05$.

SUMMARY

IDENTIFYING RATE OF DETECTING LESION THROUGH THE IMAGES OF CONVENTIONAL ENDOSCOPY AND DYE ENDOSCOPY WITH INDIGOCARMIN 0.2% IN CHRONIC GASTRIC MUCOSITIS

Abstract: carrying research on 138 patients with chronic gastric mucositis at Thai Binh General Hospital to detect gastric lesions by conventional endoscopy (69 patients) and dye endoscopy with Indigocarmine 0.2% (69 patients) and classifying endoscopic images according to Sydney classification system, we found: the rate of detecting atrophic inflammation in conventional endoscopy was 62.3%; the rate in dye endoscopy was 65.2% ($p > 0.05$). The rate of detection of congestion/excretion in conventional endoscopy was 84.1%, the dye endoscopy was 88.4% ($p > 0.05$). The rate of detection of hemorrhage in conventional endoscopy was 31.9%, that of dye endoscopy was 71.0%, with a difference with $p < 0.05$.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn tính là một bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, tỷ lệ viêm dạ dày mạn tính chiếm từ 50% - 60% trong các bệnh lý dạ dày tá tràng. Viêm dạ dày mạn tính thường gây những hiện tượng như: viêm teo, loét sản, dị sản ruột, có thể là dấu hiệu tiền ung thư dạ dày. Phương pháp nội soi nhuộm màu bằng Indigocarmine được sử dụng trong chẩn đoán bệnh lý dạ dày, tá tràng, đại tràng và các bệnh lý thực quản. Chất này bao phủ thành ống tiêu hoá dựa trên sự tương phản màu sắc để làm rõ các tổn thương, phản ánh sự mịn màng, đều đặn của lớp niêm mạc. Theo nhiều tác giả thì Indigocarmine được chỉ định rộng rãi, được áp dụng cho mọi tổn thương đường tiêu hoá, đặc

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Tiến

Email: ngqtienvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2019

Ngày duyệt bài: 28.01.2019

biệt là các tổn thương như: viêm teo niêm mạc dạ dày, loạn sản, dị sản ruột, nghi ngờ ác tính.

Nội soi nhuộm màu ở các Bệnh viện tuyến tỉnh còn ít được quan tâm, để góp phần chẩn đoán sớm ung thư dạ dày trên người bệnh bị viêm dạ dày mạn tính có loạn sản niêm mạc trên hình ảnh nội soi dạ dày chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ phát hiện tổn thương qua hình ảnh nội soi thường và nội soi nhuộm màu bằng Indigocarmine 0,2% ở người bệnh viêm niêm mạc dạ dày mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 138 người bệnh từ 30 tuổi trở lên có triệu chứng đau dạ dày đến khám tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Thành phố Thái Bình năm 2018.

2.2. Phương pháp và vật liệu nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp

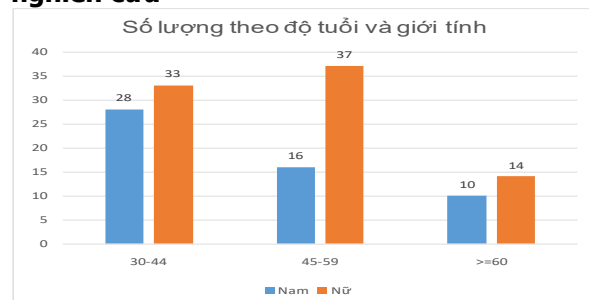
- Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang,
- Chia 2 nhóm: Nhóm nội soi nhuộm màu = 69 người bệnh; Nhóm nội soi không nhuộm màu (nội soi thường) = 69 người bệnh.

2.2.2. Vật liệu nghiên cứu:

- Máy nội soi video Olympus CV 170; Kim sinh thiết qua nội soi BF2416SF.
- Dung dịch Indigocarmine 0,2%. (E. Merck, Darmstadt);

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu: 48 ± 18 , trong đó người thấp tuổi nhất là 30, cao tuổi nhất là 78. Tỷ lệ người bệnh nam < nữ (Nữ chiếm 60,86%).

3.2. Triệu chứng cơ năng và hình ảnh nội soi của nhóm nghiên cứu

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.1: Triệu chứng cơ năng

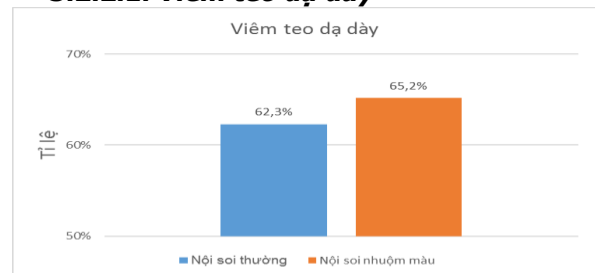
Triệu chứng	Có triệu chứng	
	Số lượng(n=138)	Tỷ lệ %
Đau thượng vị	113	81,9

Buồn nôn	64	46,4
Nôn	17	12,3
Ợ hơi	87	63,0
Ợ chua	67	48,6
Ỉa lỏng	33	23,9
Táo bón	21	15,2
Táo lỏng	29	21,0

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng cả 2 nhóm nghiên cứu gặp nhiều nhất là đau thượng vị 81,9%, tiếp đến ợ hơi 63%, ợ chua 48,6%, buồn nôn 46,4%, ỉa lỏng 23,9%

3.2.2. Hình ảnh nội soi được nhận định đặc điểm tổn thương dạ dày qua nội soi theo phân loại dựa trên cơ sở hệ thống Sydney của 2 nhóm nghiên cứu.

3.2.2.1. Viêm teo dạ dày



Biểu đồ 3.2: Viêm teo dạ dày



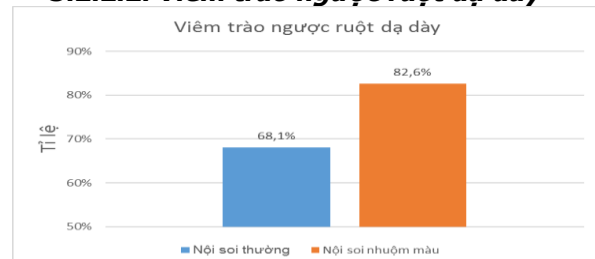
Bùi Thị L 44t- SNC 108
NSNM ngày 14/6/2018



Nguyễn Thị Th 37t-
SNC137. NST ngày
26/7/2018

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện viêm teo dạ dày ở cả 2 nhóm: 63,8%. Tỷ lệ phát hiện viêm teo dạ dày ở nhóm NSNM: 65,2%; nhóm NST: 62,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2.2. Viêm trào ngược ruột dạ dày

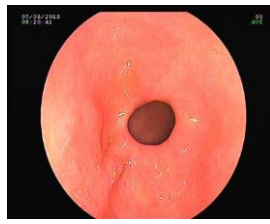


Biểu đồ 3.3: Viêm trào ngược ruột dạ dày

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện viêm trào ngược ruột dạ dày ở cả 2 nhóm: 75,4%. Tỷ lệ phát hiện viêm trào ngược ruột dạ dày ở nhóm NSNM: 82,6%; nhóm NST: 68,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

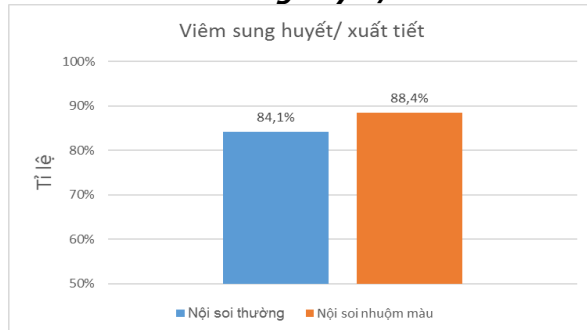


Phạm Bá C 42t – SNC 107
NSNM ngày 14/6/2018



Hà Thị L 57t – SNC 141
NST ngày 07/8/2018

3.2.2.3. Viêm sung huyết/xuất tiết



Biểu đồ 3.4: Viêm sung huyết/ xuất tiết



Nguyễn Thị Thanh M
42t- SNC 109

NSNM ngày 15/6/2018



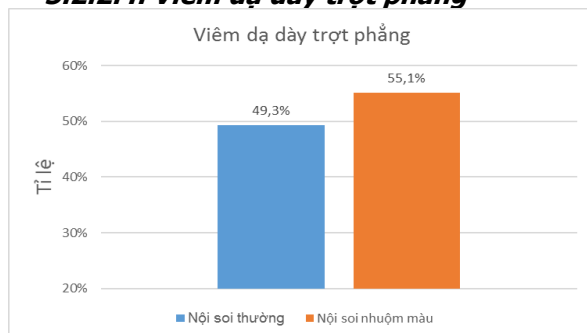
Trương Thị Q 72t-
SNC 88

NST ngày 11/5/2018

Nhận xét: - Tỷ lệ phát hiện viêm sung huyết/ xuất tiết ở cả 2 nhóm: 86,3%.

- Tỷ lệ phát hiện viêm sung huyết/ xuất tiết ở nhóm NSNM: 88,4%; nhóm NST: 84,1%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

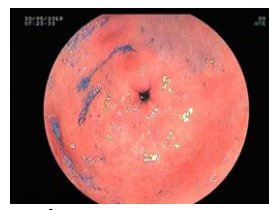
3.2.2.4. Viêm dạ dày trượt phẳng



Biểu đồ 3.5: Viêm dạ dày trượt phẳng

Nhận xét: - Tỷ lệ phát hiện viêm dạ dày trượt phẳng ở cả 2 nhóm: 52,2%.

- Tỷ lệ phát hiện viêm dạ dày trượt phẳng ở nhóm NSNM: 55,1%; nhóm NST: 49,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



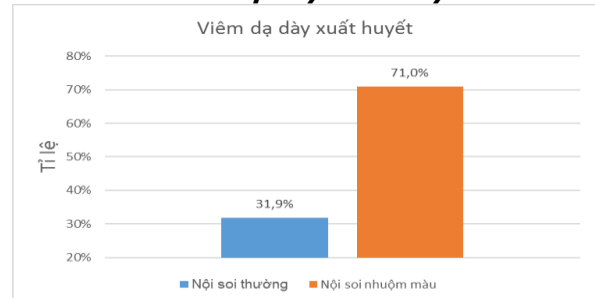
Bùi Thị Ng 58t- SNC
100 NSNM ngày
30/5/2018



Lê Quang H 40t- SNC
143

NST ngày 02/8/2018

3.2.2.5. Viêm dạ dày xuất huyết



Biểu đồ 3.6: Viêm dạ dày xuất huyết



Vũ Thị L 46t- SNC 91
NSNM ngày 14/5/2018



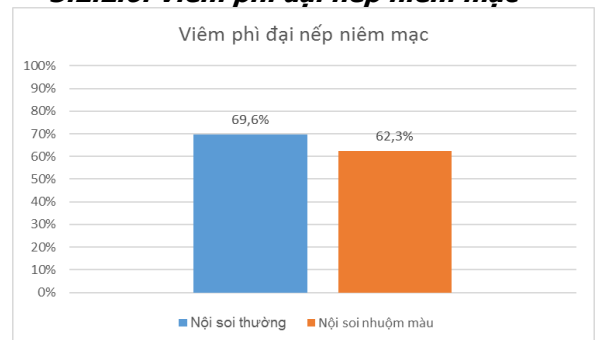
Nguyễn Cảnh T 39t-
SNC 134

NST ngày 26/7/2018

Nhận xét: - Tỷ lệ phát hiện viêm dạ dày xuất huyết ở cả 2 nhóm: 51,5%.

- Tỷ lệ phát hiện viêm dạ dày xuất huyết ở nhóm NSNM: 71,0%; nhóm NST: 32,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2.6. Viêm phì đại nếp niêm mạc



Biểu đồ 3.7: Viêm phì đại nếp niêm mạc

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện viêm phì đại nếp niêm mạc ở nhóm NSNM: 62,3%; nhóm NST: 69,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ phát hiện viêm phì đại nếp niêm mạc ở cả 2 nhóm: 66%.



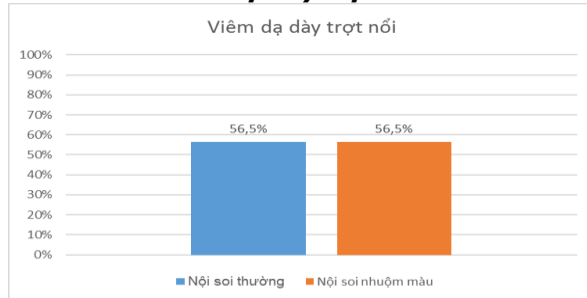
Nguyễn Chí Th 43t-
SNC 99



Đặng Thị H 39t-
SNC 140

NSNM ngày 29/5/2018 NST ngày 01/8/2018

3.2.2.7. Viêm dạ dày trượt nổi



Biểu đồ 3.8: Viêm dạ dày trượt nổi



Đặng Viết C 48t- SNC
98, NSNM ngày
24/5/2018



Trần Xuân T 61t-
SNC 116
NST ngày 28/6/2018

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện viêm dạ dày trượt nổi ở

nhóm NSNM và nhóm NST là tương đương 56,5%.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ phát hiện viêm teo trên hình ảnh nội soi: nhóm nội soi thường 62,3%; nhóm nội soi nhuộm màu là 65,2%, không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

- Tỷ lệ phát hiện viêm sung huyết/xuất tiết trên hình ảnh nội soi: nhóm nội soi thường 84,1%, nhóm nội soi nhuộm màu là 88,4%, không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

- Tỷ lệ phát hiện viêm xuất huyết trên hình ảnh nội soi: nhóm nội soi thường 31,9%, nhóm nội soi nhuộm màu là 71,0%, có sự khác biệt với $p < 0,05$.

KHUYẾN NGHỊ

Khi thực hiện nội soi dạ dày có nghi ngờ tổn thương thì nên làm phương pháp nhuộm màu bằng dung dịch Indigocarmine 0,2% đảm bảo sự phân biệt chính xác các tổn thương cũng như chỉ điểm cho sinh thiết được chính xác;

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Huy, Trần Quang Trung (2016). Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng. Trong: Trần Văn Huy (Chủ biên), *Nội soi tiêu hóa cơ bản*. Nhà xuất bản Đại học Huế, Huế, tr.19-31.
2. Bùi Thanh Sơn (2013), *Nghiên cứu hình ảnh nội soi, mô bệnh học viêm niêm mạc dạ dày mạn bằng nội soi nhuộm màu indigo-carmin ở bệnh nhân trên 60 tuổi*. Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II, Học viện quân y
3. Du, Y., Bai, Y., Xie, P., et al. (2014), Chronic gastritis in China: a national multi-center survey, *BMC Gastroenterol*, 14(21), pp.1-9.

ƯỚC TÍNH CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ BỆNH BẠCH CẦU MẠN DÒNG TỬY TỪ GÓC NHÌN CỦA CÁC NGHIÊN CỨU TRÊN THẾ GIỚI

Nguyễn Thị Thu Cúc¹, Nguyễn Thị Thu Thủy²,
Nguyễn Thanh Bình¹, Lê Quang Tường³

TÓM TẮT

Sự phát triển của y học cho ra đời nhiều phương pháp điều trị giúp kéo dài thời gian và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh bạch cầu mạn dòng tủy (BCMDT), nhưng đồng thời làm tăng chi phí và tạo ra gánh nặng kinh tế lớn. Nghiên cứu nhằm tổng quan hệ thống chi phí điều trị BCMDT thông qua quá trình tìm kiếm và sàng lọc trên dữ liệu điện tử Pubmed. Các

nghiên cứu có bản đầy đủ, viết bằng tiếng Anh, tiến hành phân tích chi phí điều trị bệnh được đưa vào tổng hợp. Từ 189 bài báo qua tìm kiếm ban đầu, 8 bài báo được đưa vào tổng hợp. Các nghiên cứu sử dụng phương pháp hồi cứu dữ liệu với thiết kế thuần tập để ước tính chi phí và sử dụng phương pháp thống kê mô tả, mô hình hồi quy và phân tích độ nhạy để phân tích dữ liệu. Chi phí trực tiếp y tế được đánh giá chính với chi phí thuốc chiếm tỷ trọng cao và tăng dần qua các năm. Bệnh nhân có mức đồng chi trả cao hơn có sự tuân thủ điều trị kém hơn. Bệnh nhân tiến triển bệnh cho chi phí điều trị rất cao. So với điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển, ghép tế bào gốc cho tổng chi phí điều trị sau 2 năm thấp hơn đáng kể.

Từ khóa: bạch cầu mạn dòng tủy, chi phí điều trị

SUMMARY

ESTIMATING COST OF TREATMENT OF

¹Đại học Dược Hà Nội

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Viện Huyết học - Truyền máu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy
Email: thuynguyen@uphcm.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2019

Ngày duyệt bài: 23.01.2019

CHRONIC MYELOID LEUKEMIA FROM THE VIEW OF THE STUDIES IN THE WORLD

Medical development offers many new therapies which help to prolong overall survival and improve quality of life of chronic myeloid leukemia (CML) patients. Simultaneously, they also increase the cost of treatment and become an high economic burden. The research aims to systematically review the cost analysis of CML through searching and selecting on Pubmed database. The eligible studies that were a full version, written English, conducted an analysis of the cost of treatment were summerized. Out of 189 studies, 8 qualified studies were synthetized. The studies used retrospective method with cohort design to estimate costs and used descriptive statistic, regression model and sensitive analysis to analyze data. Medical direct costs were primarily assessed with high and increased drug cost over the years. Patients with higher copayment had less adherence than those with lower one. Patients with disease progression had very high cost of treatment. Compared with tyrosine kinase inhibitor medicine, stem cell transplantation got a significantly lower total cost of treatment after 2 years.

Key words: *chronic myeloid leukemia, cost of treatment*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bạch cầu mạn dòng tủy (BCMDT) với sự biến đổi gen trong hệ di truyền đã trở thành một trong những bệnh máu ác tính thường gặp và có số người mắc bệnh tăng nhanh trong 50 năm qua trên thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng [2]. Các công trình nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy, BCMDT chiếm từ 5-10% các bệnh hệ tạo máu và chiếm từ 70-80% các bệnh thuộc hội chứng tăng sinh tủy ác tính.

Dựa trên hiểu biết về cơ chế bệnh sinh, các phương pháp điều trị đã có nhiều tiến bộ vượt bậc mang lại hiệu quả điều trị cao cho người bệnh BCMDT, biến BCMDT từ một bệnh gây tử vong trở thành một bệnh mạn tính. Tuy nhiên, với đặc điểm mạn tính phải điều trị kéo dài cùng với chi phí điều trị cao đã trở thành gánh nặng kinh tế lớn cho cả người bệnh và hệ thống chăm sóc sức khỏe. Do đó, việc lựa chọn liệu pháp can thiệp phù hợp giúp mang lại hiệu quả cao với chi phí hợp lý là một trong những thách thức lớn đối với các nhà lâm sàng và nhà quản lý y tế. Mặt khác, các liệu pháp điều trị khác nhau sẽ có ước tính chi phí và hiệu quả khác nhau, một liệu pháp có thể có chi phí điều trị thấp với hiệu quả vượt trội ở quốc gia này không có nghĩa là có thể ngoại suy cho các quốc gia khác vì những khác biệt về giá thành, chính sách và đặc điểm bệnh nhân ở từng quốc gia. Chính vì vậy, nghiên cứu "*Ước tính chi phí điều trị bệnh bạch cầu mạn dòng tủy từ góc nhìn từ các nghiên cứu trên thế giới*" được thực hiện nhằm có cái nhìn toàn diện về chi phí điều trị bệnh hiện nay, từ đó làm cơ sở

cho các nhà lâm sàng đưa ra các quyết định điều trị phù hợp, cũng như cho các nhà hoạch định chiến lược có chính sách phân bổ nguồn ngân sách hợp lý.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các nghiên cứu phân tích chi phí điều trị bệnh BCMDT.

Phương pháp nghiên cứu: tổng quan hệ thống dựa trên hướng dẫn của Cochrane được thực hiện theo các bước sau đây:

- Tìm kiếm: các nghiên cứu phân tích chi phí điều trị bệnh BCMDT được tìm kiếm dựa trên cơ sở dữ liệu điện tử Pubmed bằng các từ khóa được xác định bằng kỹ thuật PICO gồm: "Chronic Myelocytic Leukemia", "CML", "cost", "cost of illness". Các từ khóa này. Dựa trên từ khóa, câu lệnh tìm kiếm được xây dựng dựa trên công cụ MeSH kết hợp với các toán tử "AND", "OR".

- Sàng lọc và lựa chọn: Dựa trên tiêu đề và bản tóm tắt để, các nghiên cứu tìm thấy được sàng lọc nhằm lựa chọn theo tiêu chí: phân tích chi phí điều trị bệnh BCMDT, có bản đầy đủ (full-text) và được viết bằng tiếng Anh. Các nghiên cứu không thỏa tiêu chí lựa chọn, không có ước tính chi phí liên quan đến quá trình điều trị bệnh (chỉ ước tính chi phí tác dụng phụ, chi phí theo dõi,...), sử dụng mô hình mô phỏng, cũng như các nghiên cứu lâm sàng, tổng quan, đánh giá chất lượng sống, thư gửi ban biên tập, các báo cáo của các cơ quan sẽ được loại trừ.

- Tổng hợp: Dữ liệu từ các nghiên cứu được lựa chọn sẽ được tổng hợp vào bảng ghi nhận thông tin nghiên cứu gồm các thông tin: tên tác giả, năm xuất bản, quốc gia, mục đích nghiên cứu, năm ước tính chi phí, các chi phí thành phần, cỡ mẫu và kết quả nghiên cứu.

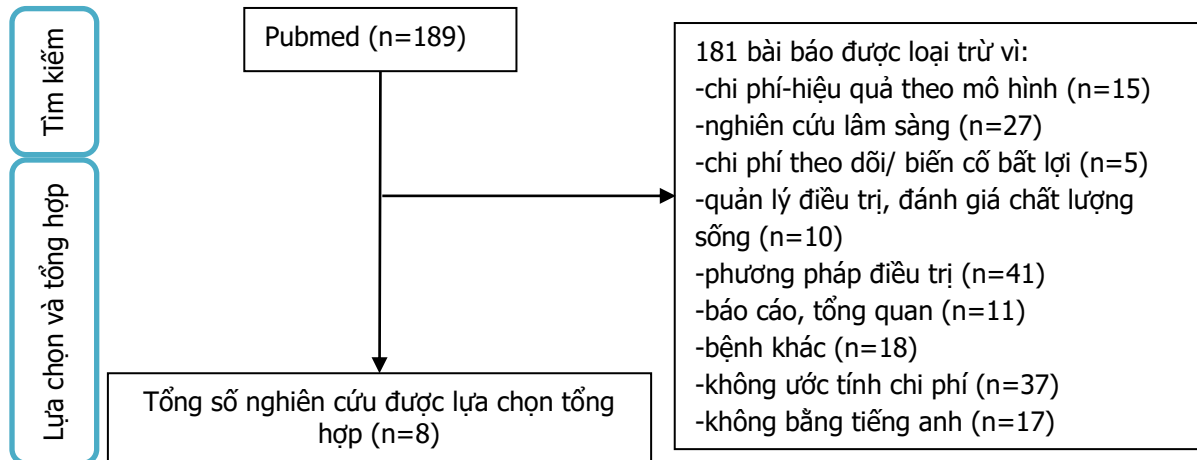
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả tổng quan cho thấy, từ 189 tài liệu được nhận diện thông qua tìm kiếm ban đầu, sau khi rà soát tài liệu qua tiêu đề và bảng tóm tắt của nghiên cứu dựa trên tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, 8 nghiên cứu được đưa vào tổng hợp cuối cùng, 181 nghiên cứu bị loại trừ do đánh giá chi phí-hiệu quả theo mô hình (n=15), nghiên cứu lâm sàng (n=27), ước tính chi phí theo dõi (n=4), ước tính chi phí điều trị biến cố bất lợi (n=1), không viết bằng tiếng anh (n=17), xem xét vấn đề quản lý trong điều trị (n=4), không liên quan đến vấn đề nghiên cứu (n=37), bệnh khác (n=18), đánh giá chất lượng sống (n=6), tổng quan (n=10), báo cáo (n=1), phương pháp điều trị (n=41). Quá trình tìm kiếm và lựa chọn được trình bày trong Hình 1, kết quả tổng hợp được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm các nghiên cứu phân tích chi phí điều trị BCMĐT

Tác giả (Năm xuất bản)	Quốc gia	Chi phí thành phần	Số lượng bệnh nhân tham gia	Đặc điểm bệnh nhân	Hiệu chỉnh	Phân tích thống kê
Lin PJ và cs (2016) [8]	Mỹ	chi phí dịch vụ y tế và chi phí thuốc TKi	2.164	trên 65 tuổi được chẩn đoán mới	CPI, USD 2010	phân tích độ nhạy
Dusetzina SB và cs (2014) [4]	Mỹ	chi phí thuốc	1.541	18-64 tuổi bắt đầu điều trị IM	CPI, USD 2011	phân tích độ nhạy
Elias F và cs (2016) [5]	Liban	dịch vụ y tế, phẫu thuật, xạ trị, thuốc	758	tất cả bệnh nhân	-	-
Krejci M và cs (2006) [7]	Séc	chi phí nhập viện, chi phí cấp cứu, chi phí cấy ghép	20	15-59 tuổi ở pha mạn tính hoặc tăng tốc	-	thống kê mô tả
Smith BD và cs (2016) [10]	Mỹ	chi phí nhập viện, cấp cứu, thăm khám ngoại trú, chăm sóc của điều dưỡng, dịch vụ phục hồi và chăm sóc sức khỏe tại nhà và các dịch vụ y tế khác	nhóm NL: 280 nhóm dasatinib: 379	trên 65 tuổi thất bại với IM	CPI, USD 2013	hồi quy tuyến tính, hồi quy đa biến, hồi quy bình phương bé nhất, phân tích độ nhạy
Jabbour EJ và cs (2017) [6]	Mỹ	chi phí nhập viện, dịch vụ y tế, chi phí ngoại trú, chi phí thuốc và chi phí liên quan khác	nhóm tiến triển bệnh: 587 nhóm không tiến triển bệnh: 7.504	trên 18 tuổi có ít nhất 1 lần nhập viện hoặc 2 lần khám ngoại trú	CPI, USD 2015	thống kê mô tả, hồi quy đa biến, phân tích độ nhạy
Doshi JA và cs (2016) [3]	Mỹ	chi phí nằm viện, chi phí ngoại trú và chi phí thuốc	1.053	tất cả bệnh nhân	-	thống kê mô tả, hồi quy đa biến, phân tích độ nhạy
Menzin J và cs (2004) [9]	Mỹ	chi phí nằm viện, chi phí ngoại trú, chăm sóc đặc biệt và dịch vụ chăm sóc tại nhà	567 bệnh nhân nhóm BCMĐT 567 người nhóm chứng được ghép cặp theo tuổi và giới tính	trên 65 tuổi được chẩn đoán mới	CPI, USD 1998	thống kê mô tả, hồi quy đa biến

BCMĐT: bạch cầu mạn dòng tủy, cs: cộng sự, CPI: Chỉ số giá tiêu dùng (Consumer Price Index), IM: imatinib, NL: nilotinib, TKi: thuốc ức chế men tyrosine kinase.



Hình 1. Sơ đồ lựa chọn nghiên cứu

Đặc điểm chung của các nghiên cứu

- *Năm và quốc gia công bố:* Các nghiên cứu được công bố từ năm 2004 đến 2017, tập trung năm 2016 (4/8 nghiên cứu) và được thực hiện chủ yếu ở Mỹ (6/8 nghiên cứu).

- *Mục đích nghiên cứu:* hầu hết các nghiên cứu khảo sát sự biến đổi chi phí theo thời gian ($n=4$) [4][5][8][9] với thời gian dao động từ 5-12 năm, các nghiên cứu còn lại ước tính chi phí điều trị khi bệnh nhân đề kháng imatinib (IM), thuốc ức chế men chuyển (TKi) thế hệ 1, giai đoạn tiến triển hoặc ghép tế bào gốc.

- *Đối tượng nghiên cứu:* đối tượng chính tập trung ở nhóm người cao tuổi (trên 65 tuổi) được chẩn đoán mới ($n=2$) [8][9] hoặc kháng IM ($n=1$)[10] kể đến là nhóm 18-64 mắc bệnh BCMDT giai đoạn mạn tính ($n=3$) [4][6][7]. Hai nghiên cứu còn lại không xét đến yếu tố tuổi khi lựa chọn đối tượng đưa vào nghiên cứu [3], [5].

- *Phương pháp nghiên cứu và cỡ mẫu:* tất cả các nghiên cứu sử dụng phương pháp hồi cứu dữ liệu với thiết kế thuần tập để ước tính chi phí. Về cỡ mẫu, có sự khác biệt lớn giữa các nghiên cứu, từ 20 – 8.091 bệnh nhân

- *Thành phần chi phí:* Chi phí được ước tính trong tất cả các nghiên cứu là chi phí trực tiếp, tập trung chủ yếu vào chi phí dịch vụ y tế và chi phí thuốc, không có nghiên cứu nào ước tính chi phí gián tiếp.

- *Hiệu chỉnh chi phí:* Do các nghiên cứu sử dụng dữ liệu được ước tính trong thời gian dài và chịu ảnh hưởng của lạm phát, do đó chỉ số giá tiêu dùng (Consumer Price Index - CPI) được sử dụng trong hầu hết các nghiên cứu (5/8 nghiên cứu) để hiệu chỉnh các giá trị tiền tệ trong quá khứ về năm nghiên cứu.

- *Phân tích thống kê:* phương pháp thống kê mô tả, mô hình hồi quy tuyến tính và phân tích độ nhạy được sử dụng trong hầu hết các nghiên cứu.

Kết quả của các nghiên cứu

Các nghiên cứu khảo sát sự biến đổi chi phí theo thời gian cho thấy, tổng chi phí điều trị tăng dần theo năm, chủ yếu là do tăng chi phí thuốc. Theo nghiên cứu của tác giả Lin PJ và cộng sự tại Mỹ, chi phí điều trị tăng gấp đôi, từ 127.000 USD năm 1995 lên 278.000 USD năm 2007, chủ yếu là do tăng chi phí thuốc TKi [8]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Dusetzina SB và cộng sự (2014) [4] cùng được tiến hành tại Mỹ, tổng chi trung bình hàng tháng cho IM tăng gần gấp đôi trong vòng 9 năm từ năm 2002 đến năm 2011 (từ 2.798 đến 4.892USD); bệnh nhân sử dụng IM phải đồng chi trả hàng tháng trung bình là 108 USD, trung vị là 30USD (dao động từ 0 đến 4.792USD). Trong khi chi phí

thuốc tăng nhanh, các chi phí dịch vụ y tế tương đối ổn định theo thời gian, trong đó chi phí cho chăm sóc nội trú chiếm giá trị lớn nhất [8][9]. Theo nghiên cứu của Menzin J và cộng sự (2004)[9] tại Mỹ, so với nhóm chứng, nhóm bệnh nhân BCMDT phải chi trả cao hơn 14.624USD, trong đó chi phí nội trú chiếm 80% sự khác biệt giữa 2 nhóm. Lý do thường gặp nhất khi nhập viện ở bệnh nhân BCMDT là các bệnh về hệ tuần hoàn, rối loạn máu, tim mạch, thiếu máu và nhiễm trùng.

Chi phí thuốc điều trị BCMDT chiếm tỷ trọng cao trong tổng chi tiêu ngân sách nhà nước dành cho thuốc ung thư. Nghiên cứu của Elias F và cộng sự (2016) [5] tại Liban cho thấy, tổng chi phí thuốc điều trị BCMDT trong 6 năm từ năm 2008 đến năm 2013 là 24 triệu USD, cao thứ 2 sau bệnh ung thư vú nhưng lại cho số người được hưởng lợi thấp nhất (758 người), do đó dẫn đến chi phí thuốc ung thư trung bình hàng năm cho mỗi bệnh nhân chiếm tỷ trọng cao nhất (31.037USD). Đáng chú ý là, IM chiếm 15%, nilotinib (NL - thuốc TKi thế hệ 2) chiếm 3% trong tổng chi tiêu cho thuốc ung thư.

Đối với các thuốc TKi thế hệ 2 gồm NL và dasatinib, NL giúp giảm chi phí nhiều hơn so với dasatinib. Nghiên cứu của tác giả Smith BD và cộng sự [10] tại Mỹ cho thấy tổng chi phí y tế trung bình mỗi tháng ở Mỹ lần lượt là 2.593USD và 2.942USD, tương ứng. Sau khi điều chỉnh các yếu tố gây nhiễu, kết quả cho thấy chi phí y tế của bệnh nhân NL thấp hơn 513USD (tức là thấp hơn 6.242USD mỗi năm) so với bệnh nhân sử dụng dasatinib. Chi phí nhập viện là yếu tố chính dẫn đến sự khác biệt giữa 2 thuốc.

Bệnh nhân có mức đồng chi trả cao hơn có sự tuân thủ điều trị kém hơn. Tại Mỹ, tất cả bệnh nhân không thuộc nhóm hỗ trợ chi trả phải chịu mức đồng chi trả từ 25% đến 33% cho thuốc TKi trong giai đoạn đầu khi tham gia bảo hiểm [3]. Theo ước tính của tác giả Doshi JA và cộng sự (2016) [3], trong 30 ngày đầu, tổng chi phí trung bình cho mỗi đơn thuốc TKi là gần 6.800USD và bệnh nhân phải chi trả thêm các chi phí phát sinh khác gần 2.600USD nếu bệnh nhân không thuộc nhóm hỗ trợ. Trong khi đó, bệnh nhân được hỗ trợ chỉ phải trả thêm khoảng 5USD hoặc ít hơn. Chi phí phát sinh cao ở giai đoạn này làm cho bệnh nhân không muốn tham gia điều trị, từ đó làm giảm khả năng nhận lợi ích từ bảo hiểm ở giai đoạn sau. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Mỹ của tác giả Dusetzina SB và cộng sự (2014) [4] khi cho rằng việc bệnh nhân phải đồng chi trả với hạn mức cao làm giảm khả năng tuân thủ điều trị (giảm

42% so với bệnh nhân có hạn mức đồng chi trả thấp).

Bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển có chi phí điều trị rất cao. Khi tiến hành so sánh chi phí điều trị giữa nhóm tiến triển bệnh (giai đoạn tăng tốc hoặc chuyển cấp) và nhóm không tiến triển bệnh (giai đoạn mạn tính) ở Mỹ, trong giai đoạn ban đầu của quá trình điều trị bệnh, tổng chi phí y tế trung bình một bệnh nhân một năm (bao gồm chi phí nhập viện và chi phí ngoại trú) ở nhóm tiến triển cao gấp 3 lần so với nhóm không tiến triển (143.778USD so với 53.143USD, $p < 0,001$). Trong thời gian theo dõi cũng cho kết quả tương tự nhưng chi phí kê đơn thuốc ngoại trú thấp hơn ở nhóm bệnh nhân tiến triển. Khi tình trạng bệnh được kiểm soát, chi phí trung bình 1 năm ở nhóm tiến triển tăng thêm 270.925 USD so với nhóm không tiến triển [6].

Bệnh nhân được ghép tế bào gốc cho tổng chi phí điều trị ít hơn so với nhóm bệnh nhân điều trị với thuốc TKi. Tại Séc, đối với bệnh nhân ghép tế bào gốc, tổng chi phí trực tiếp y tế trung bình 1 bệnh nhân là 78.644 euro. Nếu bệnh nhân được điều trị bằng IM và theo dõi với cùng khoảng thời gian với ghép tế bào gốc (2 năm), tổng chi phí trực tiếp là 100.256 euro, thấp hơn 21.612 euro [7].

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù các thuốc TKi, điển hình là IM, ra đời và được Cơ quan Quản lý thuốc và thực phẩm Hoa Kỳ phê duyệt trong điều trị đầu tay bệnh BCMDT từ rất sớm (năm 2001), tuy nhiên, số lượng các nghiên cứu phân tích chi phí điều trị bệnh BCMDT vẫn còn hạn chế, nhất là vẫn chưa có các nghiên cứu phân tích chi phí bệnh theo từng giai đoạn bệnh. Chi phí được ước tính trong tất cả các nghiên cứu là chi phí trực tiếp, tập trung chủ yếu vào chi phí dịch vụ y tế và chi phí thuốc, không có nghiên cứu nào ước tính chi phí gián tiếp mà đôi khi, chi phí này có thể chiếm tỷ trọng cao, gây gánh nặng kinh tế lớn đối với người bệnh [1].

Trong khi chi phí dịch vụ y tế tương đối ổn định theo thời gian, thì chi phí thuốc tăng nhanh theo các năm và là chi phí chiếm tỷ trọng rất cao trong tổng chi tiêu ngân sách nhà nước dành cho thuốc ung thư. Do đó, các chính sách đàm phán giá và hỗ trợ giá là rất cần thiết nhằm mang lại lợi ích tốt nhất cho người bệnh và giảm gánh nặng cho hệ thống y tế. Mặt khác, sự đồng chi trả giữa bệnh nhân và cơ quan y tế là biện pháp hiệu quả trong việc giảm tải gánh nặng kinh tế bệnh tật 2 bên. Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng chỉ rõ, sự đồng chi trả quá cao sẽ dẫn đến giảm tuân thủ điều trị của bệnh nhân, từ đó giảm hiệu

quả điều trị và dẫn đến những gánh nặng kinh tế lớn hơn do bệnh tiến triển. Chính vì vậy, cần thiết có các chính sách riêng biệt hỗ trợ, các chiến lược nâng cao nhận thức cho nhóm bệnh nhân này nhằm tăng tuân thủ điều trị, từ đó giúp duy trì giai đoạn bệnh.

Hiện tại, chỉ có nghiên cứu so sánh chi phí điều trị của thuốc TKi theo từng thể hệ, với kết quả cho thấy NL giúp giảm chi phí so với dasatinib, mà chưa có nghiên cứu so sánh chi phí điều trị dài hạn giữa việc dùng thuốc TKi thể hệ 1 và thể hệ 2 ngay từ bước 1 trong điều trị bệnh. Nhất là khi các nghiên cứu lâm sàng hiện nay nhận thấy, có 20-30% bệnh nhân bị đề kháng hoặc không dung nạp với thuốc IM. Nhóm bệnh nhân này được khuyến cáo chỉ định NL thay thế IM ngay từ bước 1 dựa trên hiệu quả điều trị cao và ít tác dụng phụ của thuốc. Tuy nhiên, giá thành cao của NL là 1 vấn đề cần được cân nhắc và các nghiên cứu so sánh chi phí 2 thuốc trong điều trị là cần thiết [1].

So với điều trị với thuốc TKi, ghép tế bào gốc giúp mang lại hiệu quả điều trị cao và giảm chi phí điều trị cho người bệnh. Tuy nhiên, ghép tế bào gốc vẫn là chỉ định hạn chế do những khó khăn gặp phải khi tìm người cho phù hợp cũng như tỉ suất bệnh và tỉ suất tử vong tương đối cao khi ghép.

V. KẾT LUẬN

Tổng quan hệ thống các nghiên cứu phân tích chi phí điều trị bệnh BCMDT cho thấy những gánh nặng kinh tế lớn khi điều trị bệnh, nhất là gánh nặng về chi phí thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Cúc, Nguyễn Thị Thu Thủy, Nguyễn Thanh Bình (2017), "So sánh chi phí hiệu quả của nilotinib trong điều trị bước một bạch cầu mạn dòng tủy gốc nhìn từ các nghiên cứu công bố", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 460 (1), pp. 203-206.
2. DeSantis Carol, Naishadham Deepa, et al. (2013), "Cancer statistics for African Americans, 2013", *CA: a cancer journal for clinicians*, 63(3), pp. 151-166.
3. Doshi J. A., Li P., et al. (2016), "High cost sharing and specialty drug initiation under Medicare Part D: a case study in patients with newly diagnosed chronic myeloid leukemia", *Am J Manag Care*, 22(4 Suppl), pp. s78-86.
4. Dusetzina Stacie B., Winn Aaron N., et al. (2014), "Cost Sharing and Adherence to Tyrosine Kinase Inhibitors for Patients With Chronic Myeloid Leukemia", *Journal of Clinical Oncology*, 32(4), pp. 306-311.
5. Elias F., Khuri F. R., et al. (2016), "Financial Burden of Cancer Drug Treatment in Lebanon", *Asian Pac J Cancer Prev*, 17(7), pp. 3173-7.
6. Jabbour E. J., Lin J., et al. (2017), "Evaluation of healthcare resource utilization and incremental

- economic burden of patients with chronic myeloid leukemia after disease progression to blast phase", *J Med Econ*, 20(9), pp. 1007-1012.
7. Krejci M., Mayer J., et al. (2006), "Clinical outcomes and direct hospital costs of reduced-intensity allogeneic transplantation in chronic myeloid leukemia", *Bone Marrow Transplant*, 38(7), pp. 483-91.
 8. Lin P. J., Winn A. N., et al. (2016), "Linking Costs and Survival in the Treatment of Older Adults With Chronic Myeloid Leukemia: An Analysis of SEER-Medicare Data From 1995 to 2007", *Med Care*, 54(4), pp. 380-5.
 9. Menzin J., Lang K., et al. (2004), "Treatment patterns, outcomes and costs among elderly patients with chronic myeloid leukaemia: a population-based analysis", *Drugs Aging*, 21(11), pp. 737-46.
 10. Smith B. D., Liu J., et al. (2016), "Treatment patterns, overall survival, healthcare resource use and costs in elderly Medicare beneficiaries with chronic myeloid leukemia using second-generation tyrosine kinase inhibitors as second-line therapy", *Curr Med Res Opin*, 32(5), pp. 817-27.

KHẢO SÁT TỈ LỆ NGHE KÉM CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC CƠ SỞ Ở QUẬN 2, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thanh Vũ*, Trần Phan Chung Thủy*, Lê Lữ Minh Tâm**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc tỉ lệ nghe kém của học sinh Trung học cơ sở ở Quận 2, TpHCM. **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả có phân tích. **Phương pháp:** Khảo sát tỉ lệ nghe kém của học sinh sau khi hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng và đo thính lực đồ cho các học sinh ở các trường trung học cơ sở ở Quận 2, TpHCM. **Kết quả:** Chúng tôi nghiên cứu 2029 học sinh ở Quận 2, TpHCM từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 9 năm 2018 gồm 1028 (50.67%) học sinh nam và 97 học sinh nữ (49.33%). Độ tuổi từ 12 đến 15 (trung bình là 13.55 ± 1.12 tuổi). Tỉ lệ nghe kém của học sinh theo Hội Thanh Thính học Hoa Kỳ (ASHA) là 4.39%. Tỉ lệ học sinh bị bệnh Tai Mũi Họng là 23.4%. Tỉ lệ học sinh bị bệnh viêm tai giữa là 1.48%. Chúng tôi tìm thấy có mối liên hệ giữa viêm tai giữa và nghe kém ở học sinh trung học cơ sở ở Quận 2, Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết luận:** Tỉ lệ nghe kém của học sinh theo Hội Thanh Thính học Hoa Kỳ (ASHA) là 4.39%. Chúng tôi tìm thấy có mối liên hệ giữa viêm tai giữa và nghe kém ở học sinh trung học cơ sở ở Quận 2, Thành phố Hồ Chí Minh.

Từ khóa: nghe kém.

SUMMARY

THE RATIO OF HEARING LOSS IN STUDENTS AT SECONDARY SCHOOLS AT DISTRICT 2, HO CHI MINH CITY

Purpose: The ratio of hearing loss in students at Secondary schools at District 2, HCMC. **Study design:** cross-section analysis. **Method:** The ratio of hearing loss base on clinic and pure tone audiogram. **Result:** Our study have 2029 cases (2029 students) between Sep.2017 and Sep.2018 at secondary schools in District 2 with 1028 (50.67%) males and 1001

females (49.33%). The ranged in age from 12 to 15 years (mean age, 13.55 ± 1.12 years). The ratio of hearing loss is 4.39% (ASHA). The ratio of the Ear, Nose and Throat disease is 23.4%. The ratio of the middle ear infections is 1.48%. There is a relationship between hearing loss and middle ear infections. **Conclusion:** The ratio of hearing loss is 4.39% (ASHA). There is a relationship between hearing loss and middle ear infections.

Keywords: hearing loss

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém là hiện tượng giảm một phần hay toàn bộ khả năng cảm nhận về âm thanh. Nghe kém có thể gặp ở mọi lứa tuổi và có thể do nhiều nguyên nhân gây ra. Theo ước tính của Quỹ Dân số Liên Hiệp Quốc (UNFPA), có khoảng 5% dân số, tương đương với 360 triệu người trên toàn thế giới bị nghe kém, trong đó có 32 triệu trẻ em^[3]. Chúng ta biết rằng ảnh hưởng của nghe kém phụ thuộc rất lớn vào lứa tuổi mắc bệnh của trẻ, nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, trẻ bị nghe kém sẽ không giao tiếp được, không học được từ những âm thanh xung quanh, kết quả là trẻ chậm phát triển ngôn ngữ, trí tuệ và gặp khó khăn trong cuộc sống. Trầm trọng hơn, trẻ sẽ trở thành tàn tật vĩnh viễn. Do đó, việc phát hiện và can thiệp kịp thời sẽ mang lại cho trẻ cơ hội lớn trong việc hồi phục khả năng nghe, phát triển các kỹ năng ngôn ngữ, giúp trẻ học tập, hòa nhập cộng đồng và giảm gánh nặng cho bản thân trẻ, gia đình và xã hội^[3].

Tổ chức Y tế thế giới ước tính rằng có 1.7% trẻ dưới 15 tuổi bị nghe kém ở các mức độ khác nhau,^[3] tương đương với 32 triệu trẻ em trên toàn thế giới. Nam Á là khu vực có trẻ bị nghe kém cao nhất thế giới (2.4%), tiếp theo đó là khu vực Châu Á Thái Bình Dương, chiếm khoảng 2% trẻ dưới 15 tuổi bị nghe kém. Các nước thu nhập cao có tỷ lệ nghe kém thấp nhất chỉ với

*Đại học Quốc gia TP Hồ Chí Minh,

**Học viên Cao học, ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Vũ

Email: ntvu@medvnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2019

Ngày duyệt bài: 28.01.2019

0.4% trẻ bị nghe kém.^[7]

Theo báo cáo Người khuyết tật ở Việt Nam 2009, khuyết tật về nghe có khoảng 3 triệu lượt người (chiếm 3.8% dân số). Trong đó, trẻ em từ 5 – 15 tuổi chiếm 0.5%, tỷ lệ ở nam cao hơn nữ^[1].

Trong thực hành lâm sàng, chúng tôi cũng hay gặp các trường hợp nghe kém ở trẻ em. Trong số đó có trẻ bị bệnh tai mũi họng ảnh hưởng đến sức nghe, nhọt ống tai ngoài hay ráy tai gây nghe kém, có trẻ bị viêm tai giữa mạn tính, điếc đột ngột và có cả trẻ bị điếc bẩm sinh. Tuy nhiên, chúng ta chưa có dữ liệu thống kê về tỉ lệ nghe kém ở học trung học cơ sở cũng như mối liên quan giữa các bệnh tai mũi họng hay viêm tai giữa có thể có ảnh hưởng đến nghe kém. Vì thế, chúng tôi tiến hành đề tài "*Khảo sát các đặc điểm nghe kém của học sinh trung học cơ sở ở Quận 2, TPHCM*". **Mục tiêu tổng quát:** Khảo sát các đặc điểm nghe kém của học sinh trung học cơ sở ở Quận 2, Tp.HCM. Mục tiêu cụ thể:

1. Xác định tỉ lệ nghe kém và các đặc điểm nghe kém ở học sinh trung học cơ sở ở Quận 2, Tp.HCM.

2. Xác định mối liên hệ giữa bệnh Tai Mũi Họng, bệnh viêm tai giữa và nghe kém ở học sinh trung học cơ sở ở Quận 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi nghiên cứu bao gồm: hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng, đo nhĩ lượng đồ và phản xạ cơ bàn đạp, đo thính lực đồ đơn âm trên 2029 học sinh của trường Trung học cơ sở Lương Định Của và trường Trung học cơ sở Nguyễn Thị Định trên ở Quận 2, Thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả có phân tích

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Chúng tôi thu thập số liệu bằng bảng câu hỏi và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0 Công cụ thu thập dữ liệu

- Phiếu thu thập dữ liệu
- Dụng cụ khám phát hiện nghe kém đơn giản: âm thoa.

- Dụng cụ soi tai
- Máy đo thính lực đồ đơn âm, nhĩ lượng đồ và phản xạ cơ bàn đạp.

Kiểm soát sai lệch thông tin

- Công tác chuẩn bị cho việc đo thính lực: Chuẩn bị, kiểm tra thiết bị đo thính lực. Chuẩn bị, lấy thông tin bệnh nhân.

○ Sức khỏe, trạng thái tinh thần hiện tại.

○ Hướng dẫn cụ thể cách thức thực hiện, tạo mối quan hệ thoải mái.

○ Quan sát học sinh, phản hồi của học sinh với lời nói.

- Các câu hỏi trong phiếu khảo sát rõ ràng, dễ hiểu.

- Kỹ thuật viên cần được tập huấn kỹ thuật đo, giải thích các câu hỏi trong phiếu khảo sát.

- Lựa chọn phương pháp nghiên cứu và công cụ nghiên cứu thích hợp.

Phương pháp đánh giá: Chúng tôi chẩn đoán nghe kém theo Hội Thanh Thính học Hoa Kỳ:

Nghe kém dẫn truyền (conductive hearing loss):

- Khoảng cách giữa đường khí và đường xương ít nhất là 15dB đặc biệt ở các tần số thấp. Đường xương phải bình thường hoặc gần bình thường.

- Ngưỡng nghe không vượt quá 70dB (ANSI)

Nghe kém tiếp nhận thần kinh (sensorineural hearing loss):

- Có thể chia cụ thể hơn thành:

▪ Sensory hearing loss: Tổn thương tai trong

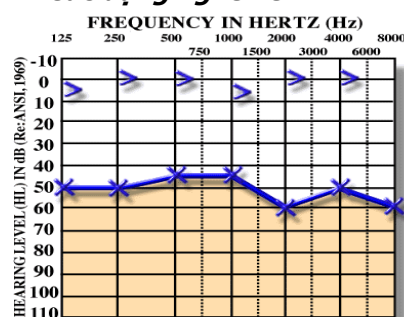
▪ Neural hearing loss : Tổn thương dây TK VIII

- Cả đường xương và đường khí đều giảm.

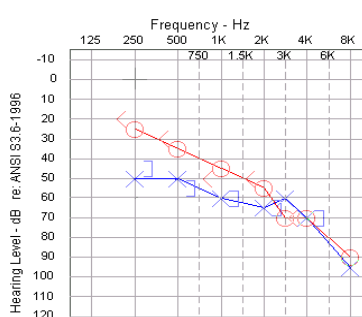
- Không có khoảng cách giữa đường xương và đường khí.

Nghe kém hỗn hợp (mixed hearing loss): Mang các đặc tính của cả nghe kém dẫn truyền lẫn tiếp nhận.

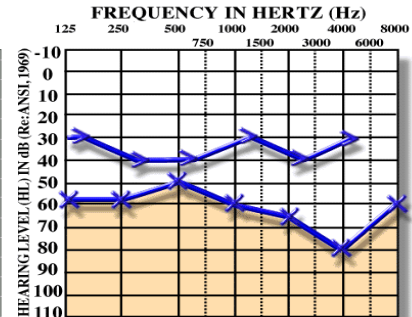
Các dạng nghe kém:



Nghe kém tiếp nhận



Nghe kém dẫn truyền



Nghe kém hỗn hợp

Phân độ nghe kém theo Hội Thanh Thính học Hoa Kỳ

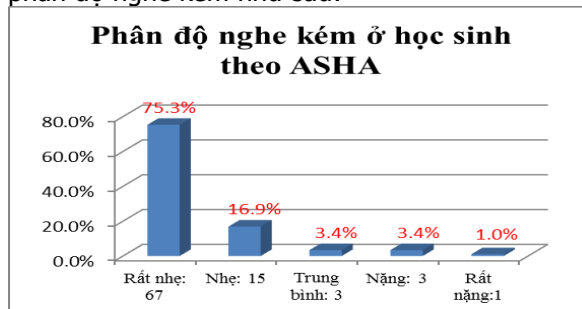
Bảng 1. Mức độ nghe kém theo ASHA

Mức độ nghe kém	Ngưỡng nghe (dB)
Nghe bình thường	- 10 - 15 dB
Nghe kém rất nhẹ	16 - 25 dB
Nghe kém nhẹ	26 - 40 dB
Nghe kém trung bình	41 - 55 dB
Nghe kém nặng	56 - 70 dB
Nghe kém rất nặng	71 - 90 dB
Nghe kém sâu (điếc đặc)	> 91 dB

Nguồn: Đặng Xuân Hùng^[2]**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

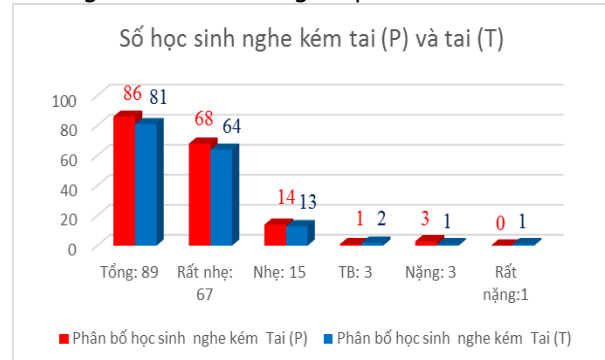
Chúng tôi nghiên cứu bao gồm: hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng, đo nhĩ lượng đồ và phản xạ cơ bàn đạp, đo thính lực đồ đơn âm trên 2029 học sinh của trường Trung học cơ sở Lương Định Của và trường Trung học cơ sở Nguyễn Thị Định trên ở Quận 2, Thành phố Hồ Chí Minh. Với lứa tuổi từ 12 đến 15 tuổi, các học sinh này được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng Tai Mũi Họng, đo nhĩ lượng đồ và phản xạ cơ bàn đạp, đo thính lực đồ đơn âm, các học sinh có nghe kém sẽ đo thêm ABR để xác định lại ngưỡng nghe và tìm các dấu hiệu gợi ý tổn thương sau ốc tai. Trong nghiên cứu này có 1028 học sinh nam với tỉ lệ 50,67% và 1001 học sinh nữ với tỉ lệ 49,33%. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam nhiều hơn nữ nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Về các đặc điểm của nghe kém, chúng tôi ghi nhận các đặc điểm sau:

- Về phân độ nghe kém, chúng tôi ghi nhận 89 học sinh có nghe kém, số học sinh này có các phân độ nghe kém như sau:

**Biểu đồ 1. Phân độ nghe kém ở học sinh theo ASHA**

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy phân độ nghe kém theo Hội Thanh Thính học Hoa Kỳ (ASHA) theo tỉ lệ như sau: Nghe kém rất nhẹ có 67 học sinh chiếm tỉ lệ 75,3%; nghe kém nhẹ có 15 học sinh chiếm tỉ lệ 16,9%; nghe kém trung bình có 3 học sinh chiếm tỉ lệ 3,4%; nghe kém nặng có 3 học sinh chiếm tỉ lệ 3,4% và nghe kém rất nặng có 1 học sinh chiếm tỉ lệ 1,0%. Như vậy phân độ nghe kém rất nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Về tai nghe kém, chúng tôi ghi nhận số học sinh nghe kém theo từng tai phân bố như sau:

**Biểu đồ 2. Số học sinh nghe kém tai (P) và tai (T)**

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy có 89 học sinh nghe kém, được phân bố như sau: nghe kém rất nhẹ: tai (P) 86 học sinh, tai (T) 81 học sinh; nghe kém nhẹ: tai (P) 14 học sinh, tai (T) 13 học sinh; nghe kém trung bình: tai (P) 1 học sinh, tai (T) có 2 học sinh; nghe kém nặng: tai (P) 3 học sinh, tai (T) có 1 học sinh. Trong đó có 1 học sinh nghe kém cả 2 tai mức độ nặng; nghe kém rất nặng: tai (P) không có, tai (T) có 1 học sinh nghe kém tai trái tới 81,7dB (em này không có tai ngoài bên trái). Như vậy tỉ lệ nghe kém giữa 2 tai có sự khác biệt giữa bên phải và bên trái. Ở các mức độ nghe kém rất nhẹ và nghe kém nhẹ thì bên phải nhiều hơn bên trái, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm χ^2 ; $p > 0,05$).

- Về cường độ nghe kém, chúng tôi ghi nhận cường độ nghe kém ở học sinh của từng bên theo ASHA, được phân bố như sau:

Bảng 2. Cường độ nghe kém ở học sinh

Bên (P)	Mức độ nghe kém	Bên (T)
20,63 ± 2,82	Rất nhẹ	19,75 ± 2,71
28,69 ± 2,19	Nhẹ	30,00 ± 3,60
43,3	Trung bình	50,00 ± 4,71
60,00 ± 2,89	Nặng	60
0	Rất nặng	81,66

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy có 89 học sinh nghe kém, đa số nghe kém rất nhẹ và nghe kém nhẹ. Chúng tôi cũng tiến hành thống kê sức nghe chung cho cả 2 tai theo ASHA cho kết quả như sau: sức nghe nhỏ nhất là 16,67dB; sức nghe lớn nhất là 59,17dB và sức nghe trung bình là 23,61 ± 7,97dB.

- Về tỉ lệ nghe kém, chúng tôi ghi nhận 89 học sinh có nghe kém trong tổng số 2029 học sinh tham gia nghiên cứu, chiếm tỉ lệ 4,39%.

- Có mối liên hệ giữa viêm tai giữa và nghe kém.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận phân độ nghe kém ở học sinh theo Hội Thanh Thính học Kỳ (ASHA). Chúng tôi ghi nhận trong 89 học sinh được chẩn đoán theo ASHA, tất cả đều thuộc dạng nghe kém tiếp nhận.

- Nghe kém tiếp nhận xảy ra khi có hiện tượng phá hủy tai trong (ốc tai) hoặc phá hủy dây thần kinh số VIII từ tai trong tới vỏ não. Theo y văn, trẻ bị nhiễm siêu vi có thể gây nghe kém tiếp nhận. Virus quai bị có thể gây điếc đột ngột một bên mức độ nặng bằng cách gây tổn thương ốc tai và thần kinh thính giác. Tuy nhiên cơ chế vẫn chưa được biết rõ tại sao chỉ nghe kém ở một tai. So sánh với tác giả Kris English (1990), nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm virus quai bị là 2%^[6]. Về nghe kém mức độ nặng, trong nghiên cứu này có 1 học sinh nghe kém cả 2 tai và 4 học sinh nghe kém 1 tai, tất cả đều nghe kém dạng tiếp nhận. Chúng tôi cũng chưa ghi nhận tiền sử nhiễm virus quai bị ở các học sinh nghe kém một bên ở các học sinh này. Có 1 học sinh (4.54%) được chẩn đoán nghe kém sau một bên dạng dẫn truyền gặp ở học sinh không có tai ngoài bẩm sinh. Theo tác giả Phạm Đoàn Tấn Tài, ở nhóm trẻ không mắc bệnh nhiễm trùng tai giữa thì hình thức nghe kém chủ yếu là nghe kém tiếp nhận do tổn thương tai trong và không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao^[5]. Trong khi đó, so sánh với nhóm nghe kém một bên do nhiễm trùng tai giữa trong mẫu nghiên cứu của tác giả thì đa số là nghe kém dẫn truyền.

- Về cường độ nghe kém, chúng tôi ghi nhận cường độ nghe kém ở học sinh thì có 89 học sinh nghe kém theo ASHA, đa số nghe kém rất nhẹ và nghe kém nhẹ. Trong nghiên cứu này thì nghe kém nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất trong khi nghiên cứu của Hà Nguyễn Anh Thư thì nghe kém sâu chiếm tỉ lệ cao nhất^[4]. Điều này cho thấy rằng nghiên cứu của Hà Nguyễn Anh Thư thực hiện ở Bệnh viện Nguyễn Tri Phương và đối tượng nghiên cứu là trẻ em đến khám bệnh vì nghe kém và chậm nói nên có nhiều trẻ bị nghe kém sâu đến khám và chẩn đoán để cấy điện ốc tai. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở trường phổ thông (không bao gồm các trường khuyết tật) nên đa số học sinh nghe kém ở mức độ nhẹ, chỉ có 1 học sinh nghe kém tai trái mức độ sâu do dị dạng không có tai ngoài. Khi tiến hành phân tích, chúng tôi cũng ghi nhận 3 học sinh bị nghe kém ở mức độ trung bình thì có 1 học sinh nghe kém tiếp nhận tai phải, học sinh này chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý gì, ngoại trừ ráy tai 2 bên đã được lấy sạch trước khi đo. Nhĩ lượng đồ 2 tai tít A, thính lực đồ dạng

phẳng, và 2 học sinh nghe kém tiếp nhận tai trái, cả 2 học sinh này chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý gì, chúng tôi ghi nhận 1 học sinh biết mình bị nghe kém cách nay 5 năm và học sinh còn lại biết mình bị nghe kém cách nay 6 năm. Nhĩ lượng đồ 2 tai tít A, thính lực đồ của 2 học sinh đều dạng giảm dần. Chúng tôi cũng liên hệ gia đình các em để tìm hiểu thêm về tiền căn bệnh lý và gợi ý các bệnh thường hay gây nghe kém nhưng chúng tôi vẫn không có thêm thông tin bệnh lý trước đây của các học sinh. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận 3 học sinh bị nghe kém ở mức độ nặng: 01 học sinh nghe kém tiếp nhận 2 tai, học sinh này chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý gì. Nhĩ lượng đồ 2 tai tít A, thính lực đồ dạng phẳng và 02 học sinh nghe kém tiếp nhận tai phải, cả 2 học sinh này chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý gì, chúng tôi ghi nhận 1 học sinh biết mình bị nghe kém cách nay 9 năm và học sinh còn lại biết mình bị nghe kém cách nay 11 năm. Nhĩ lượng đồ 2 tai tít A, thính lực đồ của 2 học sinh đều dạng phẳng. Chúng tôi tự hỏi rằng đây có phải là những trường hợp điếc đột ngột đã không được phát hiện, chẩn đoán và điều trị kịp thời?

- Về bên tai nghe kém, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nghe kém giữa 2 tai có sự khác biệt giữa bên phải và bên trái. Ở các mức độ nghe kém rất nhẹ và nghe kém nhẹ thì học sinh bị nghe kém bên phải nhiều hơn bên trái. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hà Nguyễn Anh Thư^[4]. Trong nghiên cứu này, đa số các học sinh bị nghe kém ở mức độ rất nhẹ (75,3%) và nghe kém nhẹ (16,9%), điều này nói lên hơn 90% học sinh có vấn đề nghe ở mức độ rất nhẹ hoặc nhẹ. Chúng tôi thiết nghĩ rằng cần phải có chương trình tầm soát và theo dõi sức nghe của học sinh để kịp thời can thiệp sớm nhằm cải thiện sức nghe giúp các em học tập, giao tiếp và phát triển bản thân, góp phần phát triển gia đình và xã hội.

- Về tỉ lệ nghe kém, chúng tôi tiến hành thăm khám và kiểm tra sức nghe của 2029 học sinh phổ thông cơ sở. Chúng tôi phân loại nghe kém theo ASHA thì có 89 học sinh nghe kém với tỉ lệ là 4,39% trong mẫu nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận đa số các học sinh bị nghe kém ở mức độ rất nhẹ (75,3%) và nghe kém nhẹ (16,9%), điều này nói lên hơn 90% học sinh có vấn đề nghe ở mức độ rất nhẹ hoặc nhẹ.

- Về mối liên hệ giữa viêm tai giữa và nghe kém. Chúng tôi thiết nghĩ rằng cần phải có chương trình tầm soát viêm tai giữa và theo dõi sức nghe của học sinh để kịp thời can thiệp sớm nhằm cải thiện sức nghe giúp các em giữ tốt sức nghe để học tập, giao tiếp và phát triển bản thân, góp phần phát triển gia đình và xã hội.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nghe kém theo ASHA là 4,39%, đa số các học sinh bị nghe kém ở mức độ rất nhẹ (75,3%) và nghe kém nhẹ (16,9%). Có mối liên hệ giữa viêm tai giữa và nghe kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Lao Động - Thương Binh - Xã Hội Và Unicef Bộ (2004)**, "Phân tích tình hình trẻ em khuyết tật ở Việt Nam", Nhà xuất bản Lao động - Xã hội, Hà Nội.
2. **Đặng Xuân Hùng (2010)**, *Thính học lâm sàng chẩn đoán*, Nhà xuất bản Y học TPHCM, tr. 26 - 42, 43 - 64, 167 - 175.
3. **Quỹ Dân Số Liên Hiệp Quốc-Unfpa Quỹ (2009)**, "Một số kết quả chủ yếu từ tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009", *Người khuyết tật Việt Nam*, tr. 16-17
4. **Hà Nguyễn Anh Thư (2015)**, "Khảo sát đặc điểm

nghe kém một bên ở trẻ em lứa tuổi học đường tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương và Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh", *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 85 - 86.

5. **Phạm Đoàn Tấn Tài (2017)**. Đánh giá tình trạng nghe kém và các yếu tố liên quan ở trẻ tại bệnh viện Nhi Đồng 1. *Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II*. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
6. **Kris English, Gerald Church (1999)**, "Unilateral Hearing Loss in Children: An Update for the 1990s", *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, Vol. 30, pp. 26 - 31.
7. **Timothy Haffey, Nicole Fowler and Samantha Anne (2013)**, "Evaluation of unilateral sensorineural hearing loss in the pediatric patient", *Int. Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Vol. 77 (6), pp. 955 - 958.

"Nghiên cứu được tài trợ bởi Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh (ĐHQG-HCM) trong khuôn khổ Đề tài mã số C2017-44-03".

GHÉP CHUYỂN GIÁC MẠC GIỮA HAI MẮT: GIẢI PHÁP HỮU HIỆU ĐIỀU TRỊ SẸO GIÁC MẠC MỘT MẮT

Phạm Ngọc Đông*, Phạm Thị Hải Yến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ghép giác mạc chuyển giữa hai mắt trong điều trị sẹo đục giác mạc trên bệnh nhân có mắt còn lại bị mất chức năng nhưng có giác mạc trong. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo hai trường hợp được ghép chuyển giác mạc bằng phẫu thuật ghép giác mạc xuyên tại khoa Kết giác mạc - Bệnh viện Mắt Trung ương. Thông tin được thu thập bao gồm thị lực trước ghép và sau ghép, thuốc điều trị sau ghép, tình trạng mảnh ghép, các biến chứng trong và sau mổ. **Kết quả:** Hai bệnh nhân đã được ghép chuyển giác mạc. Bệnh nhân đều có mắt trái (MT) bị sẹo đục giác mạc do chấn thương với thị lực trước ghép là ĐNT 1m, mắt phải (MP) mất chức năng nhưng vẫn còn giác mạc trong. Giác mạc MP được ghép sang mắt trái và ngược lại bằng phẫu thuật ghép giác mạc xuyên. Sau ghép, cả hai bệnh nhân đều được sử dụng corticosteroids tra mắt 4 lần/ngày trong 1 tháng đầu, sau đó giảm liều dần và ngừng sau 6 tháng. Với thời gian theo dõi lần lượt là 7 năm và 30 tháng, cả 2 mắt còn chức năng của 2 bệnh nhân có mảnh ghép trong, không gặp biến chứng nào khác. Thị lực sau ghép đối với mắt còn chức năng của bệnh nhân thứ nhất là 20/80 với kính gọng và 20/40 với kính tiếp xúc cứng, của bệnh nhân thứ 2 là 20/200. **Kết luận:** Ghép chuyển giác mạc là giải pháp thay thế cho ghép giác mạc dị thân trong những trường hợp bị sẹo đục giác mạc mà mắt còn lại

mất chức năng nhưng có giác mạc trong, không cần giác mạc hiến. Ghép chuyển giác mạc có tỷ lệ sống mảnh ghép cao và thời gian sống lâu dài do không có phản ứng thải ghép và không cần sử dụng thuốc chống thải ghép.

Từ khóa: ghép giác mạc, ghép giác mạc tự thân, ghép chuyển giác mạc

SUMMARY

CONTRALATERAL AUTOKERATOPLASTY: AN EFFECTIVE SOLUTION FOR UNILATERAL CORNEAL SCAR

Purpose: To evaluate the outcome of contralateral autokeratoplasty in the treatment of corneal opacification in patients with a healthy cornea in the fellow blind eye. **Patients and Methods:** A report of two cases who underwent contralateral autokeratoplasty in Department of Cornea and Ocular Surface diseases, Vietnam National Institute of Ophthalmology. The collected data includes preoperative visual acuity, postoperative best corrected visual acuity, postoperative topical regimens, graft clarity and complications. **Results:** A 26-year-old female and a 57-year-old male underwent contralateral autokeratoplasty. Both patients had the left eye with traumatic corneal scar, which had preoperative visual acuity of CF 1m, and the fellow blind eye with clear cornea. Both patients received corticosteroids eye drops 4 times a day for the first month and then tapered off during 6 months postoperatively. With the follow-up duration of 7 years and 30 months, the left eye of both patients had clear graft and no complication. Postoperative best-corrected visual acuity of the eye with clear graft in the first case was 20/80 with spectacles and 20/40 with rigid gas permeable contact lenses; that of the

*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Đông

Email: dong69nam@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2019

Ngày duyệt bài: 30.01.2019

second case was 20/200. **Conclusions:** Contralateral autokeratoplasty is an alternative to conventional allograft keratoplasty in patients with corneal opacification in one eye and healthy cornea in the fellow blind eye without donated cornea. Contralateral autokeratoplasty provides a high rate and long-term survival graft thank to having no graft rejection and without anti-rejection drug.

Keywords: corneal transplantation, autokeratoplasty, contralateral autologous keratoplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo đục giác mạc là một trong những nguyên nhân gây mù lòa quan trọng trên thế giới, là nguyên nhân thứ hai sau bệnh đục thể thủy tinh ở các nước đang phát triển. Hầu hết những trường hợp bị mù do sẹo đục giác mạc hiện nay có thể được phục hồi thị lực bằng ghép giác mạc [1]. Nguồn giác mạc dùng để ghép cho người bệnh là giác mạc được lấy từ người hiến. Tuy nhiên, ở rất nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam, nguồn giác mạc hiến rất hạn chế nên người bệnh phải chờ lâu mới được ghép. Hơn nữa, với ghép giác mạc dị thân, đến nay, thái ghép giác mạc vẫn là nguyên nhân quan trọng nhất gây thất bại ghép [2].

Nếu sẹo giác mạc nhỏ, có thể ghép giác mạc xoay để chuyển phần giác mạc đục ra khỏi trục quang học, đưa phần giác mạc trong vào thay thế ở vị trí trục quang học [3, 4]. Với bệnh nhân có một mắt bị sẹo đục giác mạc, mắt còn lại mất chức năng nhưng giác mạc bình thường, việc chuyển giác mạc trong suốt từ mắt mất chức năng sang mắt còn chức năng nhưng bị đục giác mạc là một giải pháp để phục hồi thị lực cho bệnh nhân. Việc ghép chuyển này vừa khắc phục được tình trạng khan hiếm giác mạc, không có thái ghép [5, 6]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo về 2 bệnh nhân được ghép chuyển giác mạc tại Bệnh viện Mắt Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu 2 bệnh nhân được ghép chuyển giác mạc tại khoa Kết Giác mạc, bệnh viện Mắt Trung ương. Bệnh nhân bị sẹo giác mạc ở một mắt, còn chức năng thị giác, mắt

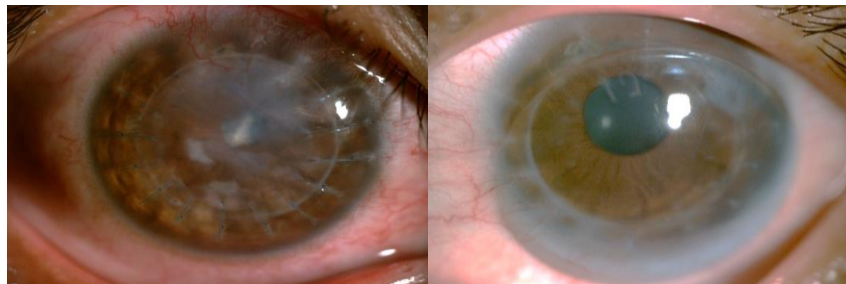
còn lại mất chức năng (không còn nhận biết được ánh sáng) nhưng giác mạc còn trong. Giác mạc của cả hai mắt được cắt bằng khoan cùng cỡ, sau đó được chuyển từ mắt này sang mắt kia. Giác mạc được khâu vào nền ghép như trong phẫu thuật ghép giác mạc xuyên. Sau mổ, bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh nhỏ mắt, corticosteroids nhỏ mắt 4 lần/ngày, nước mắt nhân tạo cho đến khi giác mạc biểu mô hóa hoàn toàn và hết viêm tiền phòng. Sau đó, bệnh nhân được dùng nước mắt nhân tạo trong 6 tháng.

Bệnh nhân được theo dõi về tình trạng biểu mô hóa giác mạc, mức độ trong của mảnh ghép của bên mắt còn chức năng, thị lực, nhãn áp, khô mắt, đục giác mạc, mật độ tế bào nội mô giác mạc.

Đạo đức nghiên cứu: BN được giải thích rõ mục đích của nghiên cứu, sẵn sàng tư vấn cho BN, thông tin kết quả khám cho BN trong quá trình nghiên cứu. BN có thể từ chối tham gia nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân 1: Bệnh nhân nữ 26 tuổi (N.T.P), nhập viện vào tháng 11/2011 với lý do hai mắt nhìn mờ. MP bị viêm màng bồ đào từ năm 9 tuổi, tái phát nhiều lần. Tại thời điểm vào viện, mắt này có giác mạc trong, đục thể thủy tinh, dính bít đồng tử, không còn nhận biết được ánh sáng. MT bị que chọc vào từ 14 năm trước, gây sẹo giác mạc trung tâm, đường kính vùng đục 6 x 8 mm, không quan sát được thể thủy tinh và dịch kính, võng mạc. Thị lực ở mức ĐNT 1m, hướng ánh sáng tốt các phía. Bệnh nhân được ghép chuyển giác mạc ngày 22/11/2011 với đường kính mảnh ghép cả hai mắt là 7,5mm. Sau ghép, giác mạc biểu mô hóa hoàn toàn, mảnh ghép MT trong. Thị lực MT khi ra viện đạt 20/160. Năm 2018, bệnh nhân này đã ghép chuyển giác mạc được 7 năm. Mảnh ghép MT trong và không cần dùng thuốc chống thải ghép. Sau ghép thể thủy tinh trong, kính võng mạc bình thường. Tuy nhiên, mắt này cận thị cao sau khi cắt chỉ khâu, thị lực không kính là ĐNT 1m, với kính gọng (-16,00D) là 20/80 và với kính tiếp xúc cứng là 20/40.



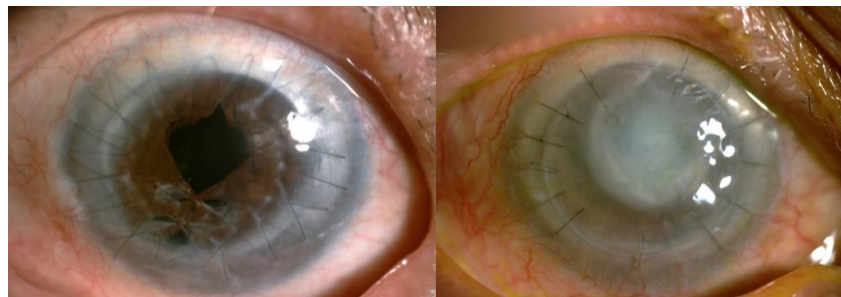
Hình 1. Giác mạc hai mắt sau mổ (N.T.P) MT: thị lực 20/40)

Bệnh nhân 2: Bệnh nhân nam 57 tuổi (P.Đ.Q.), vào viện vì MT nhìn mờ do sẹo giác mạc do chấn thương từ 30 năm trước; MP mất chức năng sau mổ bong võng mạc từ 22 năm trước, giác mạc trong (Hình 2). Trước thời điểm được ghép giác mạc 4 năm (năm 2012), MT đã được mổ lấy thể thủy tinh đục, đặt thể thủy tinh nhân tạo nhưng sau đó thị lực không cải thiện. Thị lực MT là ĐNT 1m nhưng vì sẹo ở trung tâm nên bệnh nhân phải nhìn nghiêng mới thấy

được. Do vậy, bệnh nhân rất khó khăn trong sinh hoạt và không lao động được. MP mất chức năng hoàn toàn, dịch kính tổ chức hóa, bong võng mạc cao gần toàn bộ. Bệnh nhân được ghép chuyển giác mạc (8/2016), với đường kính mảnh ghép là 8 mm. Sau ghép, mảnh ghép ở hai mắt đều biểu mô hóa tốt. Sau 30 tháng, giác mạc MT trong, không dùng thuốc chống thải ghép, thị lực không kính là 20/200.



Hình 2: Giác mạc hai mắt trước mổ (P.Đ.Q)



Hình 3: Giác mạc hai mắt sau mổ (P.Đ.Q)

Các thông tin chi tiết được trình bày trong bảng dưới đây:

Đặc điểm	Bệnh nhân 1	Bệnh nhân 2
Mắt giác mạc trong	Mất chức năng do viêm màng bồ đào, đục thể thủy tinh, dính đồng tử	Mất chức năng do bong võng mạc
Mắt giác mạc đục	Sẹo trung tâm (do que chọc vào)	Sẹo trung tâm dày (do chấn thương cũ)
Đường kính ghép	7,5 mm	8,0 mm
Thị lực mắt còn chức năng	ĐNT 1m	ĐNT 1m
Thị lực sau ghép	Kính gọng: 20/80; KTX: 20/40	20/200
Tế bào nội mô GM trước ghép	Không có thông tin	2238 tế bào/mm ²
Tế bào nội mô GM sau ghép	2099 tế bào/mm ²	Không đếm được
Khúc xạ GM sau ghép	Flat K = 46,49 D; Steep K = 47,14 D	Không đo được
Điều trị sau ghép: - Kháng sinh - Corticosteroids - Nước mắt nhân tạo	4 lần/ngày x 3 tháng 4 lần/ngày x 1 tháng, sau đó giảm liều và ngừng sau 6 tháng 4 lần/ ngày x 6 tháng	

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý giác mạc là nguyên nhân gây mù đứng thứ hai trên toàn thế giới sau đục thể thủy tinh [7]. Sẹo đục giác mạc và viêm giác mạc là chỉ định ghép giác mạc phổ biến nhất ở các nước đang phát triển. Ghép giác mạc xuyên là phẫu thuật kinh điển để điều trị sẹo đục giác mạc,

giúp phục hồi thị lực cho người bệnh [1].

Hầu hết các trường hợp ghép mạc đều sử dụng mảnh ghép từ giác mạc người hiến. Ở Việt Nam hiện nay, nguồn giác mạc hiến vẫn còn hạn chế trong khi số người bị bệnh giác mạc cần được ghép giác mạc còn nhiều. Ngoài ra, quá trình thu nhận, đánh giá, bảo quản, vận chuyển

làm cho số lượng tế bào nội mô của mảnh ghép giảm dần. Nếu khoảng thời gian này kéo dài thì tế bào nội mô mất đi nhiều, ảnh hưởng đến chất lượng mảnh ghép. Theo Simon, những mảnh ghép có thời gian bảo quản bằng hoặc nhiều hơn 7 ngày có nguy cơ thải ghép (hồi phục hoặc không hồi phục) cao hơn so với những trường hợp sử dụng mảnh ghép tươi (không qua các môi trường bảo quản) [8].

Mặc dù giác mạc là mô trong suốt, không có mạch máu nên khi ghép giác mạc dị thân đồng loại, phản ứng thải ghép ít hơn so với ghép các loại mô tạng khác nhưng vẫn xảy ra các phản ứng miễn dịch và vẫn cần sử dụng thuốc chống thải ghép. Nghiên cứu của Ono về kết quả lâu dài sau ghép giác mạc xuyên cho thấy thải ghép là nguy cơ hàng đầu gây thất bại ghép [2]. Việc sử dụng corticosteroids kéo dài để phòng thải ghép có thể gây ra các biến chứng như tăng nhãn áp, đục thể thủy tinh.

Qua hai trường hợp ghép chuyển giác mạc tự thân được thực hiện tại bệnh viện Mắt Trung ương, chúng tôi nhận thấy kết quả lâu dài sau 7 năm (N.T.P) và 30 năm (P.Đ.Q) rất khả quan. Mảnh ghép bên mắt còn chức năng vẫn trong suốt dù không dùng thuốc chống thải ghép (chỉ sử dụng corticosteroids trong 6 tháng đầu để chống viêm). Thị lực của mắt còn chức năng được cải thiện đáng kể, giúp người bệnh sinh hoạt, hòa nhập cuộc sống dễ dàng, tự tin hơn. Tuy nhiên, chúng tôi không thu thập được đầy đủ thông tin để có thể so sánh sự thay đổi mật độ tế bào nội mô trước và sau ghép.

Phẫu thuật ghép giác mạc tự thân đã được thực hiện trên thế giới từ năm 1908 và được chia thành 3 loại chính:

- Ghép chuyển giác mạc giữa hai mắt.
- Ghép chuyển giác mạc trên cùng một mắt: lấy hai mảnh giác mạc nhỏ (mini graft) trên cùng một mắt (một ở trung tâm, một ở ngoại vi) và đổi chỗ cho nhau.
- Ghép xoay giác mạc trên cùng một mắt để chuyển phần giác mạc đục ra khỏi trục quang học, đưa phần giác mạc trong vào thay thế ở vị trí trục quang học.

Hai trường hợp bệnh nhân được chúng tôi mô tả ở trên thuộc kỹ thuật ghép chuyển giác mạc giữa hai mắt. Chỉ định ghép này chỉ được áp dụng cho một số trường hợp đặc biệt: một mắt còn chức năng nhưng bị sẹo đục giác mạc, có khả năng phục hồi thị lực; mắt còn lại mất chức năng nhưng giác mạc trong. Do ít bệnh nhân đáp ứng đủ các điều kiện này nên số lượng các báo cáo trong y văn về kỹ thuật ghép này không nhiều. Theo Perez-Balbuena, cho đến năm 2017,

mới chỉ có 60 trường hợp ghép giác mạc chuyển giữa hai mắt được báo cáo trong y văn [5].

Sharma đã báo cáo kết quả ghép chuyển giác mạc trên 9 mắt từ tháng 3/2004 đến tháng 3/2010. Tất cả các mắt đều được tra prednisolone acetate 1% x 4 lần/ngày trong tháng đầu tiên sau phẫu thuật, sau đó giảm liều dần trong 6 tháng. Sau ghép 3 tháng, tất cả các mắt đều có thị lực chính kính tối ưu trên 20/60. Có 8/9 mắt vẫn duy trì được mảnh ghép trong tại lần khám cuối cùng với thời gian theo dõi từ 12-78 tháng. Nghiên cứu này cũng cho thấy số lượng tế bào nội mô giảm 31,4%; 33,2% và 34,7% sau ghép 1,6 và 12 tháng tương ứng.

Theo kết quả nghiên cứu của Perez-Balbuena trên 11 mắt được ghép chuyển từ năm 2000 đến 2015 ở Mexico với thời gian theo dõi từ 11-65 tháng, không có trường hợp nào bị thất bại ghép mà nguyên nhân do thải ghép. Có 3 mắt bị thất bại ghép đều liên quan đến góc góc đống, trong đó các mắt này đều có dính góc tiền phòng hoặc có đặt van dẫn lưu tiền phòng [5].

Các báo cáo trong y văn và qua hai trường hợp mà chúng tôi báo cáo ở trên đều nhận thấy những ưu điểm của ghép chuyển giác mạc giữa hai mắt, tránh được một số nhược điểm của ghép giác mạc dị thân, bao gồm: [5]

- Ghép chuyển giác mạc sử dụng giác mạc của bệnh nhân nên không cần đến giác mạc hiến. Điều này giúp khắc phục được tình trạng khan hiếm giác mạc hiến ở các nước đang phát triển như Việt Nam hiện nay.

- Kỹ thuật này sử dụng mảnh ghép tươi, chuyển đổi mảnh ghép giữa hai mắt ngay tại phòng mổ nên không cần phải qua khâu thu nhận, bảo quản giác mạc từ người hiến. Do đó, kỹ thuật này có thể thực hiện tại các cơ sở nhãn khoa có khả năng ghép giác mạc mà không nhất thiết phải có Ngân hàng mắt. Điều này cũng góp phần làm giảm bớt chi phí cho phẫu thuật và khối lượng công việc của Ngân hàng mắt.

- Do sử dụng mảnh ghép tự thân nên hầu như không có phản ứng miễn dịch như trong ghép giác mạc dị thân. Chính vì vậy, tỷ lệ sống mảnh ghép trong ghép chuyển giác mạc cao, do loại trừ được thất bại ghép do nguyên nhân thải ghép. Cũng chính vì không có phản ứng thải loại mảnh ghép nên các mắt này không cần sử dụng thuốc chống thải ghép kéo dài (chỉ dùng trong 6 tháng sau phẫu thuật) nên không bị các biến chứng do thuốc chống thải ghép gây ra (tăng nhãn áp, đục thể thủy tinh). Chính những yếu tố này làm cho kết quả sau ghép chuyển giác mạc (xét về khả năng sống của mảnh ghép) tốt hơn, lâu dài hơn so với ghép giác mạc dị thân.

Về sự thay đổi khúc xạ sau ghép chuyển giác mạc, chúng tôi chỉ thu nhận được thông tin về khúc xạ sau ghép trên mắt còn chức năng ở bệnh nhân thứ nhất (N.T.P). Chúng tôi nhận thấy chỉ số K dẹt và K dốc của giác mạc của mắt này sau ghép và sau khi cắt chỉ lần lượt là 46,49 D và 47,14 D (cao hơn so với bình thường). Có thể sau phẫu thuật, độ cong của giác mạc tăng lên, giác mạc bị võng hơn làm cho mắt có xu hướng bị cận thị hóa (khúc xạ khách quan là -16,00 D). Các quan điểm về kích thước của mảnh ghép trong phẫu thuật ghép chuyển giác mạc vẫn còn nhiều bàn cãi. Hầu hết các tác giả đều lựa chọn kích thước mảnh ghép giống nhau giữa cả hai bên mắt vì với kỹ thuật này đều lấy mảnh ghép và cắt giác mạc từ phía biểu mô vào (khác với kỹ thuật ghép giác mạc dị thân khoan mảnh ghép từ phía nội mô ra thường lấy mảnh ghép có đường kính lớn hơn so với diện cắt giác mạc chủ được lấy từ phía biểu mô vào). Một số nghiên cứu gần đây lại sử dụng mảnh ghép bên mắt mất chức năng có kích thước nhỏ hơn 0,25 đến 0,50 mm so với mảnh ghép ở bên mắt còn lại [5]. Tuy nhiên, về sự thay đổi khúc xạ giác mạc sau ghép chuyển, chúng tôi mới chỉ ghi nhận được trên một mắt và lý giải cho sự thay đổi này mới chỉ là giả thuyết. Để có thể đưa ra kết luận chính xác, cần tiếp tục quan sát trên những cỡ mẫu lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Ghép giác mạc tự thân (ghép chuyển giác mạc) là một giải pháp thay thế cho ghép giác mạc dị thân trong một số trường hợp đặc biệt:

một mắt còn chức năng bị sẹo đục giác mạc, một mắt mất chức năng nhưng vẫn có giác mạc trong. Kỹ thuật này có thể thực hiện tại các cơ sở nhãn khoa ghép được giác mạc mà không cần giác mạc hiến và ngân hàng mắt. Phẫu thuật ghép chuyển giác mạc có tỷ lệ sống của mảnh ghép cao và thời gian sống lâu dài do không có phản ứng thải ghép, đồng thời giảm thiểu được các biến chứng do sử dụng thuốc chống thải ghép kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Garg, P., et al., The value of corneal transplantation in reducing blindness. Eye (Lond), 2005. **19**(10): p. 1106-14.
2. Ono, T., et al., Twelve-year follow-up of penetrating keratoplasty. Jpn J Ophthalmol, 2017. **61**(2): p. 131-136.
3. Tsao, W.S. and Y.C. Lee, Ipsilateral rotational autokeratoplasty for central corneal scar: An alternative to penetrating keratoplasty. Taiwan J Ophthalmol, 2016. **6**(2): p. 89-92.
4. Murthy, S., et al., Ipsilateral rotational autokeratoplasty: an alternative to penetrating keratoplasty in nonprogressive central corneal scars. Cornea, 2001. **20**(5): p. 455-7.
5. Perez-Balbuena, A.L., et al., Contralateral Autologous Corneal Transplantation Experience in Mexico City. Cornea, 2017. **36**(1): p. 32-36.
6. Matsuda, M. and R. Manabe, The corneal endothelium following autokeratoplasty. A case report. Acta Ophthalmol (Copenh), 1988. **66**(1): p. 54-7.
7. Congdon, N.G., D.S. Friedman, and T. Lietman, Important causes of visual impairment in the world today. JAMA, 2003. **290**(15): p. 2057-60.
8. Simon, M., et al., Influence of donor storage time on corneal allograft survival. Ophthalmology, 2004. **111**(8): p. 1534-8.

HỆ THỐNG HÓA CHẤT LƯỢNG SỐNG BỆNH NHÂN BẠCH CẦU MẠN DÒNG TỤY ĐIỀU TRỊ VỚI THUỐC ỨC CHẾ TYROSINE KINASE

Nguyễn Thị Thu Cúc¹, Nguyễn Thị Thu Thủy²,
Nguyễn Thanh Bình¹, Vũ Quang Hưng³

TÓM TẮT

Thuốc ức chế tyrosine kinase (TKI), ngày nay, trở thành tiêu chuẩn vàng cho điều trị bệnh nhân ung thư

bạch cầu mạn dòng tủy (BCMDT) và có những ảnh hưởng nhất định đến chất lượng sống (CLS) của bệnh nhân do thời gian điều trị kéo dài. Nghiên cứu nhằm tổng quan hệ thống các nghiên cứu đánh giá CLS bệnh nhân BCMDT được điều trị bằng thuốc TKI nhằm có cái nhìn toàn diện về hiệu quả điều trị của thuốc. Dựa trên hướng dẫn của Cochrane, tìm kiếm và sàng lọc nghiên cứu đáp ứng các tiêu chí lựa chọn và loại trừ được thực hiện trên 2 nguồn dữ liệu (Pubmed và Scopus) với các từ khóa. Từ 385 tài liệu, 14 nghiên cứu được đưa vào tổng hợp cuối cùng. Tất cả các nghiên cứu đều sử dụng phương pháp phỏng vấn gián

¹Đại học Dược Hà Nội

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Viện Huyết học - Truyền máu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: thuynguyen@uphcm.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2019

Ngày duyệt bài: 28.2.2019

tiếp bằng các thang đo, trong đó, thang đo EORTC QLQ-C30 và SF-36 được sử dụng chủ yếu với cỡ mẫu có sự biến thiên lớn. Bệnh nhân BCMDT có điểm CLS trung bình. Việc cải thiện CLS không có mối liên quan đến đặc điểm nhân khẩu học và điểm Sokal. Tuy nhiên, nữ giới, người trung tuổi và bệnh nhân tiến triển bệnh có CLS thấp. Yếu tố ảnh hưởng lớn đến CLS là triệu chứng mệt mỏi liên quan đến các tác dụng phụ của thuốc.

Từ khóa: chất lượng sống, bạch cầu mạn dòng tủy, imatinib, nilotinib

SUMMARY

SYSTEMATIC REVIEW OF QUALITY OF LIFE OF CHRONIC MYELOID LEUKEMIE PATIENTS IN TREATMENT WITH TYROSINE KINASE INHIBITOR

At present, tyrosine kinase inhibitors (TKI) became the gold standard in treatment of chronic myeloid leukemia (CML) and have certain effects on the quality of life (QoL) due to prolonged treatment period. The study aimed to systematically review the studies evaluating QoL of CML patients who were treated with TKI in order to have a comprehensive view of its effectiveness. Based on Cochrane's guideline, screening and selecting researches that met selective and exclusive criteria were implemented on two electric databases (Pubmed and Scopus) with keywords. From 385 articles, 14 studies were summarized. All studies used the indirect interview method through questionnaires, in which, EORTC QLQ-C30 and SF-36 questionnaires were mainly applied with significantly different sample size. CML patients had an average score of QoL. QoL improvement was not related to demographic characteristics and Sokal scores. However, patients with middle-aged, female sex or advanced disease had low QoL. The major factor affecting QoL was symptoms of fatigue related to the side effects of the drug.

Key words: quality of life, chronic myeloid leukemia, imatinib, nilotinib

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, việc đánh giá hiệu quả điều trị của một liệu pháp điều trị không dừng ở khía cạnh cải thiện các chỉ số lâm sàng mà còn liên quan đến chất lượng sống (CLS) của người bệnh, nhất là bệnh nhân ung thư khi mà thời gian điều trị kéo dài và các phương pháp điều trị thường có độc tính cao. Đối với bệnh bạch cầu mạn dòng tủy (BCMDT), sự ra đời của thuốc ức chế tyrosine kinase (TKI) với thuốc điển hình là imatinib (IM) và nilotinib (NL) đã mở ra cuộc cách mạng mới trong việc điều trị và trở thành chỉ định đầu tay cho người bệnh. Mặc dù việc sử

dụng thuốc TKI với cơ chế ức chế chọn lọc giúp kéo dài thời gian sống sau 5 năm tăng gấp 2 lần và hạn chế độc tính hơn so với các liệu pháp điều trị khác, thuốc vẫn có những tác dụng phụ nhất định và gây ảnh hưởng đến CLS của người bệnh [2]. Chính vì vậy, nhiều nghiên cứu đánh giá CLS bệnh nhân BCMDT đã được tiến hành ở nhiều quốc gia. Để có cái nhìn toàn cảnh về CLS bệnh nhân BCMDT sử dụng thuốc IM hoặc NL, tổng quan hệ thống các nghiên cứu đánh giá CLS bệnh nhân BCMDT điều trị bằng thuốc IM hoặc NL được thực hiện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các nghiên cứu đánh giá CLS bệnh nhân BCMDT điều trị bằng thuốc IM hoặc NL.

Phương pháp nghiên cứu: dựa trên hướng dẫn của Cochrane, tổng quan hệ thống được thực hiện theo các bước sau đây:

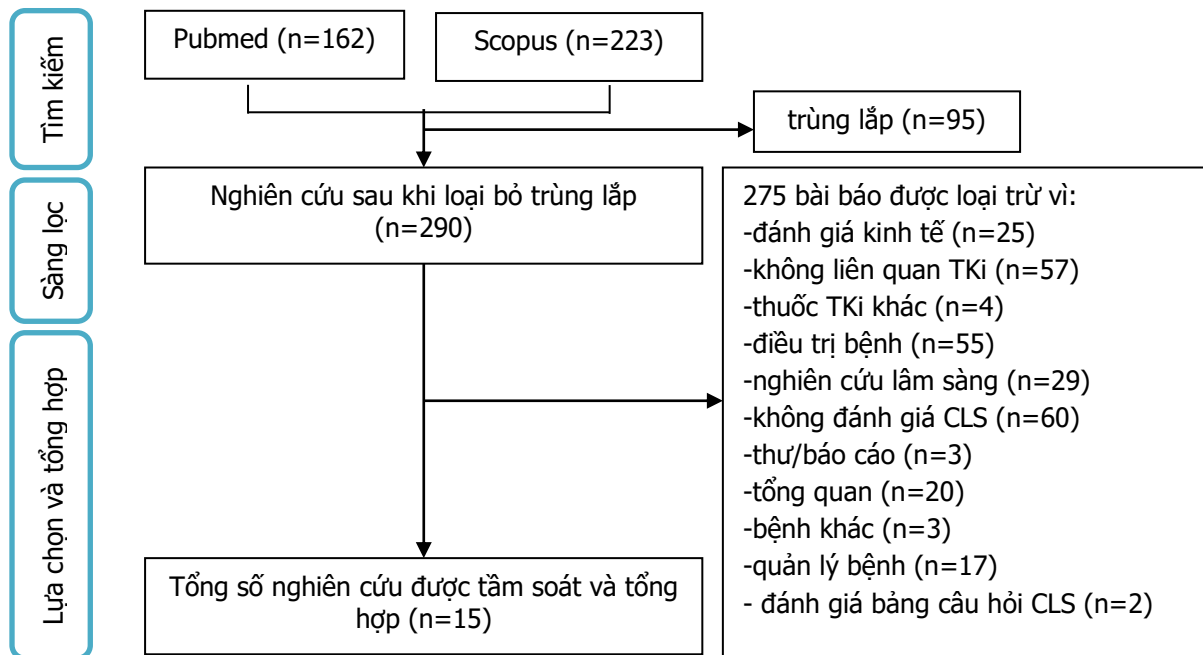
- **Tìm kiếm:** các nghiên cứu được tìm kiếm từ cơ sở dữ liệu uy tín Pubmed và Scopus dựa trên các từ khóa được xác định bằng kỹ thuật PICO kết hợp với toán tử "AND", "OR". Câu lệnh tìm kiếm được xây dựng dựa trên công cụ MeSH với từ khóa chính gồm: "Chronic Myelocytic Leukemia", "CML", "Health Related Quality Of Life", "HRQOL", "Quality of life", "Imatinib", "Nilotinib".

- **Sàng lọc và lựa chọn:** Thông qua tìm kiếm ban đầu, các nghiên cứu tìm thấy sẽ được sàng lọc dựa trên tiêu đề và bản tóm tắt và được lựa chọn theo tiêu chí: có bản đầy đủ (full-text), được viết bằng tiếng Anh, tiến hành đánh giá CLS bệnh nhân BCMDT sử dụng IM hoặc NL và được xuất bản trong vòng 10 năm từ 01/2008 đến 12/2018. Các nghiên cứu lâm sàng, tổng quan, phân tích chi phí-hiệu quả, thư gửi ban biên tập, các báo cáo của các cơ quan sẽ được loại trừ.

- **Tổng hợp:** Sau khi sàng lọc và lựa chọn nghiên cứu phù hợp, dữ liệu từ các nghiên cứu sẽ được tổng hợp độc lập vào bảng ghi nhận thông tin bởi 2 tác giả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả tổng quan hệ thống cho thấy, 385 tài liệu được nhận diện thông qua tìm kiếm ban đầu (162 nghiên cứu từ Pubmed và 223 nghiên cứu từ Scopus).

**Hình 1.** Sơ đồ lựa chọn nghiên cứu

Sau khi rà soát tài liệu qua tiêu đề và bảng tóm tắt của nghiên cứu, dựa trên tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, 15 nghiên cứu được đưa vào tổng hợp cuối cùng. Trong quá trình này, 370 nghiên cứu bị loại trừ do: trùng lặp nghiên cứu (n=95), đánh giá kinh tế (n=25), không liên quan TKi (n=57), thuốc TKi khác (n=4), điều trị

bệnh (n=55), nghiên cứu lâm sàng (n=29), thư hoặc các báo cáo (n=3), không đánh giá CLS (n=60), tổng quan (n=20), bệnh khác (n=3), quản lý bệnh (n=17) và đánh giá bảng câu hỏi CLS (n=2). Quá trình tìm kiếm và lựa chọn được trình bày trong Hình 1, kết quả tổng hợp được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm của các nghiên cứu đánh giá CLS bệnh nhân BCMĐT

STT	Tên tác giả (Năm xuất bản)	Quốc gia	Mục đích	Số BN tham gia	Công cụ đánh giá CLS
1	Aziz Z và cs (2011) [3]	Pakistan	đánh giá CLS dài hạn ở bệnh nhân BCMĐT giai đoạn mạn tính được điều trị bằng IM	90	FACT-BRM
2	Efficace F và cs (2011) [4]	Ý	so sánh HRQoL dài hạn giữa bệnh nhân BCMĐT điều trị IM với dân số chung.	448	SF-36
3	Guest JF và cs (2012) [7]	Anh	ước tính CLS liên quan đến bốn trạng thái ở giai đoạn mạn tính bệnh nhân BCMĐT	241	EQ-5D
4	Trask PC và cs (2013) [13]	Mỹ	ước tính HRQoL của bệnh nhân BCMĐT đang điều trị bước 1 (với bosutinib so với IM), bước 2 (kháng hoặc không dung nạp IM), bước 3 (kháng hoặc không dung nạp TKI thế hệ 2), giai đoạn tăng tốc và chuyển cấp	832	FACT-Leu
5	Phillips KM và cs (2013) [11]	Mỹ	so sánh bắt cặp CLS bệnh nhân BCMĐT dùng TKI với nhóm chứng (không bị ung thư)	124	SF36
6	Efficace F và cs (2013) [5]	Ý	khảo sát các yếu tố liên quan đến CLS dài hạn của bệnh nhân BCMĐT giai đoạn mạn tính điều trị với IM	422	SF36

7	Mo XD và cs (2014) [10]	Trung Quốc	so sánh HRQOL dài hạn của bệnh nhân BCMDT giai đoạn mạn tính điều trị bằng IM hoặc ghép tế bào gốc	222	SF-36
8	Hamerschlak N và cs (2014) [8]	Brazil	đánh giá CLS bệnh nhân BCMDT giai đoạn mạn tính về khả năng làm việc	663	FACIT
9	Uyanik MS và cs (2017) [16]	Turkey	sự khác biệt CLS bệnh nhân được điều trị TKI thế hệ 1 và thế hệ 2	52	EORTC QLQ-C30
10	UAYur MC và cs (2017) [14]	Turkey	CLS của bệnh nhân sử dụng IM generic, dasatinib, hoặc NL	56	EORTC QLQ-C30
11	Sacha và cs (2017) [12]	Ba lan	đánh giá CLS và tuân thủ bệnh nhân BCMDT giai đoạn mạn tính sử dụng NL	177	EORTC QLQ-C30
12	Unnikrishnan R và cs (2017) [15]	Ấn độ	Gánh nặng triệu chứng và CLS bệnh nhân BCMDT giai đoạn mạn tính điều trị dài hạn với IM	221	Bảng câu hỏi CLS II của Viện nghiên cứu ung thư Ấn Độ
13	Efficace F và cs (2018) [6]	Ý	Đánh giá HRQOL và triệu chứng mệt mỏi ở bệnh nhân BCMDT điều trị bước 1 với NL	130	EORTC QLQ-C30
14	Jain P và cs (2013) [9]	Ấn Độ	So sánh hiệu quả, an toàn và CLS bệnh nhân BCMDT điều trị bằng IM hoặc hydroxyurea	40	EORTC QLQ-C30
15	Kamusheva M và cs (2013) [1]	Bulgaria	Phân tích mối quan hệ giữa chi phí điều trị và CLS bệnh nhân BCMDT điều trị TKI	10	SF-36

Chú thích: BCMDT: bạch cầu mạn dòng tủy, CLS: chất lượng sống, cs: cộng sự, EORTC: European Organisation of Research and Treatment of Cancer - Tổ chức châu Âu về Nghiên cứu và Điều trị, FACT-BRM: Functional assessment of cancer therapy-biologic response modifiers - đánh giá điều trị ung thư về mặt đáp ứng sinh học, FACT-Leu: đánh giá điều trị ung thư về mặt bệnh bạch cầu, FACIT : là sự tổng hợp của 3 bảng câu hỏi (trial outcome index (TOI), general total score (FACT-G), and leukemia total score, (FACT-Leu)), LHRQoL - Health Related Quality of Life - chỉ số chất lượng sống liên quan đến sức khỏe, IM: imatinib, NL: nilotinib, TKI: tyrosine kinase inhibitor – chất ức chế men chuyển, SF36: short form 36.

Theo Bảng 1, trong khoảng thời gian từ 2008 đến nay, các nghiên cứu được thực hiện chủ yếu ở các nước châu Âu (8/15 nghiên cứu) và đánh giá chất lượng sống bệnh nhân BCMDT ở giai đoạn mạn tính với độ tuổi trung bình dao động từ 38 [3] đến 76.7 [14]. Tất cả các nghiên cứu đều sử dụng phương pháp gián tiếp (phỏng vấn bằng các thang đo) trong đánh giá CLS của bệnh nhân. Thang đo được sử dụng chủ yếu trong các

nghiên cứu là EORTC QLQ-C30 (5 nghiên cứu) và SF-36 (5 nghiên cứu), kể đến là FACT (3 nghiên cứu), EQ-5D (1 nghiên cứu) và 1 nghiên cứu ở Ấn Độ sử dụng thang đo tự xây dựng bởi Viện nghiên cứu ung thư của quốc gia. Về số lượng bệnh nhân, có sự chênh lệch khá lớn giữa các nghiên cứu (10 bệnh nhân trong nghiên cứu của Kamusheva M và cộng sự (2013) [1] so với 663 bệnh nhân trong nghiên cứu của Hamerschlak N và cộng sự (2014) [8]). Nhìn chung, bệnh nhân BCMDT có điểm CLS trung bình [1] [8].

So với phương pháp điều trị bằng hóa trị liệu hoặc sử dụng hydroxyurea, việc sử dụng thuốc TKI giúp tăng rõ rệt CLS cho bệnh nhân nhất là về mặt thể chất, chức năng cảm xúc và nhận thức, khả năng làm việc và rất ít tác dụng phụ [3] [8] [9]. Việc cải thiện không bị ảnh hưởng bởi tuổi tác, giới tính, tình trạng ban đầu, thu nhập hoặc điểm nguy cơ Sokal [3] [1] [9], [10] [15]. Mặc dù IM cho độc tính liên quan huyết học nhiều hơn hydroxyurea nhưng cho độc tính không liên quan huyết học thấp hơn đáng kể [9].

Trong giai đoạn mạn tính, sự cải thiện rõ nhất được thể hiện ở trạng thái đáp ứng phân tử, kể

đến là đáp ứng tế bào học và đáp ứng huyết học [7]. Bệnh nhân không điều trị có điểm CLS thấp đáng kể so với nhóm bệnh nhân được điều trị [7]. Sự khác biệt ở các trạng thái là có ý nghĩa thống kê [7]. Tuy nhiên, khi so với phương pháp ghép tế bào gốc, phương pháp điều trị ghép tế bào gốc lại cho tính ưu việt cao hơn TKi trong việc cải thiện chỉ số CLS về mặt chức năng vận động và sức khỏe tinh thần cho người bệnh, mặc dù IM giúp cải thiện độ đau tốt hơn [10].

Khi đánh giá CLS bệnh nhân BCMĐT ở giai đoạn mạn tính và được điều trị bước 1 với IM so với dân số chung cho thấy, người bệnh BCMĐT điều trị bằng TKi nói chung và IM nói riêng đều có chất lượng sống bị ảnh hưởng, phụ nữ có CLS bị ảnh hưởng nhiều hơn nam giới [4]. Chất lượng sống của bệnh nhân chịu ảnh hưởng nhiều bởi giai đoạn của bệnh hơn là cách thức sử dụng phác đồ điều trị [13] [10]. Khi xem xét về mặt độ tuổi của bệnh nhân, nghiên cứu của tác giả Efficace F và cộng sự (2011) [4] phát hiện rằng bệnh nhân BCMĐT trên 60 tuổi có CLS không khác biệt so với nhóm người cùng độ tuổi ở dân số chung. Trong khi đó, bệnh nhân ở độ tuổi 18 đến 59 cho báo cáo kết quả CLS thấp hơn đáng kể so với với nhóm dân số chung có cùng độ tuổi, đặc biệt là thể chất và tinh cảm. Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả Kamusheva M và cộng sự (2013) [1] nhận thấy có mối tương quan giữa chi phí điều trị và CLS trung bình. Trong đó, có mối tương quan thuận giữa chi phí điều trị và chức năng sinh lý, nhưng lại có mối tương quan nghịch giữa chi phí điều trị và đau đớn và tinh thần của người bệnh (sự tăng chi phí không cải thiện những chỉ số này).

Triệu chứng mệt mỏi thường gặp ở đa số người bệnh và có mối tương quan chặt chẽ đối với CLS của người bệnh [4] [5], [11]. Nghiên cứu của tác giả Efficace F và cộng sự [5] cho thấy sự mệt mỏi không phải do chính người bệnh tạo ra mà là do các triệu chứng khác mang lại, đặc biệt là đau cơ xương và chuột rút. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu Unnikrishnan R và cộng sự (2017) [15], bệnh nhân BCMĐT có sự suy giảm đáng kể CLS và sự suy giảm này chủ yếu là do gánh nặng của các triệu chứng liên quan đến tác dụng phụ của IM. Bệnh nhân BCMĐT còn có nhiều báo cáo về các tác dụng phụ khác gồm buồn nôn, tiêu chảy, ngứa, thay đổi sắc da, sưng tay hoặc chân [11]. So với IM, việc sử dụng NL cải thiện đáng kể triệu chứng này sau 3 tháng điều trị và hiệu quả được duy trì theo thời gian [6]. Đồng thời, việc sử dụng NL làm tăng sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân, đạt điểm số CLS cao,

nhất là sự cải thiện đáng kể điểm số trên phương diện về thể chất và vận động [6], [12].

Nghiên cứu đánh giá CLS bệnh nhân sử dụng IM generic cho thấy, bệnh nhân có tần suất tiêu chảy cao hơn so với bệnh nhân sử dụng IM gốc và TKi thế hệ thứ hai, điều này có thể dẫn đến ngưng thuốc nhiều hơn [16].

IV. BÀN LUẬN

Qua tổng hợp nghiên cứu cho thấy được sự phù hợp về đặc điểm dịch tễ của bệnh trong các nghiên cứu và sự quan tâm về CLS bệnh nhân ung thư nhiều hơn ở châu Âu, khi có hơn 50% nghiên cứu được thực hiện ở khu vực này với sự đánh giá chủ yếu giai đoạn mạn tính và bệnh nhân có độ tuổi trung bình dao động từ 38-76.

Hiện nay, TKi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh BCMĐT. Mặc dù bệnh nhân cho đáp ứng điều trị tốt, CLS bệnh nhân có sự ảnh hưởng nhất định, nhất là nhóm bệnh nhân nữ và bệnh nhân trẻ tuổi bị ảnh hưởng nhiều nhất. Một trong những yếu tố ảnh hưởng lớn đến CLS của bệnh nhân là sự mệt mỏi thường xuyên, mà điều này đến từ các tác dụng phụ của thuốc (đau cơ xương, chuột rút,...). Như vậy, những thay đổi nhỏ về mức độ mệt mỏi có thể làm thay đổi có ý nghĩa rất lớn CLS tổng thể [5]. Do đó, việc cải thiện mệt mỏi, kiểm soát triệu chứng cũng như tác dụng phụ của thuốc là vấn đề quan trọng và mang lại ý nghĩa lớn về mặt lâm sàng trong tất cả các khía cạnh CLS cho những bệnh nhân đang điều trị thành công với thuốc trong nhiều năm [5] [15]. So với TKi, ghép tế bào giúp cải thiện CLS tốt hơn, tuy nhiên các khó khăn gặp phải khi tìm người cho phù hợp cũng như tỉ suất bệnh và tỉ suất tử vong tương đối cao khi ghép là những rào cản lớn khi chỉ định trong lâm sàng. Khả năng làm việc là một thành phần quan trọng trong đánh giá CLS của bệnh nhân BCMĐT, do đó khả năng làm việc nên được xem xét cụ thể trong quá trình điều trị BCMĐT [8].

Kết quả các nghiên cứu có điểm tương đồng trong xác định các yếu tố liên quan đến CLS, trong đó, việc cải thiện CLS không có mối liên quan đến đặc điểm nhân khẩu học, điểm số Sokal. Tuy nhiên, khi so sánh giữa các nhóm, nữ giới, người trung tuổi và bệnh nhân tiến triển bệnh có CLS rất thấp so với nhóm còn lại. Từ đó, đề ra những chính sách hỗ trợ xã hội và sự xem xét đặc biệt phù hợp với nhóm đối tượng bệnh nhân này.

Khi IM hết hạn bảo hộ, các IM generic ra đời với chi phí thấp hơn, tuy nhiên kết quả đánh giá CLS cho thấy bệnh nhân sử dụng IM generic cho tần suất tiêu chảy thường xuyên, điều này có thể

dẫn đến tăng khả năng ngưng thuốc ở người bệnh, từ đó làm giảm hiệu quả điều trị [16]. Như vậy, việc cân nhắc giữa chi phí điều trị và hiệu quả mang lại là vấn đề cần được làm rõ trong những nghiên cứu xa hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sống tăng lên liên quan đến các phương pháp điều trị CML đã nhấn mạnh tầm quan trọng của việc hiểu rõ CLS của bệnh nhân. Chỉ số CLS bệnh nhân BCMĐT cao khi được điều trị với thuốc TKi. Tuy nhiên, triệu chứng mệt mỏi liên quan đến các tác dụng phụ của thuốc gây ảnh hưởng lớn đến CLS của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kamusheva Maria, Georgieva Svetla, Lakić Dragana, Mitov Konstantin, Savova Alexandra, Stoimenova Assena, Petrova Guenka (2013), "A health-related quality of life and pharmacotherapy costs study for patients with cystic fibrosis, gaucher disease and chronic myeloid leukemia in bulgaria", *Biotechnology & Biotechnological Equipment* 27, pp. 3896-3900.
2. Cúc Nguyễn Thị Thu Cúc Nguyễn Thị Thu Thủy, Nguyễn Thanh Bình (2017), "So sánh chi phí hiệu quả của nilotinib trong điều trị bước một bạch cầu mạn dòng tủy gốc nhìn từ các nghiên cứu công bố", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 460 (1), pp. 203-206.
3. Aziz Z., Iqbal J., Aaqib M., Akram M., Saeed A. (2011), "Assessment of quality of life with imatinib mesylate as first-line treatment in chronic phase-chronic myeloid leukemia", *Leuk Lymphoma*, 52(6), pp. 1017-23.
4. Efficace F., Baccarani M., Breccia M., Alimena G., Rosti G., Cottone F., Deliliers G. L., Barate C., Rossi A. R., Fioritoni G., Luciano L., Turri D., Martino B., Di Raimondo F., Dabusti M., Bergamaschi M., Leoni P., Simula M. P., Levato L., Ulisciani S., Veneri D., Sica S., Rambaldi A., Vignetti M., Mandelli F. (2011), "Health-related quality of life in chronic myeloid leukemia patients receiving long-term therapy with imatinib compared with the general population", *Blood*, 118(17), pp. 4554-60.
5. Efficace F., Baccarani M., Breccia M., Cottone F., Alimena G., Deliliers G. L., Barate C., Specchia G., Di Lorenzo R., Luciano L., Turri D., Martino B., Stagno F., Dabusti M., Bergamaschi M., Leoni P., Simula M. P., Levato L., Fava C., Veneri D., Sica S., Rambaldi A., Rosti G., Vignetti M., Mandelli F. (2013), "Chronic fatigue is the most important factor limiting health-related quality of life of chronic myeloid leukemia patients treated with imatinib", *Leukemia*, 27(7), pp. 1511-9.
6. Efficace F., Castagnetti F., Martino B., Breccia M. (2018), "Health-related quality of life in patients with chronic myeloid leukemia receiving first-line therapy with nilotinib", 124(10), pp. 2228-2237.
7. Guest J. F., Naik N., Sladkevicius E., Coombs J., Gray E. J. (2012), "Utility values for chronic myelogenous leukemia chronic phase health states from the general public in the United Kingdom", *Leuk Lymphoma*, 53(5), pp. 928-33.
8. Hamerschlag N., de Souza C., Cornacchioni A. L., Pasquini R., Tabak D., Spector N., Steagall M. (2014), "Quality of life of chronic myeloid leukemia patients in Brazil: ability to work as a key factor", *Support Care Cancer*, 22(8), pp. 2113-8.
9. Jain P., Das V. N., Ranjan A., Chaudhary R., Pandey K. (2013), "Comparative study for the efficacy, safety and quality of life in patients of chronic myeloid leukemia treated with Imatinib or Hydroxyurea", *J Res Pharm Pract*, 2(4), pp. 156-61.
10. Mo X. D., Jiang Q., Xu L. P., Liu D. H., Liu K. Y., Jiang B., Jiang H., Chen H., Chen Y. H., Zhang X. H., Han W., Wang Y., Huang X. J. (2014), "Health-related quality of life of patients with newly diagnosed chronic myeloid leukemia treated with allogeneic hematopoietic SCT versus imatinib", *Bone Marrow Transplant*, 49(4), pp. 576-80.
11. Phillips K. M., Pinilla-Ibarz J., Sotomayor E., Lee M. R., Jim H. S., Small B. J., Sokol L., Lancet J., Tinsley S., Sweet K., Komrokji R., Jacobsen P. B. (2013), "Quality of life outcomes in patients with chronic myeloid leukemia treated with tyrosine kinase inhibitors: a controlled comparison", *Support Care Cancer*, 21(4), pp. 1097-103.
12. Sacha T., Gora-Tybor J., Wasak-Szulkowska E., Kyrz-Krzemien S., Medras E., Becht R., Bober G., Kotowska A., Wacław J., Hellmann A. (2017), "Quality of Life and Adherence to Therapy in Patients With Chronic Myeloid Leukemia Treated With Nilotinib as a Second-Line Therapy: A Multicenter Prospective Observational Study", *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*, 17(5), pp. 283-295.
13. Trask P. C., Cella D., Powell C., Reisman A., Whiteley J., Kelly V. (2013), "Health-related quality of life in chronic myeloid leukemia", *Leuk Res*, 37(1), pp. 9-13.
14. Ugur M. C., Kutbay Y. B., Ozer Kaya O., Ceylan C. (2017), "Assessment of Quality of Life of Chronic Myeloid Leukemia Patients by Using the EORTC QLQ-C30", *Turk J Haematol*, 34(2), pp. 197-199.
15. Unnikrishnan R., Veeraiah S., Ganesan P. (2017), "Symptom Burden and Quality of Life Issues among Patients of Chronic Myeloid Leukemia on Long-term Imatinib Therapy", *Indian J Med Paediatr Oncol*, 38(2), pp. 165-168.
16. Uyanik M. S., Pamuk G. E., Maden M., Merev E., Cevik G., Uyanik V., Umit E. G., Demir A. M., Akker M. (2017), "The impact of new generic formulations of imatinib mesylate on general quality of life in chronic phase chronic myeloid leukaemia patients", *Eur J Cancer Care (Engl)*, 26(2), pp.