

PHẪU THUẬT BẢO TỒN TỬ CUNG Ở BỆNH NHÂN U XƠ TỬ CUNG: MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Mạnh Thắng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 225 bệnh nhân mắc u xơ tử cung tại bệnh viện Phụ sản Trung ương kết quả cho thấy: Các yếu tố về tuổi, số con hiện có, kích thước tử cung, vị trí nhân xơ, tình trạng phần phụ có liên quan tới phương pháp phẫu thuật bảo tồn tử cung ($p < 0,05$). Trong đó, ở bệnh nhân lớn tuổi có tỷ lệ cắt tử cung cao: 81,9% ở nhóm 40 – 49 tuổi và 95,5% ở nhóm ≥ 50 tuổi. Bệnh nhân có ≥ 2 con phần lớn được chỉ định phương pháp cắt tử cung (86,0%), nhóm chưa có con thì ưu tiên chọn phương pháp bóc u xơ. Tỷ lệ cắt tử cung đạt 74,0% trong nhóm có kích thước tương đương thai ≥ 2 tháng.

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

SUMMARY

UTERINE PRESERVATION SURGERY AMONG UTERINE FIBROSIS PATIENTS: SOME RELATED FACTORS

The study was carried out of 225 patients with uterine fibrosis at National Hospital of Obstetric and Gynecology showed that: age, number of children in patients, uterine size, position of fibrosis, appendage of uterine have related to method of uterine preservation surgery ($p < 0.05$). In which, the rate of hysterectomy among elderly patients was high: 81.9% with aged 40-49 years, 95.5% with aged 50 years or over. Patients had 2 children or over was designated hysterectomy (86.0%), patient without child was designated uterine preservation surgery. The rate of hysterectomy in group with size of uterus equivalent the size of a 2 months pregnant was 74.0%.

Keywords: Uterine fibrosis, related factor, uterine preservation surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung (UXTC) là khối u lành tính chiếm tỷ lệ cao ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ, theo Trần Thị Phương Mai UXTC chiếm 20 – 30% ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ[1]. Theo một nghiên cứu khác tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương ở phụ nữ trên 35 tuổi thì tỷ lệ UXTC chiếm 18 – 20% [2]. U xơ tử cung thường được phát hiện quanh tuổi 40[1],[3] và chỉ có 3% trường hợp u xơ ở tuổi 20[1]. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị u xơ tử cung bao gồm điều trị nội khoa (đối với u xơ nhỏ hoặc vừa, gây ra máu, không gây

biến chứng), điều trị ngoại khoa bao gồm bóc u xơ, cắt tử cung bán phần hoặc cắt tử cung toàn phần. Phẫu thuật bóc u xơ tử cung cho phép bảo tồn tử cung, giữ được chức năng sinh sản đồng thời loại bỏ được tổn thương bệnh lý và điều trị được những triệu chứng do u xơ gây ra. Vì vậy, phẫu thuật này được chỉ định cho những bệnh nhân còn trẻ, chưa có con hoặc mới có 1 con. Đồng thời việc chỉ định bóc u được hay không còn phụ thuộc vào kích thước, vị trí, số lượng u. Bên cạnh những ưu điểm, phương pháp này cũng có những biến chứng như làm giảm khả năng thụ thai dẫn đến vô sinh vì dính sau mổ. Tùy từng phương pháp mà tỷ lệ dính sau mổ là khác nhau. Mặc dù vậy, với sự phát triển của y học hiện nay phương pháp bóc u xơ tử cung có tính an toàn cao và thường được áp dụng giúp bảo tồn tử cung cho phụ nữ, đặc biệt là các phụ nữ trẻ trong độ tuổi sinh sản. Tuy nhiên, có rất ít nghiên cứu đề cập đến các yếu tố liên quan đến phẫu thuật bảo tồn tử cung ở bệnh nhân u xơ tử cung. Vì vậy, nghiên cứu này được với mục tiêu xác định một số yếu tố liên quan đến phẫu thuật bảo tồn tử cung ở bệnh nhân 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 Trung ương, năm 2014. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u xơ tử cung với kết quả mô bệnh học là u xơ tử cung.

2. Phương pháp

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu.

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức của WHO

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

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%[4] nên chúng tôi chọn: $p = 0,3$, $q = 1-p = 0,7$; $\alpha = 0,05$; ϵ : giá trị tương đối, trong nghiên cứu này lấy bằng 0,2. Thay vào công thức ta có $n = 224$. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn $n = 225$ bệnh nhân, như vậy cỡ mẫu là đủ lớn để đảm bảo độ tin cậy. Chọn mẫu ngẫu nhiên theo phương pháp chia khoảng.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Thắng

Email: bsnguyenmanhthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/12/2018

Ngày phản biện khoa học: 10/1/2019

Ngày duyệt bài: 25/2/2019

2.3. Các biến số nghiên cứu

Những đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, nghề nghiệp, địa dư, số con hiện có.

Triệu chứng lâm sàng, tiền lâm sàng: kích thước tử cung, kích thước tế bào nhân xơ, vị trí nhân xơ, tình trạng 2 phần phụ.

Phương pháp xử trí: Cắt tử cung toàn phần và bán phần, bóc u xơ.

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: Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu, chỉ sử dụng số liệu trên hồ sơ bệnh án và sổ sách lưu trữ chứ không can thiệp trực tiếp trên đối tượng 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 giữa tuổi và số con và phẫu thuật bảo tồn tử cung

Các yếu tố		Bóc u xơ		Cắt tử cung		p
		n	%	n	%	
Tuổi	20-29	7	87,5	1	12,5	<0,05
	30-39	37	80,4	9	19,6	
	40-49	23	18,1	104	81,9	
	≥50	2	4,5	42	95,5	
Số con	Chưa có	24	92,0	2	8,0	<0,05
	1 con	23	51,0	22	49,0	
	≥2 con	22	14,0	132	86,0	

Nhận xét: Kết quả bảng 1 cho thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ cắt tử cung càng tăng, có 146/156 số trường hợp cắt tử cung nằm ở độ tuổi trên 40, chỉ có 1 trường hợp cắt tử cung ở bệnh nhân dưới 30 tuổi. Tỷ lệ cắt tử cung ở những người đã có ≥ 2 con cao hơn nhiều so với chỉ định bóc u xơ (86% và 14%), chỉ có 2 trường hợp cắt tử cung khi chưa có con. Có mối liên quan giữa tuổi và số con của bệnh với chỉ định phẫu thuật bảo tồn tử cung, $p < 0,05$.

Bảng 2. Liên quan giữa kích thước tử cung và phẫu thuật bảo tồn tử cung

Kích thước tử cung	Bóc u xơ		Cắt tử cung		p
	n	%	n	%	
< 2 tháng	15	88,2	2	11,8	< 0,05
≥ 2 tháng	54	26,0	154	74,0	

Nhận xét: Tỷ lệ cắt tử cung ở những tử cung có kích thước tương đương thai ≥ 2 tháng cao hơn so với tỷ lệ bóc nhân xơ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa vị trí nhân xơ và cách thức phẫu thuật bóc u xơ

Vị trí nhân xơ	Bóc u xơ (n=69)				P
	Bóc nội soi		Bóc mổ mở		
	n	%	n	%	
Dưới niêm mạc	5	35,7	9	64,3	<0,05
Dưới thanh mạc	16	80,0	4	20,0	
Trong cơ	9	39,1	14	60,9	
Phối hợp	4	40,0	6	60,0	

Nhận xét: Tỷ lệ bóc u xơ bằng phương pháp mổ mở trong trường hợp u dưới niêm mạc, trong cơ và phối hợp là cao hơn hẳn so với tỷ lệ bóc u xơ bằng nội soi. Tuy nhiên với vị trí u ở dưới niêm mạc thì bóc bằng nội soi lại cho kết quả cao hơn so với bóc mổ mở. Sự khác biệt trong lựa chọn phẫu thuật bóc u bằng nội soi hay mổ bụng với từng vị trí nhân là có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 4. Liên quan giữa tình trạng 2 phần phụ và phẫu thuật bảo tồn tử cung

Tình trạng 2 phần phụ	Bóc u xơ		Cắt tử cung		p
	n	%	n	%	
Viêm dính hoặc có u	3	10,3	26	89,7	<0,05
Bình thường	66	33,7	130	66,3	

Nhận xét: Tỷ lệ cắt tử cung ở những bệnh nhân có phần phụ viêm dính hoặc có u cao hơn rất nhiều (26/29 trường hợp). Có mối liên quan giữa chỉ định bảo tồn tử cung hay cắt tử cung với tình trạng 2 phần phụ, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 225 bệnh nhân mắc u xơ tử cung, kết quả cho thấy, có duy nhất 1 trường hợp bệnh nhân dưới 30 tuổi phải cắt tử cung. Tuổi càng cao, tỷ lệ cắt tử cung càng tăng, ở độ tuổi 40-49 chiếm 81,9%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi (61,0%) [5] và Cao Thị Thúy Anh (63,1%) [6]. Chỉ có 2 trường hợp bệnh nhân ≥ 50 tuổi bóc u xơ để bảo tồn tử cung, cả 2 trường hợp này bệnh nhân đều chưa có đủ con. Sự khác biệt giữa tuổi bệnh nhân và cách thức phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cho thấy tuổi bệnh nhân rất có ý nghĩa trong quyết định cách thức phẫu thuật vì tuổi càng cao thì khả năng và nhu cầu có con của bệnh nhân càng giảm, do đó chỉ định cắt tử cung cũng được đưa ra một cách dễ dàng hơn.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy nhóm đối tượng đủ con có tỷ lệ cắt tử cung là 86%, cao hơn hẳn tỷ lệ bóc u ($p < 0,05$); và ở nhóm chưa có con: tỷ lệ bóc u xơ tử cung là 92%, cao hơn có ý nghĩa so với tỷ lệ cắt tử cung ($p < 0,05$). Điều này thể hiện cách thức phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào số con của bệnh nhân đã có. Đây là một yếu tố khiến các phẫu thuật viên cân nhắc khi đưa ra chỉ định để có thể mang lại lợi ích tốt nhất cho bệnh nhân cả về mặt sức khỏe cũng như khía cạnh xã hội. Một mặt giúp những bệnh nhân chưa có con vẫn có được cơ hội làm mẹ bằng cách bảo tồn tử cung. Mặt khác cũng mang lại điều trị triệt để, tránh nguy cơ tái phát u xơ ở những bệnh nhân đã có đủ con. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bảo tồn tử cung ở nhóm bệnh nhân đã đủ con ngày càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này là 14,3% (22/154 trường hợp). Thực tế, mặc dù bệnh nhân đã đủ con, và không còn nhu cầu mang thai nhưng nếu có thể vẫn nên bảo tồn tử cung cho bệnh nhân, điều này sẽ không gây thay đổi về mặt giải phẫu và biến động tâm lý, bệnh nhân sẽ tránh được bước vào giai đoạn mãn kinh sớm cùng hàng loạt nguy cơ đi kèm như loãng xương, rối loạn mỡ máu, bệnh lý tim mạch, đột quỵ...[7][8].

Những trường hợp kích thước tử cung ≥ 2 tháng có chỉ định cắt tử cung (74,0%) cao có ý nghĩa so với chỉ định bảo tồn tử cung (24,0%) ($p < 0,05$). Kết quả cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Nguyên Ngọc, Cao Thị Thúy Anh[6]. Điều này cho thấy những bệnh nhân đến khám với kích thước tử cung to, tức tình trạng khối u đã phát triển to sẽ có nguy cơ xảy ra nhiều biến chứng và sẽ không còn chỉ định bảo tồn tử cung, làm giảm đáng kể tỷ lệ chỉ định

này. Kết quả cho thấy có sự liên quan giữa vị trí nhân xơ đến lựa chọn chỉ định bóc u bằng nội soi hay mổ mở, $p < 0,05$. Khi nhân xơ ở vị trí trong cơ, dưới niêm mạc hoặc phôi hợp, phẫu thuật bóc u qua nội soi sẽ khó khăn vì nguy cơ chảy máu, phạm vào buồng tử cung cao, ảnh hưởng đến chất lượng kết quả phẫu thuật. Còn với những trường hợp u dưới thanh mạc, là vị trí xa niêm mạc tử cung nhất, phẫu thuật bóc u qua nội soi được tiến hành dễ dàng, nhanh chóng, vì vậy được ưu tiên hơn. Ở nhóm bệnh nhân có phần phụ viêm dính hoặc có u kèm theo tăng nguy cơ bị cắt tử cung (89,7%) cao hơn so với nhóm phần phụ bình thường (66,3%) ($p < 0,05$). Tỷ lệ cũng tương đồng so với nghiên cứu của Cao Thị Thúy Anh [6]. Khi phần phụ bị viêm dính hoặc có u kèm theo, phẫu thuật bóc u sẽ khó khăn hơn rất nhiều vì nguy cơ chảy máu và tổn thương cơ quan xung quanh.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố về tuổi, số con hiện có, kích thước tử cung, vị trí nhân xơ, tình trạng phần phụ có liên quan tới phương pháp phẫu thuật bảo tồn tử cung ($p < 0,05$). Trong đó độ tuổi càng cao thì có tỷ lệ cắt tử cung càng tăng. Bệnh nhân có ≥ 2 con phần lớn chọn phương pháp cắt tử cung (86,0%), nhóm chưa có con thì ưu tiên chọn phương pháp bóc u xơ. Tỷ lệ cắt tử cung đạt 74,0% trong nhóm có kích thước tương đương thai ≥ 2 tháng. Có trên 60% số bệnh nhân được chỉ định bóc u mổ mở trong trường hợp vị trí u ở dưới niêm mạc, trong cơ và phôi hợp, có 80% trường hợp lại được chỉ định bóc nội soi với u ở vị trí dưới thanh mạc. Có 26/29 trường hợp (89%) có phần phụ viêm dính hoặc có u được chỉ định cắt tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Phương Loan (2005), *Nghiên cứu tình hình xử trí u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương năm 2004*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
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. Lúcia Flávia da Silva Barbosa (2012), "Epidemiological factors associated with Uterine Fibroids", *Universidade da Beira Interior*.
4. 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.
5. Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2005), *"Đánh giá bước đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bóc nhân xơ tử cung"*, Nội sản sản phụ khoa 2005, tr. 115-121.
6. Cao Thị Thúy 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. **Cynthia M Farquhar, Lynn Sadler và Sally A Harvey và các cộng sự (2005)**, "The association of hysterectomy and menopause: a prospective cohort study", *BJOG: An International*

Journal of Obstetrics & Gynaecology, 112(7), tr. 956-962.

8. **Erik Ingelsson, Cecilia Lundholm và Anna LV Johansson và các cộng sự (2011)**, "Hysterectomy and risk of cardiovascular disease: a population-based cohort study", *European heart journal*, 32(6), tr. 745-750.

BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG KỸ THUẬT ONCOPLASTIC TRONG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi tiến hành khảo sát này nhằm đem lại một cách nhìn tổng quan về một phẫu thuật mới trong ung thư vú giai đoạn sớm cũng như kết quả hậu phẫu của phẫu thuật tạo hình trong ung thư vú (OPS) tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Phương pháp:** Từ 8/2017- 8/2018 chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cho 12 trường hợp Ung thư vú giai đoạn sớm bằng kỹ thuật OPS. Tất cả các bệnh nhân được đánh giá kỹ bằng lâm sàng, cận lâm sàng và lựa chọn bệnh nhân phù hợp đúng chỉ định của phẫu thuật bảo tồn. Các bệnh nhân được theo dõi tiền cứu, được lưu lại thông tin và hình ảnh trước và sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tất cả các bệnh nhân đều là ung thư vú giai đoạn sớm, Độ tuổi từ 39- 62. Các bệnh nhân được làm sinh thiết hạch cửa, sau đó phẫu thuật bảo tồn. Không có bệnh nhân nào có di căn hạch cửa. Có 50% số bệnh nhân đạt kết quả đẹp, 43% đạt kết quả tốt, 1 trường hợp trung bình theo thang điểm Lowry – Carson. Có 2 Bệnh nhân giảm cảm da vùng núm vú. Không có bệnh nhân có biến chứng thiếu dưỡng hay nhiễm khuẩn vết mổ. **Kết Luận:** OPS kỹ thuật mới, tiên tiến, áp dụng khả thi và có hiệu quả cho bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm tại bệnh viện ung bướu nghệ an.

Từ khóa: Phẫu thuật tạo hình trong ung thư vú.

SUMMARY

CASE SERIES OF USING ONCOPLASTIC SURGERY IN TREATMENT OF EARLY STAGE BREAST CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Purpose: We conducted this study to bring an overview of a new surgery technique for early stage breast cancer, as well as postoperative results of oncoplastic surgery (OPS) in breast cancer at Nghe An Oncology Hospital. **Methods:** We performed OPS for 12 patients with early stage breast cancer from 8/2017 to 8/2018. All patients were thoroughly evaluated using clinical and laboratory examinations,

and suitably selected according to the indications of breast-conserving surgery. The patients were prospectively followed, pre- and post-operative information and images were collected. **Results:** All patients were in the early stage of breast cancer, with the age ranging from 39 to 62. The patients had sentinel node biopsy, and then breast-conserving surgery. No patients had sentinel node metastasis. The results were excellent in 50%, good in 43% and moderate in 1 case according to Lowry – Carson Score. Two patients had nipple hypoesthesia. No patients had tissue hypoperfusion or wound infection. **Conclusion:** OPS is a new, innovative, applicable and effective procedure for patients with early stage breast cancer at Nghe An Oncology Hospital.

Keywords: Breast oncoplastic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú được điều trị bao gồm nhiều mô thức: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, nội tiết và điều trị đích. Trong đó điều trị phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, đặc biệt đối với các trường hợp giai đoạn sớm. Bắt đầu từ phẫu thuật Halsted (1894). Sau đó Patey đưa ra phương pháp phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ cải biên và nạo vét hạch nách. Tiếp đó là sự phát triển của phẫu thuật bảo tồn đã đem lại giá trị thẩm mỹ cho bệnh nhân tránh sự mặc cảm về khiếm khuyết hình thể của mình. Tuy vậy phẫu thuật bảo tồn được triển khai người ta chú trọng đến việc kiểm soát tại chỗ nên việc cắt rộng tại chỗ là rất phổ biến, hậu quả để lại là tuyến vú còn lại sau phẫu thuật bị biến dạng nhiều do thiếu hụt nhu mô vú, da vú hay biến dạng quầng núm vú [1].

Khái niệm phẫu thuật tạo hình trong ung thư vú (Oncoplastic Surgery – OPS) được đưa ra không phải chỉ dừng lại ở các kỹ thuật ngoại khoa đơn thuần mà ở mức cao hơn, nó đáp ứng được các yêu cầu vừa mang lại chất lượng điều trị vừa chất lượng sống cho bệnh nhân ung thư vú. Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ có xu hướng bảo tồn, giữ lại tối đa mô lành để có thể đem lại hiệu quả thẩm mỹ cao nhất.

*Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: thaibatapchimtud@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/1/2019

Ngày phản biện khoa học: 15/2/2019

Ngày duyệt bài: 1/3/2019

Ngày nay OPS được xem như là một tiêu chuẩn mới trong điều trị ung thư vú, nó bao gồm các kỹ thuật hợp lý phẫu thuật ung thư vú áp dụng cho các tình huống lâm sàng khác nhau nhằm đảm bảo diện cắt sạch kết hợp với việc tân dụng tốt nhất các kỹ thuật tạo hình để đạt được hiệu quả thẩm mỹ cao nhất và giảm thiểu các biến chứng. Kết quả phẫu thuật mang lại giá trị thẩm mỹ cao mà không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh sau mổ cũng như tỷ lệ tái phát tại chỗ và đặc biệt không ảnh hưởng đến khả năng sống thêm sau mổ của bệnh nhân [2].

Theo chúng tôi thì ở Việt Nam hiện nay có rất ít các báo cáo về việc áp dụng các kỹ thuật OPS trong phẫu thuật ung thư vú. Vì vậy chúng tôi thực hiện khảo sát này nhằm tổng kết loạt ca và đưa ra cái nhìn tổng quan nhất về kỹ thuật OPS đang được thực hiện tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh là carcinoma tuyến vú bằng sinh thiết kim lõi trước mổ.

2.2. Phương pháp:

- Xếp giai đoạn trước mổ từ giai đoạn 0- IIa.
- Làm đầy đủ xét nghiệm trước mổ, chụp CLVT 64 dây để xác định chắc chắn kích thước u, vị trí u, xâm lấn u và số lượng 01 u.
- Tư vấn kỹ về phương pháp phẫu thuật. Đo đạc và vẽ hình trước mổ.
- Sinh thiết hạch cửa bằng chất chỉ thị màu và đồng vị phóng xạ Tc99m với đầu dò Gamma probe trước khi cắt u.
- Thực hiện phẫu thuật với kỹ thuật oncoplastic. Theo dõi và đánh giá kết quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Từ 8/2017- 8/2018, chúng tôi đã tiến hành trên 12 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn và thu được các kết quả.

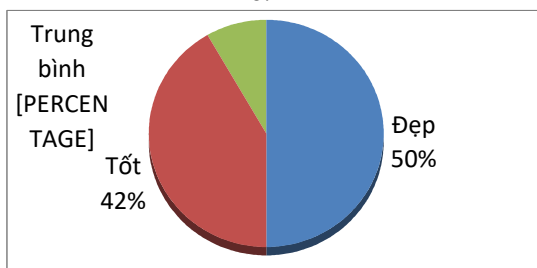
Bảng 1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình (n= 12)	43,5	
Kích thước u trung bình	1,6cm	
Giai đoạn sau mổ	0	1
	I	5
	IIa	6
	IIb	0
Grade mô học	Tai chỗ	1
	Độ 1	1
	Độ 2	10

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật theo từng bệnh nhân

Vị trí u ¼ vú	KT u (cm)	PP	Điểm TM	KQ
trên trong	2,3	Rotation flap	7	Đẹp
Trên ngoài	1,5	Vợt tennis	7,5	Đẹp
Dưới trong	3	tạo hình chữ V	6	TỐT
Trên trong	1,7	Rotation flap	6,5	Tốt
Trên trong	1,5	Batwing	5,5	Trung bình
Trên ngoài	2,4	Vợt	7	Đẹp
Dưới trong	2	Tạo hình chữ V	6,7	Tốt
Dưới ngoài	1,5	Tạo hình chữ J	6,5	Tốt
Trên ngoài	2	Vợt Tennis	7,5	Đẹp
Dưới ngoài+ phì đại	2,5	wise type (đảo ngược T)	8	Đẹp
Trên trong	2,2	Rotation flap	6,7	Tốt
Trên+ phì đại	2	wise type (đảo ngược T)	8	Đẹp

Đánh giá kết quả thẩm mỹ:



Biểu đồ 1. Kết quả thẩm mỹ

Bảng 3. Đánh giá diện cắt

Diện cắt	N	%
Đảm bảo > 2cm	9	75

Đảm bảo < 2cm	3	25
Còn tế bào U	0	0
Tổng	12	100

Bảng 4. Biến chứng

Biến chứng	Số lượng	%
Nhiễm trùng	0	0
Tự dịch vết mổ	2	16,6
Nhiễm trùng	0	0
Thiếu dưỡng vật	0	0
Hoại tử núm	0	0
Giảm cảm giác da núm	2	16,6

MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HỌA

1. Phương pháp Rotation flap (U vị trí ¼ trên trong)(3 bn)



Trước PT Ngày thứ 7 sau PT
BN Phan Thị Đ. 62T

2. Kỹ thuật wise type (đảo ngược T)+ thu gọn



Trước PT Ngày thứ 7 sau PT Sau PT 2 tháng
BN Phạm Thị Q. 47T

1. Kỹ thuật tạo hình vệt tennis



2. Kỹ thuật hình chữ V



Trước PT Trong PT



Sau PT 3 ngày Sau PT 7 ngày
BN Trần Thị B. 67T

3. Kỹ thuật tạo hình Hemibatwing



Trước PT Sau PT 7 ngày
BN Trần Thị L. 47T

IV. BÀN LUẬN

Có thể nói các kỹ thuật tạo hình vú nhằm làm giảm các biến dạng sau phẫu thuật bảo tồn đã xuất hiện khá lâu và khá đa dạng trước khi được đăng tải trên y văn. Vào thời kỳ ban đầu khi phẫu thuật bảo tồn được triển khai người ta chú trọng đến việc kiểm soát tại chỗ nên việc cắt rộng tại chỗ là rất phổ biến, hậu quả để lại là tuyến vú còn lại sau phẫu thuật bị biến dạng nhiều do thiếu hụt nhu mô vú, da vú hay biến dạng quầng tím vú. Bên cạnh đó kỹ thuật xạ trị chưa được tinh tế như ngày nay nên kết quả về mặt thẩm mỹ của điều trị bảo tồn ung thư vú là rất nghèo nàn. Thực tế này là cơ sở để các phẫu thuật viên sử dụng các kỹ thuật tạo hình để khắc phục [2].

Sự phát triển của OPS không phải chỉ dừng lại ở các kỹ thuật ngoại khoa đơn thuần mà ở mức cao hơn, nó đáp ứng được các yêu cầu tương chừng như đối lập nhau để mang lại chất lượng điều trị, chất lượng sống cho bệnh nhân ung thư vú, đó là về ung thư học có xu hướng cắt rộng rãi để đảm bảo tính triệt căn để điều trị còn về phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ có xu hướng bảo tồn, giữ lại tối đa mô lành để có thể đem lại hiệu quả thẩm mỹ cao nhất.

Trong khảo sát trên của chúng tôi có đến 50% số bệnh nhân đạt được kết quả đẹp về mặt thẩm mỹ, 43% số bệnh nhân đạt được kết quả tốt, cao hơn so với kết quả đạt được của tác giả Bùi Ngọc Nam và Lê Minh Quang khi tái tạo vú bằng vật da cơ với kết quả lần lượt là 32,3% và 51,4%. Điều này có thể nói rằng với việc vận dụng OPS sẽ dễ đạt được về kết quả thẩm mỹ hơn nhưng rõ ràng việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp chỉ định là khó khăn hơn. Ngày nay với xu thế áp dụng hóa trị tân bổ trợ đối với bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm thì nhóm đối tượng bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật OPS đã được nới rộng hơn. Lựa chọn bệnh nhân phù hợp và lập kế hoạch cẩn thận là hai điều kiện tiên quyết cần thiết trước khi tiến hành phẫu thuật ung thư vú. Mục đích của phẫu thuật Oncoplastic là sự cắt bỏ rộng rãi của ung thư ở tại chỗ cùng với việc tái tạo lại phần khuyết tật để đạt được một kết quả tốt đẹp [4].

Lập kế hoạch và lựa chọn đường rạch da. Lựa chọn bệnh nhân phù hợp và lập kế hoạch cẩn thận là hai điều kiện tiên quyết cần thiết trước khi thực hiện phẫu thuật OT không thể chấp nhận. Kết quả thẩm mỹ không tốt sau khi phẫu thuật bảo tồn vú xảy ra do sự kết hợp của các yếu tố như vết rạch được đặt sai, kỹ thuật phẫu thuật kém dẫn đến sai sót về tuyến vú cục bộ và vết sẹo. Sự lựa chọn vết rạch là rất quan trọng [3].

Về diện cắt trong phẫu thuật OPS vú: Tình

trạng diện cắt được định nghĩa nhờ quan sát kính hiển vi đánh giá khoảng cách giữa tế bào ung thư và mực đánh dấu mẫu vật cắt bỏ. Trên thực tiễn lâm sàng ở nước ta các phẫu thuật viên xác định vị trí giường u: dựa vào khám lâm sàng, siêu âm, chụp vú hay định vị bằng kim dây. Lấy rộng u cách 2cm về các phía trên, dưới, trong, ngoài. Mặt trước lấy da trên u và mặt sau đến cơ ngực lớn. Diện cắt được lấy để làm giải phẫu bệnh tức thì. Nếu diện cắt dương tính hoặc tiếp cận sẽ được tiến hành phẫu thuật cắt bỏ thêm đến khi diện cắt âm tính[1]

Đối với phẫu thuật bảo tồn truyền thống không có áp dụng kỹ thuật OPS thì việc để đảm bảo một diện cắt trên 2cm là khó khăn vì phải lấy bỏ một thể tích mô vú khá lớn dẫn đến biến dạng vú. Vì vậy nhiều nghiên cứu tỉ lệ còn tế bào u ở diện cắt là khá cao. Tỉ lệ này của tác giả Nguyễn Minh Khánh là 11,1%. Theo Rosen và CS nghiên cứu trên bệnh phẩm cắt một phần tuyến vú còn tổ chức ung thư ở 56% số trường hợp. Đối với phẫu thuật bảo tồn có ứng dụng kỹ thuật OPS thì nhược điểm này được khắc phục gần như triệt để, chúng tôi khảo sát thấy rằng trong 12 trường hợp không có trường hợp nào còn tế bào u ở diện cắt. Điều này có được là nhờ kỹ thuật OPS mà phẫu thuật viên có thể tự tin lấy đi một thể tích mô vú khá lớn mà không sợ bị biến dạng vú khi đã có sự tính toán kỹ lưỡng.[5]

Về các biến chứng: so với phẫu thuật đoạn nhũ tái tạo vú thì tỷ lệ tai biến của kỹ thuật OPS có tỷ lệ tai biến thấp hơn hẳn, đặc biệt là các tai biến về thiếu dưỡng, hoại tử vật da hầu như không gặp bởi sự nuôi dưỡng mạch máu là rất tốt. Tỷ lệ này trong phẫu thuật tái tạo vú thường

ở mức 39-49%, tuy nhiên ở phẫu thuật OPS thì chỉ gặp các tai biến về thần kinh cảm giác da vùng mổ, biến chứng hay gặp đó là giảm cảm giác da núm vú. Tuy nhiên biến chứng này là không nghiêm trọng và không ảnh hưởng đến kết quả của cuộc phẫu thuật nên bệnh nhân hoàn toàn chấp nhận được.[3]

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật OPS trong ung thư vú là an toàn, so với phẫu thuật bảo tồn thông thường thì nó có nhiều ưu điểm vượt trội đặc biệt là về mặt thẩm mỹ và khả năng cắt rộng mô vú có u và ít để lại các biến chứng so với các phẫu thuật tái tạo sau đoạn nhũ. Phẫu thuật được triển khai khả thi với điều kiện hiện tại của bệnh viện.

Để đánh giá thêm về tỷ lệ tái phát và tiên lượng, chúng tôi sẽ tiến hành nghiên cứu trên một số lượng bệnh nhân lớn hơn với thời gian theo dõi dài hơn, giúp đánh giá kết quả điều trị chính xác hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức và Cộng sự (2007).** Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư. Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 325-333.
2. **Lê Hồng Quang (2017).** Kỹ Thuật Oncoplastic trong phẫu thuật ung thư vú. *Tạp chí hội nghị ung thư Việt- Pháp*, 195-207.
3. **P. S. F. Florian (2016).** Oncoplastic Breast Surgery, A Guide to Clinical Practice. 103- 109.
4. **Bùi Ngọc Nam (2016).** Đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn núm vú- tái tạo vú một thì bằng vật da cơ thangka bụng trong ung thư vú giai đoạn sớm. *Tạp chí ung thư học Việt Nam số 2, 2017*, 185-189.
5. **Nguyễn Minh Khánh (2004).** *Đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú nứ giai đoạn I-II tại bệnh viện K,*

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ BIẾN ĐỔI ĐIỆN TÂM ĐỒ Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN ĐOÀN 4

Trần Thanh Vân¹, Trương Đình Cẩm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến đổi điện tâm đồ ở bệnh nhân sốt xuất huyết dengue (SXHD) người lớn tại Bệnh viện Quân

*Bệnh viện Quân đoàn 4,

**Bệnh viện Quân y 175.

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Cẩm

Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/12/2018

Ngày phản biện khoa học: 15/1/2019

Ngày duyệt bài: 1/3/2019

đoàn 4. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên 217 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng sốt xuất huyết Dengue nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân đoàn 4 năm 2017. **Kết quả:** Trong 217 bệnh nhân có 66,4% bệnh nhân SXHD có dấu hiệu cảnh báo, 33,6% bệnh nhân ở mức độ SXHD, không có trường hợp nào SXHD nặng. Số ngày sốt trung bình $5,03 \pm 1,26$ ngày. Tình trạng xuất huyết gặp đa dạng, chủ yếu xuất huyết dưới da (91,2%), xuất huyết niêm mạc (35%), xuất huyết nội tạng (15,2%). Tiểu cầu giảm ($<100\text{G/L}$) gặp ở 44 BN (20,3%). Bất thường điện tâm đồ tại hai thời điểm gặp 45,6% và 35,9% ($p < 0,05$). Các bất thường điện tâm đồ gặp với tỷ lệ: Rối loạn

nhịp chậm 0,9 - 1,8%, nhịp nhanh 24- 2,3%, nhịp bộ nổi 0,5- 1,4%, ngoại tâm thu 2,3- 0,9%, block nhánh (P) 3,7- 4,1%, block A-V độ I 0- 1,4%, điện thế thấp đạo trình ngoại vi 5,5- 3,2%. Biến đổi ST chủ yếu chênh xuống 11,1% và chênh lên 2,8%. Sóng T âm 11,1%. Sóng U cao 9,2%. **Kết luận:** Bệnh nhân SXHD có 45,6% biểu hiện biến đổi điện tâm đồ tại thời điểm 1, và giảm có ý nghĩa tại thời điểm 2 còn 35,9%. Các bất thường đa dạng gồm cả rối loạn nhịp, rối loạn dẫn truyền và biến đổi sóng điện tim.

Từ khóa: Sốt xuất huyết dengue, điện tâm đồ.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND ELECTROCARDIOGRAPHIC CHANGES IN ADULT DENGUE HEMORRHAGIC FEVER PATIENTS AT CORPS HOSPITAL 4

Aims: Understand the clinical, subclinical, and electrocardiographic characteristics of patients with dengue hemorrhagic fever in the 4 Military Hospital.

Subjects and Methods: Study of 217 patients diagnosed with dengue hemorrhagic hospitalization at the 4 Military Hospital. **Results:** There were 66.4% of patients with warning signs, 33.6% of patients with DHF levels, no cases of severe dengue hemorrhage in 217 patients. The average days were 5.03 ± 1.26 days. The hemorrhage occurred manifold, mainly in the subcutaneous blood (91.2%), mucosal blood (35%), internal hemorrhage (15.2%). Platelet reduction (<100 G/L) was seen in 44 patients (20.3%). The ECG abnormalities with 2 time was 45.6% and 35.9% ($p < 0.05$). Electrocardiographic abnormalities occurred at the rate of 0.9 - 1.8% with slow pacing, 24- 2.3% with fastening, 0.5- 1.4% with junctional beat, extrasystole was 2.3- 0.9%, branch block (P) was 3.7- 4.1%, first degree A-V block was 0- 1.4%, peripheral low voltage was 5.5- 3.2%. ST conversions was 11.1% with ST down and 2.8% ST up. Negative T was 11.1%. High U wave was 9.2%. **Conclusions:** Dengue hemorrhagic fever patients had 45.6% with ECG changes at time 1, and significant decrease at time 2 was 35.9%. Diverse abnormalities include arrhythmias, conduction disturbances, and electrocardiographic wave changes.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, electrocardiographic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây ra. Dịch SXHD ảnh hưởng lên đời sống kinh tế hết sức nặng nề: Trong vụ dịch năm 1981 tại Cuba theo thống kê nhà nước đã phải chi 41 triệu đô la cho điều trị và 43 triệu đô la cho khâu phòng dập dịch [5]. Tình hình nhiễm SXHD ở Việt Nam không ổn định, lưu hành bệnh quanh năm và dịch thường xảy ra theo chu kỳ 3-5 năm một lần. Năm 2012 thống kê tình hình dịch SXHD giai đoạn 2009-2011 thấy rằng: trung bình hằng năm có 103.319 ca SXHD với 85 ca tử vong; chỉ riêng năm 2010 số ca SXHD là 128.710 với 113 ca tử

vong; tập trung chủ yếu phía nam chiếm 68,6% diễn ra chủ yếu mùa mưa từ tháng 6- tháng 11. Việt Nam đã thành công trong kiểm soát tỷ lệ tử vong nhưng vẫn chưa đạt trong kiểm soát để giảm tỷ lệ mắc bệnh sốt xuất huyết Dengue [3]. Bệnh nhân SXHD tử vong do các biến chứng nặng như: Sốc Dengue nặng, xuất huyết nặng, suy đa tạng và SXH thể não. Các biến chứng này chủ yếu xảy ra trong giai đoạn nguy hiểm hoặc giai đoạn hồi phục. Qua thực tế lâm sàng, nhiều tác giả nhận thấy có trường hợp bệnh diễn biến nặng ngay từ rất sớm đe dọa tính mạng bệnh nhân nếu không phát hiện sớm điều trị kịp thời, trong số đó chủ yếu là rối loạn tim mạch như: viêm cơ tim cấp do virus Dengue, các rối loạn nhịp tim nguy kịch.

Trong nước, cho đến hiện nay chưa có nhiều báo cáo đề cập tới biến đổi tim mạch, đặc biệt trên hình ảnh điện tâm đồ ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue. Do đó, nghiên cứu này tiến hành nhằm mục tiêu: *Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến đổi điện tâm đồ ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue người lớn tại Bệnh viện Quân đoàn 4.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 217 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng SXHD nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân đoàn 4 năm 2017.

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

- Bệnh nhân ≥ 16 tuổi được chẩn đoán SXHD theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của WHO-2009 và Bộ Y tế năm 2011 [1].

- Xét nghiệm kháng nguyên NS1Ag dương tính.

- Có đủ các xét nghiệm: công thức máu, ure, creatinin, SGOT, SGPT, điện giải đồ vào 2 thời điểm: pha sốt (pha cấp) và pha nguy hiểm của bệnh.

- Có 2 bản điện tâm đồ 12 chuyển đạo vào 2 thời điểm: ngày đầu nhập viện và sau 3 ngày nằm điều trị.

**Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh lý tim mạch: Tăng huyết áp, suy tim, nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim, rối loạn nhịp, can thiệp tim mạch.

- Viêm gan, xơ gan, suy thận, hội chứng thận hư, bệnh lý ác tính, bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu trước đó.

- Sử dụng thuốc gây ảnh hưởng lên gan, đông chảy máu, điện tâm đồ.

- Không đủ xét nghiệm hoặc bản ghi điện tâm đồ nhiễu khó phân tích.

- Bệnh nhân không đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang so sánh theo thời gian.

- Nội dung nghiên cứu: Tiến hành thu thập các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng với biến số nghiên cứu theo một mẫu bệnh án nghiên cứu riêng. Tất cả các bệnh nhân được làm điện tâm đồ tại hai thời điểm ngày đầu nhập viện và sau 3 ngày nằm điều trị. Tiến hành so sánh để rút ra những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tiến triển theo quy luật của bệnh và sự biến đổi hình ảnh điện tâm đồ trên bệnh nhân SXHD.

- Chẩn đoán bệnh, giai đoạn, phân độ theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị mới của WHO 2009 và Bộ Y tế Việt Nam 2011[1].

- Biến đổi điện tâm đồ được xác định dựa theo sách hướng dẫn đọc điện tâm đồ (2004)

của giáo sư Trần Đỗ Trinh.

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Biến định lượng trình bày dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn hoặc trình bày dưới dạng giá trị trung vị và tứ phân vị nếu phân phối không chuẩn. Biến định tính trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%).

- Dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher's exact để so sánh tỷ lệ của một biến số định tính giữa hai nhóm khác nhau.

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới, mức độ bệnh

Chỉ tiêu		Cao nhất	Thấp nhất	Trung bình	p
Tuổi	Nam	65	16	27,5 ± 5,5	>0,05
	Nữ	76	16	31 ± 7	
Giới	Nam	104			>0,05
	Nữ	113			
Mức độ bệnh	SXHD	73 (34%)			<0,05
	SXHD-CB	144 (66%)			
	SXHD- N	0			
Số ngày sốt		1	10	5,03 ± 1,26	
Số ngày nằm viện		4	12	7,3 ± 3,1	

Nhận xét: Không thấy sự khác biệt về tuổi, giới. Bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm SXHD có dấu hiệu cảnh báo, tiếp theo là SXHD nặng.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng của bệnh

Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Đau đầu	217	100
Đau bụng	102	47
Đau nặng ngực	46	21,2
Đau vùng gan	42	19,4
Khó thở	4	1,8
Tiêu chảy	59	27,2
Xuất huyết dưới da	198	91,2
Xuất huyết niêm mạc	76	35
Xuất huyết tạng	33	15,2

Nhận xét: Các triệu chứng hay gặp nhất là đau đầu, xuất huyết dưới da. Ít gặp nhất là xuất huyết nội tạng và khó thở.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
NS1 (+)	179	82,5
Giảm tiểu cầu ($<100G/L$)	44	20,3
Tăng men gan	73	33,6
Hạ kali	52	24,2
Hạ Natri	24	11,2
Tăng ure	3	1,4
Tăng creatinin	6	2,8

Nhận xét: NS1 dương tính ở 82,5% bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân giảm tiểu cầu, tăng men gan lần lượt 20,3% và 33,6%. Kèm theo có hiện

tượng mất điện giải và suy thận chức năng ở một vài bệnh nhân.

Bảng 4. Đặc điểm biến đổi điện tâm đồ

Chỉ tiêu	Lần 1 n (%)	Lần 2 n (%)	p
Bất thường	99(45,6)	78(35,9)	$< 0,05$
Nhịp bộ nổi	1 (0,5)	3 (1,4)	$>0,05$
Nhịp chậm	2 (0,9)	4 (1,8)	$>0,05$
Nhịp nhanh	52 (24)	5 (2,3)	$<0,05$
Ngoại tâm thu nhĩ	3 (1,4)	0 (0)	$<0,05$
Ngoại tâm thu thất	2 (0,9)	2 (0,9)	$>0,05$
Block nhánh (P) mới xuất hiện	8 (3,7)	9 (4,1)	$>0,05$
Block A-V độ I	0 (0)	3 (1,4)	$<0,05$
Điện thế thấp đạo trình ngoại vi	12 (5,5)	7 (3,2)	$>0,05$
ST chênh lên	3 (1,4)	6 (2,8)	$>0,05$
ST chênh xuống	24 (11,1)	7 (3,2)	$<0,05$
Sóng T âm	24 (11,1)	10 (4,6)	$<0,05$
Sóng T dẹt	3 (1,4)	5 (2,3)	$>0,05$
Xuất hiện sóng U	20(9,2)	2 (0,9)	$<0,05$

Nhận xét: Có 99BN (45,6%) ghi nhận có bất thường trên điện tim, trong đó có cả rối loạn nhịp, rối loạn dẫn truyền và biến đổi của từng sóng trên điện tâm đồ. Hầu hết các biến đổi này đều mất hoặc giảm sau vài ngày điều trị.

Bảng 5. Liên quan biến đổi điện tâm đồ với mức độ bệnh

Mức độ		SXHD-CB n,(%)	SXHD n,(%)	p
ĐTĐ				
ĐTĐ1	Bất thường	68(68,7)	31(31,3)	p>
	Bình thường	76(64,4)	42(35,6)	0,05
ĐTĐ2	Bất thường	56(71,8)	22(28,2)	p>
	Bình thường	88(63,3)	51(36,7)	0,05

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan giữa ĐTĐ với mức độ bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 5/2017 đến tháng 12/2017, có 217 bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue người lớn nhập viện điều trị nội trú tại khoa nội Truyền nhiễm Bệnh viện Quân đoàn 4 với phân bố mức độ bệnh như sau: SXHD chiếm 33,6% (73 ca), SXHD- CB chiếm 66,4% (144 ca) và không gặp ca SXHD nặng nào kể cả ngay ngày đầu thu dung lẫn diễn biến bệnh trong quá trình điều trị. Tỷ lệ nam nữ của nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt. Tuổi trung bình là 29, tuổi nhỏ nhất 16 tuổi, tuổi lớn nhất 76 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự tác giả Sujit Kumar và cs: nghiên cứu 100 bệnh nhân SXHD tuổi trung bình $29,3 \pm 12$ (18-50) với 36% SXHD và 64% SXHD- CB, không gặp ca nào tiến triển tới SXHD nặng [7].

Bệnh cảnh lâm sàng chung được thể hiện qua bảng 2 với các tỉ lệ: đau bụng 47%, đau vùng gan 19,4%, tiêu chảy 27,2%, đau nặng ngực 21,2%, khó thở 1,8%, xuất huyết dưới da chiếm tỷ lệ cao nhất (91,2%), tiếp đến là xuất huyết niêm mạc (35%) và xuất huyết nội tạng (15,2%). Từ bệnh cảnh lâm sàng chung chúng tôi nhận thấy đau bụng, đau vùng gan và tiêu chảy gặp tỉ lệ cao, điều này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả rằng trong SXHD người lớn khác với trẻ em là tỉ lệ xuất huyết, đau bụng, rối loạn tiêu hóa gặp thường xuyên hơn [2].

Về rối loạn điện giải, hạ Na^+ chiếm tỉ lệ 11,2% (24 ca), hạ K^+ chiếm tỉ lệ 24,2% (52 ca). Theo WHO, SXHD thường kèm với giảm Protein máu, enzym SGOT- SGPT tăng là tình trạng hạ Natri và Kali máu, nhất là những ca SXHD nặng thì tình trạng hạ Natri máu là hết sức nặng nề.

Số lượng tiểu cầu giảm là một dấu hiệu khá đặc trưng của bệnh SXHD, thường giảm từ ngày thứ 3, thấp nhất ngày thứ 5-7, hồi phục ngày 8-9. Trong nghiên cứu chúng tôi số lượng trung bình tiểu cầu là 117 (96,25 - 135,25) G/L, cao nhất 400G/L, thấp nhất 33G/L. Tỷ lệ bệnh nhân có tiểu cầu thấp (<100G/L) chiếm 20,3%. Tổn thương gan với các mức độ khác nhau là một chỉ dấu bệnh gần như hằng định của SXHD, đặc biệt

khi vào sốc Dengue. Tăng cao các men gan (SGOT và SGPT) là những dấu hiệu của tổn thương gan cũng như suy giảm chức năng gan. Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có tăng men gan tương đối cao (73BN) chiếm 33,6%. Tuy vậy men gan có xu hướng về bình thường sau 14-21 ngày và SGOT trở về bình thường sớm hơn SGPT, vì đời sống SGOT ngắn hơn từ 12,5- 22 giờ so với 32-43 giờ cho SGPT.

Tại thời điểm đầu nhập viện, điện tâm đồ bất thường ở 99 ca chiếm tỉ lệ 45,6% trong khi đó tại thời điểm sau điện tâm đồ bất thường giảm còn 78 ca chiếm tỉ lệ 35,9%, sự giảm khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Shandana Tarique và cs nghiên cứu 116 ca SXHD ghi nhận bất thường điện tâm đồ chiếm tỉ lệ 32,7% [8].

Về rối loạn nhịp chúng tôi nhận thấy: thời điểm đầu rối loạn nhịp nhanh chiếm chủ yếu 52 ca (24%) nhưng thời điểm sau nhịp nhanh còn 5 ca (2,3%). Có 3 ca (1,4%) ngoại tâm thu nhĩ xuất hiện sau đó tự mất, ngược lại có 3 ca (1,4%) block A-V mới xuất hiện thời điểm sau. Rối loạn nhịp xoang và block nhánh (P) mới xuất hiện có tăng lên ở thời điểm sau theo thứ tự 1,4% và 4,1%. Ngoại tâm thu nhĩ 1,4% và ngoại tâm thu thất 0,9%. Tất cả các rối loạn trên đều hồi phục trong thời gian nằm viện hoặc trước khi ra viện mà không điều trị đặc hiệu.

Điểm lại một số nghiên cứu nước ngoài cho thấy kết quả rất khác nhau. Sujit Kumar và cs nghiên cứu 100 ca gồm 36 ca SXHD và 64 ca SXHD-CB: Nhịp chậm xoang 60%, nhanh xoang 27%, block A-V độ I 11%, ngoại tâm thu thất 15% và cho nhận xét nhịp chậm xoang là cơ bản, bất thường thường không triệu chứng, không bằng chứng viêm cơ tim [7].

Đoạn ST biến đổi chủ yếu chênh xuống thời điểm đầu chiếm 11,1% (24 ca) và thời điểm sau hồi phục còn 3,2% (7 ca). ST chênh lên gặp 1,4% (3 ca) nhưng tỉ lệ tăng lên 2,8% (6 ca) ở thời điểm sau nhưng lâm sàng không biểu hiện cơn đau thắt ngực hay viêm cơ tim. Về sóng T, chủ yếu gặp sóng T âm chiếm 11,1% (24 ca) sau đó hồi phục còn 4,6% (10 ca) ở thời điểm sau. Sóng U bất gặp 9,2% (20 ca) sau đó hồi phục còn 0,9% (2 ca). Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa biến đổi điện tâm đồ với mức độ nặng của bệnh. Sốt xuất huyết Dengue phát sinh những rối loạn của chức năng tự động dẫn truyền và kích thích cơ tim, những rối loạn này rất hay gặp nhưng lại mang tính tạm thời- giai đoạn. Muốn ghi được rối loạn nhịp này phải tiến hành ghi điện tâm đồ thường xuyên để phát hiện kịp thời những rối loạn mới

phát sinh và cũng dễ cảnh giác đối phó có hiệu quả với tình trạng ngừng tim đột ngột (Robinson - 1965).

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Trong 217 bệnh nhân có 33,6% bệnh nhân ở mức độ SXHD, bệnh nhân SXHD có dấu hiệu cảnh báo chiếm tỉ lệ cao (66,4%), không có trường hợp nào SXHD nặng. Đa số BN sốt cao đột ngột liên tục, số ngày sốt trung bình $5,03 \pm 1,26$ ngày. Tình trạng xuất huyết gặp đa dạng, chủ yếu chảy máu chân răng (30,9%), chảy máu âm đạo (23%). Tiểu cầu giảm ($<100\text{G/L}$) gặp ở 44 BN (20,3%) Tăng, enzyme gan gặp ở 73 BN chiếm 33,6%; hạ Kali, Natri máu thường gặp lần lượt 24,2% và 11,2%.

- **Đặc điểm về biến đổi điện tâm đồ:** Bất thường điện tâm đồ tại hai thời điểm gặp 45,6% và 35,9% với sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Các bất thường điện tâm đồ gặp với tỷ lệ: Rối loạn nhịp chậm 0,9 - 1,8%, nhịp nhanh 24-2,3%, nhịp bộ nối 0,5- 1,4%, ngoại tâm thu 2,3-0,9%, block nhánh (P) 3,7- 4,1%, block A-V độ I 0- 1,4%, điện thế thấp đạo trình ngoại vi 5,5-3,2%. Biến đổi ST chủ yếu chênh xuống 11,1% và chênh lên 2,8%. Sóng T âm chủ yếu 11,1%. Sóng U cao 9,2%. Không thấy mối liên quan giữa điện tâm đồ và mức độ bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2011). *Hướng dẫn chẩn đoán & điều trị sốt xuất huyết Dengue*, Ban hành kèm theo quyết định số 458/QĐ- BYT ngày 16/02/2011.
2. **Trần Tinh Hiền** (2009). "Những thách thức mới trong điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn hiện nay", *Tài liệu huấn luyện: Chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết Dengue, ban điều hành dự án phòng chống sốt xuất huyết Dengue khu vực miền nam, Bệnh viện Nhiệt đới TP HCM*: trg 84-87.
3. **Trần Việt Tiến** (2016). "Tình hình bệnh truyền nhiễm trên thế giới và tại Việt nam giai đoạn 2010-2015", *Tài liệu tập huấn bệnh truyền nhiễm, công tác phòng chống dịch bệnh, say nắng say nóng*, Bệnh viện trung ương Quân đội 108
4. **Althony S Fawci, et al. (2008).** *Dengue hemorrhagic fever/ Dengue shock syndrome*, Harrison's Manual of Medicine, 17th Edition; p:599.
5. **Bravo, J.R.. et al. (1989).** Dengue hemorrhagic fever/Dengue shock syndrome:Lessons from the Cuban epidemic 1981, *Bulletin of the World Health Organization*, 67(4):375-380.
6. **Ramesh S.S, Basavaraju M.M, Sandeep R.Sharma et al. (2014),** Study of Bradycardia in Dengue fever, *Journal of Evolution of Medical and Dental sciences* 2014, vol 3, issue 9:2378-2388.
7. **Rakesh Kumar Yadav, Sujit Kumar (2017).** To study cardiac manifestations in patients presenting with Dengue infection and to find out the correlation of cardiac manifestations to warning signs of Dengue, *Int J Adv Med* 2017; 4(2):323-328.
8. **Shandana Tarique, Ghulam Murtaza, Sadia Asif, Irshad Hussain Qureshi (2013).** ECG manifestations in Dengue infection, *Annals* Vol.19, Issue 4, oct-dec, 2013.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH KHỚP GỐI DO THOÁI HÓA TẠI BỆNH VIỆN TUỆ TĨNH

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tràn dịch khớp gối do thoái hóa tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, lựa chọn mẫu toàn thể; thu thập được 70 bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch khớp gối do thoái hóa; mô tả các đặc điểm mức độ đau, chức năng khớp gối. **Kết quả:** tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 56.57 ± 21.56 , với 74.1% là nữ giới; thời gian mắc bệnh trung bình là 30.57 ± 22.23 tháng; 52.9% tràn dịch xuất hiện cả ở 2 khớp gối; điểm VAS trung bình lúc vào viện 4.36 ± 2.65 ; chức năng khớp gối trung bình theo Lequesne 9.71 ± 5.89 điểm, tầm vận động khớp gối

Nguyễn Tiến Chung*, Nguyễn Thị Hạnh**

trung bình 131.4 ± 39.2 độ.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, tràn dịch khớp gối, Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH KNEE EFFUSION OF ARTHRITIS DUE TO DEGENERATION AT TUE TINH HOSPITAL

Objective: Find out the clinical characteristics of patients with knee effusion of arthritis due to degeneration at Tue Tinh Hospital. **Method:** Descriptive study, whole sample selection; 70 patients were diagnosed with knee overflow due to degeneration; describe the characteristics of pain level, knee joint function. **Results:** The average age of the study subjects is 56.57 ± 21.56 , with 74.1% of women; the average duration of disease is 30.57 ± 22.23 months; 52.9% of effusion appears in both knee joints; average VAS score at hospital 4.36 ± 2.65 ; the average knee joint function according to Lequesne 9.71 ± 5.89 ; average knee joint movement

*Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam,

**Bệnh viện Công an thành phố Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hạnh

Email: hanhnhi150629@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/2/2019

Ngày phản biện khoa học: 20/2/2019

Ngày duyệt bài: 6/3/2019

of 131.4 ± 39.2 degrees.

Keywords: Clinical characteristics, knee effusion, Tue Tinh Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch khớp gối (TDKG) là tổn thương gây ra tình trạng dịch trong khớp gối tăng lên làm cho khớp gối bị phù nề, sưng to, giảm chức năng vận động, đau khi vận động. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, TDKG có thể dẫn đến biến chứng giảm chức năng vận động khớp. Nguyên nhân thường gặp nhất gây ra tình trạng TDKG là: thoái hóa khớp, ngoài ra có thể gặp do viêm khớp dạng thấp, lao, viêm bao hoạt dịch khớp,...[1].

Bệnh viện Tuệ Tĩnh là bệnh viện hạng II trực thuộc Bộ Y tế, nơi có sự kết hợp chặt chẽ giữa y học hiện đại và y học cổ truyền trong quá trình điều trị bệnh. Trong thời gian gần đây, số lượng bệnh nhân TDKG vào viện điều trị có xu hướng gia tăng. Với mục đích tổng kết lâm sàng, góp phần hiểu rõ hơn về mô hình bệnh tật, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tràn dịch khớp gối do thoái hóa tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 70 bệnh nhân được chẩn đoán TDKG do thoái hóa (tổng số 107 khớp tràn dịch) điều trị tại Khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Tuệ Tĩnh năm 2018. Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ACR 1991 của Hội thấp khớp học Mỹ (American College of Rheumatology) [2], siêu âm khớp gối có dịch trong ổ khớp: 1/Đau khớp gối; 2/Có gai xương ở rìa xương (xquang); 3/Dịch khớp là dịch thoái hóa; 4/Tuổi ≥ 40 ; 5/Cứng khớp dưới 30 phút; /Lao xạo khi cử động. Chẩn đoán xác định có yếu tố 1,2 hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6 theo ACR.

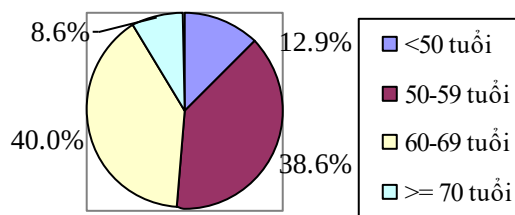
2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả. Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu toàn thể. Lượng giá cảm giác đau theo thang điểm VAS, chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne, tầm vận động khớp gối theo phương pháp zero [3].

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Các biến số định tính được trình bày kết quả theo tỉ lệ phần trăm (%), biến số định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Số liệu được xử lý bằng phương pháp y sinh học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thuật toán χ^2 với số liệu định tính; so sánh hai giá trị trung bình bằng T-test student.

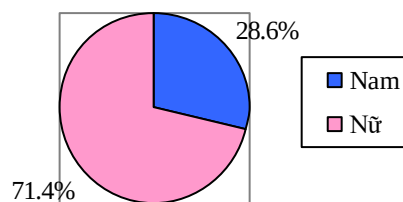
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Đặc điểm về độ tuổi và giới tính



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Bệnh nhân TDKG do thoái hóa chủ yếu tập trung ở độ tuổi 50-69, chiếm tỉ lệ 78.6%; trẻ nhất là 39 tuổi, già nhất là 75 tuổi. Tuổi trung bình là 56.57 ± 21.56 .

3.1.2. Đặc điểm chỉ số khối cơ thể

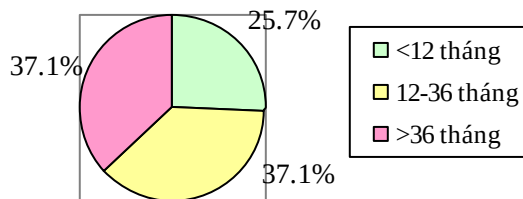
Bảng 1. Đặc điểm về chỉ số khối lượng cơ thể BMI

Chỉ số BMI	n	Tỉ lệ %
Gầy (<18.5)	9	12.9
Trung bình ($18.5 \div 22.9$)	28	40.0
Thừa cân ($23.0 \div 24.9$)	31	44.3
Béo phì (>25.0)	2	2.9
Tổng	70	100.0
($\bar{X} \pm SD$)	22.96 ± 9.87	
min;max	18.1; 25.2	

Nhận xét: Bệnh nhân TDKG do thoái hóa có tỉ lệ lớn là thừa cân, chiếm 44.3%, BMI người gầy nhất là 18.1, người béo nhất là 25.2; chỉ số khối trung bình là 22.96 ± 9.87 .

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Thời gian mắc bệnh

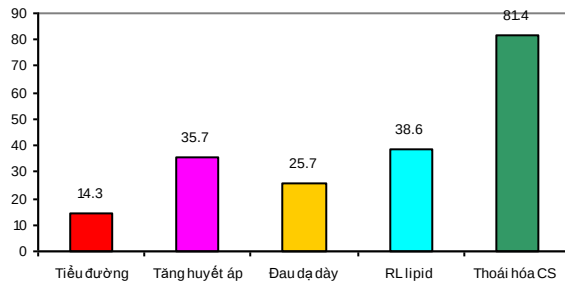


Biểu đồ 3. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân bệnh lâu hơn 12 tháng, chiếm tỉ lệ 74.2%; trong đó 37.1% mắc bệnh lâu hơn 36 tháng, bệnh nhân mắc bệnh lâu nhất là 132 tháng (tương ứng 11 năm).

Số lượng bệnh nhân TDKG do thoái hóa mới mắc trong thời gian 12 tháng chiếm 25.7%, trong đó bệnh nhân có thời gian mắc bệnh sớm nhất là 4 tháng. Thời gian mắc bệnh trung bình là 30.57 ± 22.23 tháng.

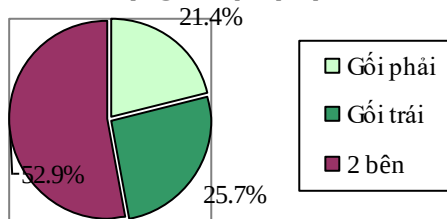
3.2.2. Đặc điểm về bệnh lý kèm theo



Biểu đồ 4. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Trên 70% bệnh nhân TDKG do thoái hóa có mắc các bệnh mạn tính kèm theo, trong đó tỉ lệ gặp nhiều nhất là Thoái hóa cột sống (81.4%), Rối loạn lipid máu (38.6%), Tăng huyết áp (35.4%).

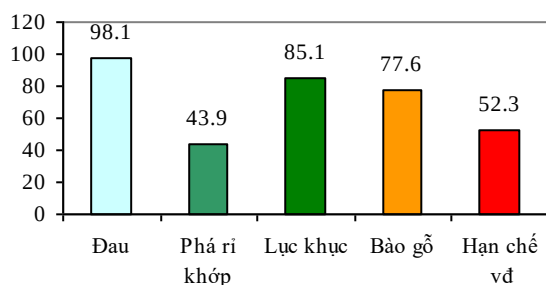
3.2.3. Số lượng khớp bị bệnh



Biểu đồ 5. Đặc điểm số lượng khớp bị bệnh của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Trong tổng số 70 bệnh nhân TDKG do thoái hóa, 47.1% bệnh nhân chỉ xuất hiện 1 bên khớp gối; trong đó tỉ lệ mắc ở khớp gối phải và gối trái tương đương nhau; 52.9% tràn dịch xuất hiện cả ở 2 khớp gối.

3.2.4. Đặc điểm về các triệu chứng lâm sàng



Biểu đồ 6. Triệu chứng lâm sàng thường gặp của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất ở 70 bệnh nhân (107 khớp tràn dịch) là đau khớp

(98.1%), lục khục khi cử động (85.0%) và đau hiệu bào gổ (77.6%). Ngoài ra, các triệu chứng phá rí khớp và hạn chế vận động xuất hiện ở khoảng 50% số lượng bệnh nhân.

3.1.5. Mức độ đau theo thang điểm VAS

Bảng 2. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị

Điểm VAS	n	Tỉ lệ %
Không đau (0 điểm)	2	2.9
Đau nhẹ (1-3 điểm)	30	42.9
Đau vừa (4-6 điểm)	33	47.1
Đau nặng (≥ 7 điểm)	5	7.1
Tổng	70	100.0
$(\bar{X} \pm SD)$		4.36 ± 2.65

Nhận xét: Tại thời điểm vào viện, đa số bệnh nhân có chỉ số đau theo thang điểm VAS ở mức độ vừa và nhẹ (90.0%); có 7.1% số bệnh nhân có cảm giác đau nặng; đặc biệt, 2 bệnh nhân (chiếm 2.9%) không đau. Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại thời điểm D_0 là 4.36 ± 2.65 .

3.2.5. Chức năng khớp gối theo Lequesne:

Bảng 3. Chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne trước điều trị

Điểm Lequesne	n	Tỉ lệ %
Nhe (0-4 điểm)	0	0
Trung bình (5-7 điểm)	25	35.7
Nặng (8-10 điểm)	31	44.3
Rất nặng (11-13 điểm)	10	14.3
Trầm trọng (≥ 14 điểm)	4	5.7
Tổng	70	100.0
$(\bar{X} \pm SD)$		9.71 ± 5.89

Nhận xét: Tại thời điểm vào viện, 100% bệnh nhân có hạn chế chức năng vận động khớp gối, trong đó 80.0% ở mức độ nặng và trung bình; 5.7% số lượng bệnh nhân có chức năng khớp gối hạn chế trầm trọng. Điểm đánh giá chức năng khớp gối tại thời điểm vào viện là 9.71 ± 5.89 , tương ứng với hạn chế chức năng khớp gối ở mức độ nặng.

3.2.6. Đặc điểm về tầm vận động khớp gối

Bảng 4. Tầm vận động khớp gối trước điều trị

Tầm vận động	n	Tỉ lệ %
Hạn chế nặng ($< 90^\circ$)	8	7.5
Hạn chế vừa ($90^\circ - 120^\circ$)	23	21.5
Hạn chế nhẹ ($121^\circ - 135^\circ$)	31	29.0
Không hạn chế ($> 135^\circ$)	45	42.1
Tổng	107	100.0
$(\bar{X} \pm SD)$		131.45 ± 39.21

Nhận xét: Tại thời điểm vào viện, 57.9% bệnh nhân có hạn chế tầm vận động khớp gối ở mức độ nhẹ trở lên, trong đó 29.0% ở mức độ nặng và trung bình; 7.5% số lượng bệnh nhân có hạn chế tầm vận động khớp gối hạn chế trầm trọng. Tầm vận động khớp gối trung bình thời

điểm vào viện là 131.45 độ, tương ứng với hạn chế vận động khớp gối ở mức độ nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Về độ tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi thu thập 70 bệnh nhân TDKG do thoái hóa, kết quả được trình bày tại biểu đồ 1, tuổi trung bình là 56,57 tuổi, chủ yếu tập trung ở độ tuổi 50-69, chiếm tỉ lệ 78.6%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Phượng, 64.1 tuổi [4]; tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Giang (57,6 tuổi) [5]. Kết quả này phù hợp với số liệu công bố của nhiều tác giả khác về dịch tễ của bệnh thoái hóa khớp, ít gặp ở người dưới 40 và bệnh tăng dần theo độ tuổi.

Về đặc điểm giới tính (bảng 2), bệnh nhân TDKG do thoái hóa chiếm 71.4% là nữ giới. Kết quả này có thể giải thích bệnh lý thoái hóa khớp gối thường gặp hơn ở nữ giới nên tràn dịch khớp cũng gặp nhiều hơn. Kết quả này tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Thanh Phượng, nữ chiếm 73,6%. [4] và kết quả của tác giả Lan T.H.P [6]. Sự khác biệt về tỉ lệ mắc bệnh theo giới đã được nhiều tác giả đưa ra giả thiết. Thoái hóa khớp gối liên quan tới sự phát triển sụn trong giai đoạn phát triển, theo sinh lý, nam giới có độ dày và thể tích sụn nhiều hơn nữ giới. Ngoài ra, quá trình lão hóa khớp liên quan mật thiết tới sự suy giảm hoạt động của hormon estrogen ở nữ giới; trước 40 tuổi, tỉ lệ mắc thoái hóa khớp ở nam và nữ giới không có sự khác biệt; sau tuổi mãn kinh, tỉ lệ mắc thoái hóa khớp tăng cao và vượt trội so với ở nam giới là do sự suy giảm nồng độ hormon theo độ tuổi [6].

Về chỉ số khối cơ thể (bảng 1), bệnh nhân TDKG do thoái hóa có tỉ lệ lớn là thừa cân, chiếm 47.2%, chỉ số khối trung bình là 22.96, tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Thanh Phượng, BMI trung bình 23,3 [4]; cao hơn nhiều so với số liệu báo cáo của các nghiên cứu trước đây của các tác giả Nguyễn Vinh Ngọc năm 2002 và Nguyễn Thị Mộng Trang năm 2004. Cùng với sự phát triển của xã hội, tình trạng gia tăng tỉ lệ thừa cân, béo phì ở nước ta trong vài năm trở lại đây cũng đáng báo động. Chỉ số khối cơ thể tăng sẽ làm tăng trọng tải đè nén vào vùng khớp gối, đó là yếu tố thuận lợi để thoái hóa khớp phát triển nhanh hơn. Điều này được chứng minh bởi nhiều số liệu nghiên cứu. Theo tác giả Felson, khi chỉ số khối cơ thể lớn hơn 25kg/m thì cứ giảm mỗi 5kg thể trọng cơ thể sẽ giảm được 50% thoái hóa khớp gối [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng: Về thời gian mắc

bệnh (biểu đồ 3), đa phần bệnh nhân bệnh lâu hơn 12 tháng, chiếm tỉ lệ 74.2%; trong đó 37.1% mắc bệnh lâu hơn 36 tháng, bệnh nhân mắc bệnh lâu nhất là 132 tháng (tương ứng 11 năm). Đặc điểm này được giải thích là TDKG do thoái hóa là tình trạng viêm xảy ra do hậu quả của quá trình thoái hóa. Thoái hóa khớp là bệnh mạn tính, người bệnh tới khám khi có các biểu hiện khó chịu như: đau, sưng hoặc hạn chế vận động. Khi có tràn dịch, do tác động của sinh lý bệnh quá trình viêm, đa số bệnh nhân thường gặp phải các triệu chứng khó chịu, do vậy thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân tròn nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các báo cáo về thoái hóa khớp gối đơn thuần.

Kết quả nghiên cứu trình bày tại biểu đồ 4 cho thấy, > 70% bệnh nhân tràn dịch khớp gối do thoái hóa có mắc các bệnh mạn tính kèm theo, trong đó tỉ lệ gặp nhiều nhất là thoái hóa cột sống (81.4%), rối loạn lipid máu (38.6%), tăng huyết áp (35.4%). Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thanh Phượng [19]. Ngày nay, cùng với sự phát triển của xã hội, tuổi thọ dân số tăng lên, tỉ lệ mắc các bệnh lý chuyển hóa ngày càng tăng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ về mô hình bệnh tật gần đây.

Về các biểu hiện lâm sàng, số liệu trình bày tại biểu đồ 6 cho thấy, triệu chứng thường gặp nhất là đau khớp (98.1%). Ngoài ra, các triệu chứng phá vỡ khớp và hạn chế vận động xuất hiện ở khoảng 50% số lượng bệnh nhân. Trong thoái hóa khớp và TDKG, đau khớp là triệu chứng quan trọng bậc nhất, là nguyên nhân chính khiến người bệnh có nhu cầu đi khám và điều trị; do vậy trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 2 trong tổng số 70 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 1.9%) không có cảm giác đau rõ ràng, họ tới khám vì lý do khớp gối sưng to; trong số bệnh nhân còn lại, đau là triệu chứng thường gặp nhất. Hai triệu chứng thường gặp khác là lực khục khi cử động (85.0%) và dấu hiệu bào gổ (77.6%); tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Phượng, 96,7% [4] và tác giả Nguyễn Thị Ái 85.3%. Sự khác biệt này có thể giải thích được, tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân của chúng tôi là những trường hợp thoái hóa khớp có tràn dịch, trong khi hai tác giả trên là thoái hóa khớp gối nói chung. Nguyên nhân gây ra các biểu hiện lực khục, lạo xạo và dấu hiệu bào gổ trên lâm sàng là do sụn khớp bị tổn thương, bề mặt sụn giảm tính chất nhẵn bóng, dịch khớp giảm hoặc giảm độ nhớt nên khi cử động khớp, các sụn bọc đầu xương không còn nhẵn bóng cọ xát với nhau. Việc cọ xát càng

tăng khi lượng dịch khớp càng giảm. Đây là dấu hiệu phản ánh trung thực tình trạng thoái hóa do vậy lạo xạo/lục đục đều có trong các tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp. Tuy vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, một số bệnh nhân có lượng dịch nhiều trong khớp gối nên có thể làm giảm sự cọ xát nên tỉ lệ gặp thấp hơn.

Các bảng 2, bảng 3 và bảng 4 trình bày các tính chất các triệu chứng khác tại thời điểm vào viện. Đa số bệnh nhân có chỉ số đau theo thang điểm VAS ở mức độ vừa và nhẹ (90.0%); có 7.1% số bệnh nhân có cảm giác đau nặng; đặc biệt, 2 bệnh nhân (chiếm 2.9%) không đau. Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại thời điểm D_0 là 4.36. Bên cạnh đó, 100% bệnh nhân có hạn chế chức năng vận động khớp gối, trong đó 80.0% ở mức độ nặng và trung bình; 5.7% số lượng bệnh nhân có chức năng khớp gối hạn chế trầm trọng. Điểm Lequesne đánh giá chức năng khớp gối tại thời điểm vào viện là 9.71, tương ứng với hạn chế chức năng khớp gối ở mức độ nặng. Cùng với đó, 57.9% bệnh nhân có hạn chế tầm vận động khớp gối ở mức độ nhẹ trở lên, trong đó 29.0% ở mức độ nặng và trung bình; 7.5% số lượng bệnh nhân có hạn chế tầm vận động khớp gối hạn chế trầm trọng. Tầm vận động khớp gối trung bình của cả hai nhóm tại thời điểm vào viện là 131.45 độ, tương ứng với hạn chế vận động khớp gối ở mức độ nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Qua mô tả đặc điểm của 70 bệnh nhân TDKG

do thoái hóa, chúng tôi thu được kết quả sau: tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 56.57 ± 21.56 tuổi, với 74.1% là nữ giới; thời gian mắc bệnh trung bình là 30.57 ± 22.23 tháng; 52.9% tràn dịch xuất hiện cả ở 2 khớp gối; điểm VAS trung bình lúc vào viện 4.36 ± 2.65 ; chức năng khớp gối trung bình theo Lequesne 9.71 ± 5.89 điểm, tầm vận động khớp gối trung bình 131.4 ± 39.2 độ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Văn Đệ (2004), "Cơ chế bệnh sinh của thoái hóa khớp", *Báo cáo khoa học Đại hội toàn quốc lần thứ 3*, Hội thập khớp học Việt Nam, tr.7 -12.
2. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2016). "Thoái hóa khớp gối", *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, NXB Giáo dục Việt Nam, tr.178-184.
3. Lequesne M, et al (1994), "Guidelines for testing slow acting drugs in osteoarthritis", *J Rheumatol Suppl*, 41: p. 65-71; discussion p. 72-73.
4. Nguyễn Thị Thanh Phương (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm, cộng hưởng từ khớp gối ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối", *Luận án Tiến sĩ y học*, Trường đại học y Hà Nội 2015, tr.58-89.
5. Nguyễn Thanh Giang, Lê Thành Xuân (2013), "Hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp bài thuốc độc hoạt tang ký sinh", *Tạp chí nghiên cứu y học*, phụ trương số 85, tr.78-80.
6. Lan T.H.P, Thai Q.L, Linh D.M (2014), "The impact of osteoarthritis in the United State: a population-health perspective", *American journal of nursing*, 112 (3), p.13-19.

PHÂN TÍCH TƯƠNG QUAN CỦA HÌNH THÁI VÂN KHẨU CÁI VỚI HÌNH DẠNG VÒM KHẨU CÁI Ở NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Đoàn Minh Trí*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tương quan của hình thái vân khẩu cái (VKC) với hình dạng vòm khẩu cái trên một mẫu dân số người Việt. **Đối tượng, phương pháp:** 300 sinh viên khoa RHM, Đại Học Y Dược TP.HCM được lấy dấu hàm trên và đồ mẫu và nghiên cứu trên hệ thống 3D. Xác định số lượng, chiều dài, hình dạng, phương hướng của VKC, loại vòm khẩu, phân tích tương quan của hình thái VKC với hình dạng vòm khẩu cái. **Kết quả:** Vòm khẩu cái rộng có số lượng vân

cong nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với vòm khẩu trung bình và hẹp ($p=0,004<0,05$). Ngược lại, vòm khẩu cái hẹp có nhiều vân lượn sóng hơn vòm khẩu trung bình và rộng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,022<0,05$. **Kết luận:** Ở người Việt trưởng thành, có sự tương quan chặt chẽ giữa hình thái vân khẩu cái và với kích thước vòm khẩu cái ở người VN trưởng thành.

Từ khoá: Vân khẩu cái, hình thái khẩu cái, dạng khẩu cái

SUMMARY

ANALYZE THE CORRELATION OF THE PALATAL RUGAE' MORPHOLOGY AND PALATAL SHAPE IN THE ADULT VIETNAMESE

Objective: To analyze relationship between palatal rugae' morphology and the shape of palate in the adult Vietnamese adult population who have teeth. **Subjects and methods:** Impressions of 300

*Trường Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Trí

Email: trimdr818@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/12/2018

Ngày phản biện khoa học: 5/1/2019

Ngày duyệt bài: 4/3/2019

students in Faculty of Dentistry, University of Medicine and Pharmacy in HCM City were poured to casts and studied with a 3D analysis system. The quantity, height, shape of palate and direction of palatal rugae were determined. The relationship between palatal rugae' morphology and the shape of palate were analyzed. **Results:** This study found that, large palate has significantly more curved rugae than middle and narrow palate ($p=0,004<0,05$). By contrast, the narrow palate has more wavy rugae than the large and middle palate ($p=0,022<0,05$). **Conclusion:** In adult Vietnamese, there is having acloserelationship between palatal rugae' morphology and the shape of palate.

Keywords: Palatal rugae, palatal rugae' morphology, shape of palate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vân khẩu cái (VKC) là các nếp gấp giải phẫu; các gờ mô liên kết sợi không đều, nằm ở 1/3 trước của khẩu cái cứng. Sự hiện diện, số lượng, cách sắp xếp của vân khẩu cái ở động vật có vú là một đặc điểm loài [1]. Tuy nhiên, chỉ ở người, vân khẩu cái mới có tính chất bất đối xứng ở hai bên đường giữa vòm khẩu cái – đây là đặc điểm độc đáo giúp phân biệt với các động vật có vú khác [4], [6]. Đối với từng cá thể, vân khẩu cái hiện diện ngay khi mới sinh, và duy trì ổn định hình dạng, phương hướng trong suốt đời sống, không trải qua bất kỳ sự thay đổi sinh lý nào khác [8]. Chính vì vậy, vân khẩu cái có thể thay thế cho vân tay ở người.

Trong hơn ba thập niên vừa qua, đã có nhiều công trình của các tác giả khác nhau trên thế giới đi sâu vào nghiên cứu hình thái vòm khẩu cái, tuy nhiên mối liên hệ giữa hình thái vân khẩu cái và vòm khẩu cái cũng chưa sáng tỏ, y văn thế giới có rất ít nghiên cứu đề cập đến mối liên hệ này [3]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm phân tích tương quan của hình thái VKC với hình dạng vòm khẩu cái trên một mẫu dân số người Việt trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 300 sinh viên khoa RHM trong mẫu nghiên cứu được lấy dấu hàm trên bằng alginate, sau đó tiến hành đổ mẫu với thạch cao cứng, số hóa dữ liệu hình học của mẫu hàm bằng máy quét inEos X5, tiếp theo xác định các điểm mốc trên hình ảnh mẫu hàm với phần mềm Autodesk Powershape 2018.

2. Phương pháp

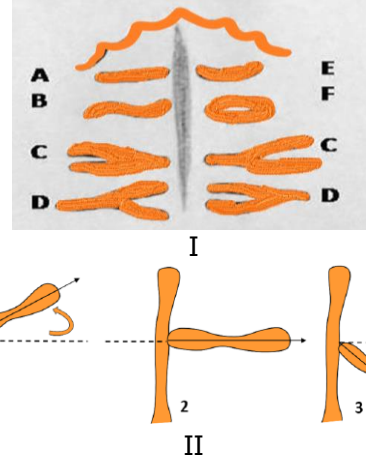
Các đặc điểm hình thái của vân như số lượng, hình dạng, kích thước, phương hướng được phân loại theo Thomas và Kotze [7]

- **Xác định số lượng VKC** ở mỗi bên phải, trái của vòm miệng và tổng số vân ở hai bên.

- **Đo kích thước từng VKC và RL** của mỗi

vân. Đối với vân có dạng phân kỳ hay hội tụ thì chiều dài VKC là chiều dài nhánh vân dài nhất. Những vân có chiều dài <2 mm không được đưa vào nghiên cứu.

- **Xác định hình dạng VKC** (Hình 2.1).



Hình 2.1. Phân loại VKC theo Thomas và Kotze

I. Hình dạng vân: A-dạng thẳng; B-dạng lượn sóng; C-dạng phân nhánh; D-dạng hội tụ; E-dạng cong; F-dạng tròn

II. Phương hướng vân: 1-vân hướng ra trước; 2-vân nằm ngang; 3-vân hướng ra sau

- **Đo góc R của VKC**

+ Giá trị góc R là (+): vân chạy hướng ra trước.

+ Giá trị góc R là (-): vân chạy hướng ra sau.

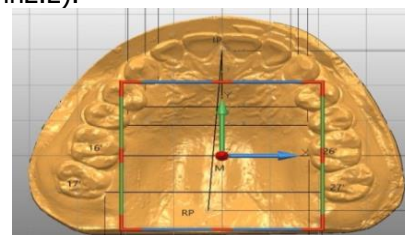
+ Giá trị góc R là (0): vân nằm ngang hay vuông góc với đường giữa khẩu cái.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi qui ước vân nằm ngang khi góc $-5^{\circ} < R < 5^{\circ}$.

- **Xác định chỉ số kích thước vòm khẩu cái (PI) và phân loại hình dạng vòm khẩu cái theo chỉ số kích thước vòm khẩu cái (PI) [2].**

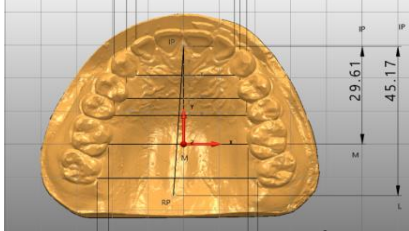
+ Đo chiều rộng vòm khẩu cái tại các vị trí răng nanh, răng cối nhỏ thứ nhất, răng cối nhỏ thứ hai, răng cối lớn thứ nhất và răng cối lớn thứ hai.

Dựng hệ trục tọa độ O'x'y'z' với O' đặt tại M; trục O'x' trùng với 16'-26', mặt phẳng O'x'y' đi qua IP-M; trục O'z' vuông góc với mặt phẳng O'x'y', mặt phẳng O'x'y' gọi là mặt phẳng khẩu cái (hình 2.2).



Hình 2.2. Dựng hệ trục tọa độ O'x'y'z' trên hình ảnh mẫu hàm

- + Đo chiều dài vòm khẩu cái (hình 2.3)
- + IP-M: Chiều dài vòm khẩu cái từ điểm gai cửa đến răng cối lớn thứ nhất trên mặt phẳng nằm ngang O'x'y'.
- + IP-L: Chiều dài vòm khẩu cái (chiều dài hình chiếu của IP-RP trên mặt phẳng nằm ngang O'x'y'.



Hình 2.3. Đo chiều dài vòm khẩu cái trên hình ảnh mẫu hàm

- **Tính chỉ số:** Chỉ số kích thước vòm khẩu cái: PI = chiều rộng lớn nhất/chiều dài vòm khẩu cái x 100[2].

- **Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 và Stata 13.0 để phân tích và xử lý số liệu đã thu thập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hình dạng vòm khẩu cái của người Việt: Trong nghiên cứu này chúng tôi phân loại hình dạng vòm khẩu cái theo chỉ số kích thước vòm khẩu-PI (dựa trên nghiên cứu của D'Souza A.S và cs, 2002 [2]). Công thức cho PI là:

Chỉ số kích thước vòm khẩu: PI = chiều rộng lớn nhất/chiều dài vòm khẩu x 100

3.1.1. Chiều rộng vòm khẩu cái

Chiều rộng trung bình của vòm khẩu vùng răng cối lớn thứ hai lớn nhất so với các vị trí còn lại có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.1. Chiều rộng vòm khẩu cái theo vị trí (mm)

Chiều rộng vòm khẩu cái	TB ± ĐLC	Trung vị	Khoảng	
R13'-23'	26,60 ± 2,11	26,73	(16,75-32,77)	$p^* = 0,000 <$

Bảng 3.4. Số lượng vòm khẩu cái theo hình dạng vòm khẩu

	Vòm khẩu hẹp			Vòm khẩu trung bình			Vòm khẩu rộng			p*
	TB ± ĐLC	Trung vị	Khoảng	TB ± ĐLC	Trung vị	Khoảng	TB ± ĐLC	Trung vị	Khoảng	
Hàm 1	4,39 ± 1,0	4	(3-7)	4,14 ± 1,0	4	(2-7)	4,36 ± 0,9	4	(2-6)	0,118
Hàm 2	3,96 ± 0,95	4	(2-6)	4,16 ± 1,0	4	(2-8)	4,16 ± 0,8	4	(2-6)	0,249
Tổng	8,35 ± 1,45	8	(6-13)	8,3 ± 1,57	8	(5-12)	8,52 ± 1,4	8	(5-12)	0,481

* Kiểm định Kruskal Wallis

Phân tích Kruskal Wallis cho thấy: vòm khẩu cái rộng có số lượng vòm cong nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với vòm khẩu trung bình và hẹp. Ngược lại, vòm khẩu cái hẹp có nhiều vòm lượn sóng hơn vòm khẩu trung bình và rộng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p = 0,022 < 0,05$).

3.2.4 Phương hướng vòm khẩu cái theo hình dạng vòm khẩu cái

Theo kết quả trong bảng 3.5, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về phương hướng vòm khẩu cái theo kích thước vòm khẩu.

R14'-24'	29,93 ± 2,34	29,71	(21,08-36,46)	0,05
R15'-25'	35,16 ± 2,34	35,14	(27,90-42,23)	
R16'-26'	38,03 ± 2,73	37,86	(28,9-45,69)	
R17'-27'	42,78 ± 3,13	42,45	(34,57-53,85)	

*: Kiểm định Friedman

3.1.2. Chiều dài vòm khẩu cái và chỉ số kích thước vòm khẩu cái

Bảng 3.2. Chiều dài vòm khẩu (IP-L) và chỉ số kích thước vòm khẩu (PI)

	TB ± ĐLC	Trung vị	Khoảng
IP-L	45,88 ± 3,4	45,72	(36,58-55)
PI	93,71 ± 9,4	93,24	(72,75-122,03)

Chiều dài vòm khẩu trung bình: IP-L là 45,88 ± 3,4mm. Chỉ số kích thước vòm khẩu cái trung bình: PI là 93,71 ± 9,4 (%).

3.1.3 Hình dạng vòm khẩu cái: Dựa theo chỉ số kích thước vòm khẩu, vòm khẩu cái được chia thành 3 dạng: vòm khẩu hẹp, vòm khẩu trung bình và vòm khẩu rộng theo công thức tứ phân: từ vị trí 0 đến tứ phân vị thứ nhất là vòm khẩu hẹp, từ vị trí tứ phân vị thứ nhất đến tứ phân vị thứ ba là vòm khẩu trung bình, từ vị trí tứ phân vị thứ ba trở lên là vòm khẩu rộng.

Bảng 3.3. Hình dạng vòm khẩu theo chỉ số kích thước vòm khẩu (PI)

PI	Kích thước vòm khẩu
PI < 86,56	Vòm khẩu hẹp
86,56 ≤ PI ≤ 100,22	Vòm khẩu trung bình
PI > 100,22	Vòm khẩu rộng

3.2. Tương quan giữa đặc điểm hình thái vòm khẩu cái với hình dạng vòm khẩu

3.2.1 Số lượng vòm khẩu cái theo hình dạng vòm khẩu cái

Số lượng vòm khẩu cái hai bên phần hàm và tổng số vòm khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các vòm khẩu hẹp, vòm khẩu trung bình và vòm khẩu rộng ($p > 0,05$) (Bảng 3.4).

Bảng 3.5. Đặc điểm phương hướng vân khẩu cái theo kích thước vòm khẩu

	Vòm khẩu hẹp			Vòm khẩu trung bình			Vòm khẩu rộng			p*
	TB ± ĐLC	Trung vị	Khoảng	TB ± ĐLC	Trung vị	Khoảng	TB ± ĐLC	Trung vị	Khoảng	
Vân ra trước	3,43±1,98	3	(0-9)	3,41±1,8	3	(0-9)	3,72± 2	4	(0-8)	0,380
Vân nằm ngang	0,64±0,71	1	(0-2)	0,89±1,0	1	(0-5)	0,81±0,7	1	(0-2)	0,268
Vân ra sau	4,28±1,6	4	(1-8)	4±1,85	4	(0-10)	3,99±1,9	4	(0-9)	0,392

*: Kiểm định Kruskal Wallis

IV. BÀN LUẬN

Theo y văn thế giới, nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa hình dạng vòm và vòm khẩu còn rất hiếm, chúng tôi được biết đến nay, vấn đề này chỉ được ghi nhận một cách khái quát trong nghiên cứu của Kapali và cs bằng phương pháp quan sát trực tiếp mẫu hàm: ở vòm khẩu cái rộng (người thổ dân châu Úc) thì vân có khuynh hướng gia tăng số lượng so với vòm khẩu hẹp (người da trắng châu Úc) [3]. Vân khẩu cái là cấu trúc hiện diện trên vòm khẩu do đó mối liên hệ giữa chúng nên được quan tâm nhiều hơn.

Trong nghiên cứu này chúng tôi phân loại hình dạng vòm khẩu cái theo chỉ số kích thước vòm khẩu-PI (dựa trên nghiên cứu của tác giả D'Souza A.S và cs, 2002 [2]).

Theo đó vòm khẩu được chia làm ba dạng: vòm khẩu hẹp, vòm khẩu trung bình và vòm khẩu rộng. Sau đó chúng tôi khảo sát mối tương quan giữa hình thái vân khẩu cái và hình dạng vòm khẩu cái thông qua 4 đặc điểm sinh trắc học cơ bản gồm số lượng, chiều dài, hình dạng và phương hướng của vân. Kết quả chúng tôi ghi nhận chỉ có đặc điểm hình dạng vân là có sự khác biệt với hình dạng vòm khẩu có ý nghĩa thống kê. Phân tích Kruskal Wallis cho thấy: vòm khẩu cái rộng có số lượng vân cong nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với vòm khẩu trung bình và hẹp. Ngược lại, vòm khẩu cái hẹp có nhiều vân lượn sóng hơn vòm khẩu trung bình và rộng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p=0,022 < 0,05$). Điều này có thể do vòm cong kích thước lớn hơn vân lượn sóng, do đó cần nhiều không gian để hình thành và phát triển hơn. Các đặc điểm hình thái còn lại như số lượng, chiều dài, phương hướng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các loại vòm khẩu khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên khảo sát mối liên hệ giữa vân và hình dạng vòm khẩu bằng hình ảnh ba chiều của mẫu hàm nên không so sánh với nghiên cứu khác được. Kết quả nghiên cứu này góp phần xây dựng nên một cơ sở dữ liệu ban đầu về mối tương quan giữa

hình thái vân và hình dạng vòm khẩu trên người Việt Nam, tạo nền tảng cho các nghiên cứu khác trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Chỉ có đặc điểm hình dạng vân là có sự khác biệt với hình dạng vòm khẩu có ý nghĩa thống kê. Hình dạng vân phổ biến nhất là vân dạng cong và lượn sóng, kể đến là vân dạng thẳng, vân hội tụ là vân có số lượng ít nhất ở cả ba dạng vòm khẩu.

Vòm khẩu cái rộng có số lượng vân cong nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với vòm khẩu trung bình và hẹp. Ngược lại, vòm khẩu cái hẹp có nhiều vân lượn sóng hơn vòm khẩu trung bình và rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Buchtova M, Tichy F, Putnova I, Misek I (2003), "The development of palatal rugae in the European pine vole, *Microtus subterraneus* (Arvicolidae, Rodentia)", *Folia Zool*, 52, pp.127-136.
2. D'Souza A.S, Mamatha H, Jyothi N (2012), "Morphometric analysis of hard palate in south Indian skulls", *Biomedical Research*, 23, pp.173-175.
3. Kapali S, Townsend G, Richards L, Parish T (1997), "Palatal rugae patterns in Australian Aborigines and Caucasians", *Australian Dental Journal*, 42, pp.129-133.
4. Simmons J.D., Moore R.N., Erickson L.C (1987), "A longitudinal study of anteroposterior growth changes in the palatine rugae", *J. Dent. Res*, 66, pp.1512-1515
5. Taneva E.D, Johnson A, Viana G, Evans C.A (2015), "3D evaluation of palatal rugae for human identification using digital study models", *Journal of Forensic Dental Sciences*, 7, pp.244-252.
6. Taylor P, Wilson M, Lyons T.J, (2002), "Forensic odontology lessons: multishooting incident at Port Arthur, Tasmania", *Forensic Science International*, 130, pp.174-182.
7. Thomas CJ, Kotze TJVW(1983), "The palatal rugae: a new classification", *J Dental Assoc South Africa*, 38, pp.53-76
8. Venegas V.H, Valenzuela J.S.P, López M.C, Galdames I.C.S (2009), "Palatal Rugae: Systematic Analysis of its Shape and Dimensions for Use in Human Identification", *Int.J.Morphol*, 27, pp.819-825.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG BỆNH SỐT MÒ TẠI KHU VỰC TÂY BẮC

Trần Quang Phục¹, Nguyễn Văn Ba², Nguyễn Văn Chuyên²
Nguyễn Thế Anh², Nguyễn Trọng Chính²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh sốt mò tại khu vực Tây Bắc (2016-2017). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu trên 230 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh sốt mò tại 4 bệnh viện đa khoa tỉnh khu vực Tây Bắc nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và phân tích yếu tố nguy cơ mắc bệnh sốt mò của khu vực. **Kết quả:** Cả 4 tỉnh khảo sát đều có bệnh nhân sốt mò. Tỉnh có số bệnh nhân sốt mò nhiều nhất là Điện Biên (33,91%), tiếp đến là Hòa Bình (30,00%), Sơn La (20,87%), thấp nhất là Lai Châu (15,22%). Sốt mò xuất hiện vào tất cả các tháng trong năm, bệnh thường tăng từ tháng 4, đạt đỉnh vào tháng 5 và duy trì ở các tháng 6, 7, 8 và 9. Bệnh thường giảm từ tháng 10 và thấp vào tháng 2. Bệnh gặp nhiều ở đối tượng nông dân và tập trung ở lứa tuổi lao động. **Kết luận:** Bệnh sốt mò có triệu chứng giống với nhiều bệnh nhiễm trùng khác nên là bệnh khó chẩn đoán, bệnh gặp ở nhiều địa phương của khu vực Tây Bắc và có quy luật phát triển theo mùa.

Từ khóa: Dịch tễ lâm sàng, sốt mò, Tây Bắc.

SUMMARY

SOME CHARACTERISTICS OF CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL OF SCRUB TYPHUS IN THE NORTH-WEST REGION

Objective: To describe some characteristics of clinical epidemiological of the Scrub typhus in the North-West region of Vietnam (2016-2017). **Subject and study methodology:** Retrospective study was carried out in 230 patient records who was diagnosed/confirmed as Scrub typhus in 4 provincial poly-hospitals of the north-west region in order to describe the clinical epidemiological characteristic and to analyze the risk of Scrub typhus in the region. **Results:** There were Scrub typhus patients in all 4 studied provinces. Dien Bien is the province with the highest number of the patients (33.91%), following by Hoa Binh (30.00%), Son La (20.87%), and it is lowest in Lai Chau (15.22%). The Scrub typhus occurred in all months of the year. The disease is often high in April, with high peak in May and maintained in June, July, August and September. The disease is reduced from October and low in February. The disease was found mainly in the farmers and the people at working age. **Conclusion:** The Scrub typhus has symptom like

other infectious diseases, therefore, it is difficult to diagnose. The disease is available in many localities of the Northwest region and it is seasonal transmission.

Keywords: Clinical epidemiology, Scrub typhus, North-West.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt Mò (Scrub Typhus) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do *Rickettsia Orientalis* gây nên, bệnh từ động vật truyền cho người qua côn trùng trung gian là ấu trùng mò. Bệnh thường lưu hành ở những vùng rừng núi, trung du và nông thôn, nơi có nhiều cây cối rậm rạp, cỏ dại, đất mùn ẩm ướt ... có nhiều thú vật mang mầm bệnh, thường là các loài gặm nhấm và có nhiều trung gian truyền bệnh là con Mò. Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu hay gặp ở độ tuổi lao động. Sốt Mò gặp khá phổ biến ở nhiều nước châu Á và Thái Bình Dương trong đó có Việt Nam. Việt Nam nằm trong vùng lưu hành của bệnh sốt mò [1].

Do bệnh cảnh lâm sàng của Sốt mò phong phú, đa dạng, không điển hình, dễ nhầm lẫn với Thương hàn, Sốt rét hay nhiễm siêu vi như Sốt xuất huyết Dengue...; cùng với việc thiếu các xét nghiệm đặc hiệu nên bệnh Sốt Mò thường bị bỏ sót. Vết loét đặc hiệu ngoài da có giá trị chẩn đoán bệnh sốt mò nhưng chỉ có ở một số bệnh nhân [2].

Bệnh Sốt Mò một khi được chẩn đoán thì điều trị thường khá đơn giản và ít tốn kém vì vi khuẩn này, cho đến nay, vẫn còn nhạy cảm với nhiều loại kháng sinh như: Doxycilin, Cloramphenicol.... Tuy nhiên, khi không được phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh có thể gây sốt kéo dài nhiều tuần, điều trị tốn kém, thậm chí có thể gây tử vong vì những biến chứng như Sốc nhiễm khuẩn, Viêm cơ tim, Viêm phổi nặng, Viêm não-màng não ... Miễn dịch sau khi mắc bệnh thường không bền vững, tái phát có thể xảy ra [2].

Trên thực tế, nhiều bệnh nhân sốt mò vẫn chưa được nhận biết ở các tuyến y tế cơ sở, việc điều trị nhiều khi còn chậm trễ dẫn tới những biến chứng ở bệnh nhân sốt mò. Vì vậy, việc tiến hành nghiên cứu cụ thể các biểu hiện lâm sàng, biến đổi cận lâm sàng của sốt mò và đánh giá hiệu quả phác đồ điều trị bệnh bằng Doxycycline và Chloramphenicol là rất cần thiết để đề xuất cách tiếp cận chẩn đoán cũng như điều trị bệnh sốt mò phù hợp cho y tế tuyến cơ sở [2]. Với

¹Viện sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Trung ương

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: tquangphuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/2/2019

Ngày phản biện khoa học: 1/3/2019

Ngày duyệt bài: 9/3/2019

những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau: *Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh sốt mò tại khu vực Tây Bắc (2016-2017).*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Hệ thống sổ sách, bệnh án, cơ sở dữ liệu thứ cấp các trường hợp mắc bệnh sốt mò tại các bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La, Điện Biên, Lai Châu và Hòa Bình từ 01/1/2016-31/12/2017.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai tại 4 tỉnh của Tây Bắc, gồm: Sơn La, Điện Biên, Lai Châu và Hòa Bình. Đây là những tỉnh có tỷ lệ mắc bệnh sốt mò cao và là vùng trọng điểm về chính trị, an ninh, quốc phòng.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trong 24 tháng, từ 01/1/2016-31/12/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu các ca bệnh sốt mò tại 4 bệnh viện tỉnh trong 2 năm.

2.2.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Số lượng bệnh nhân nghiên cứu: toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán sốt mò nằm điều trị tại khoa Truyền nhiễm, của 4 bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình, Sơn La, Điện Biên và Lai Châu từ 1/1/2016-31/12/2017. Thực tế số lượng bệnh nhân sốt mò đủ điều kiện lựa chọn vào nghiên cứu là 230 người. Bệnh nhân nghiên cứu được xác định là sốt mò khi có một trong các tiêu chuẩn cận lâm sàng sau:

- IgM ELISA mẫu HT cấp hoặc HT khỏi bệnh dương tính.

- IHC dương tính.

- IgM hoặc IgG IFA ít nhất một mẫu HT dương tính ở hiệu giá $>1/400$, hoặc hiệu giá IFA HT khỏi bệnh ≥ 4 lần so với HT cấp.

- IgG ELISA hoặc test nhanh dương tính, và có vết loét điển hình của sốt mò ở ngoài da.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

- Nghiên cứu, phân tích đặc điểm bệnh nhân sốt mò điều trị tại 4 bệnh viện đa khoa tỉnh khu vực Tây Bắc.

- Phân tích một số đặc điểm dịch tễ bệnh nhân sốt mò khu vực Tây Bắc.

- Phân tích, xác định nguy cơ mắc bệnh sốt mò cho cộng đồng tại khu vực Tây Bắc: nguồn bệnh, điều kiện lây nhiễm bệnh, đối tượng nguy cơ.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học trên máy tính theo chương trình SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả thống kê trong 2 năm (1/2016-12/2017) tại các bệnh viện tuyến tỉnh của 4 tỉnh Tây Bắc, chúng tôi đã xác định được 230 bệnh nhân mắc sốt mò và đưa vào phân tích số liệu cuối cùng, trong đó, 226 người có IgM ELISA với *O.tsutsugamushi* mẫu huyết thanh cấp/huyết thanh khỏi bệnh dương tính; 3 người có IgG ELISA (+) và 1 người có test nhanh (+) và có vết loét đặc hiệu ngoài da.

Trong số 230 bệnh nhân nghiên cứu, 160 người đã qua y tế xã, chiếm 69,57%; số bệnh nhân đã qua bệnh viện huyện là 105 người, chiếm 45,65%. Số bệnh nhân đến thẳng bệnh viện tỉnh là 60 ca, chiếm 26,09%. Các chẩn đoán của y tế tuyến xã và huyện được trình bày trong bảng sau:

Bảng 3.1. Các chẩn đoán của tuyến xã và tuyến huyện (n=170)

Chẩn đoán	Số BN	Tỷ lệ %	Chẩn đoán	Số BN	Tỷ lệ %
Sốt mò/ <i>rickettsiosis</i>	13	7,65	Sởi, sốt phát ban	3	1,76
Không rõ chẩn đoán	81	47,65	Sốt rét	4	2,35
Virose	12	7,06	<i>Leptospirose</i>	2	1,18
Viêm não, màng não	7	4,12	Dengue xuất huyết	4	2,35
Thương hàn	9	5,29			
Nhiễm trùng huyết	9	5,29	Bệnh thận	3	1,76
Viêm phổi	7	4,12	Các chẩn đoán khác	7	4,12
Nhiễm trùng gan mật	11	6,47			

Nhận xét: Trong số các bệnh nhân đã qua y tế tuyến xã và tuyến huyện, chỉ có 7,65% được chẩn đoán đúng, số còn lại có chẩn đoán không đúng, và rất đa dạng, bao gồm các bệnh sốt do các căn nguyên khác.

Trong số 230 bệnh nhân nghiên cứu, chỉ có 30 người chưa dùng kháng sinh trước lúc vào viện, chiếm 13,04%; 200 người đã được dùng kháng sinh, chiếm 86,96%. Tình trạng sử dụng kháng sinh của bệnh nhân trước lúc vào viện được trình bày trong bảng sau.

Bảng 3.2. Tình hình sử dụng kháng sinh trước lúc vào viện (n=230)

Kháng sinh	n	Tỷ lệ %	Kháng sinh	n	Tỷ lệ %
Không dùng KS	30	13,04	Quinolone mới	17	7,39
Không rõ tên KS	74	32,17	Lincomycin	7	3,04
KS chống <i>Rickettsia</i> *	20	8,70	Gentamycin	21	9,13
Peni/Amoxicillin	55	23,91	Metronidazole	7	3,04
Cephalosporin	47	20,43	≥ 2 KS	55	23,91

KS chống *rickettsia* (doxycycline hoặc chloramphenicol) 1-2 ngày, đơn độc hoặc phối hợp với các kháng sinh khác.

Nhận xét: Chỉ có 8,70% số bệnh nhân được điều trị kháng sinh chống sốt mò ở tuyến dưới; phần lớn bệnh nhân được dùng kháng sinh không phù hợp với bệnh, trong đó có nhiều kháng sinh đắt tiền, và phối hợp nhiều kháng sinh.

***Phân bố của bệnh nhân sốt mò theo tuổi và giới:** Trong số 230 ca bệnh có 116 người là nam, chiếm 50,43% (95% CI: 44.2% - 56.9%); 114 người là nữ, chiếm 49,57% (95% CI: 43.1% - 55.8%). Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $46,54 \pm 18,56$ (giới hạn 10 – 85 tuổi); có 6 bệnh nhân là trẻ em ≤ 15 tuổi, chiếm 2,61% (95% CI: 1,4%-6,2%).

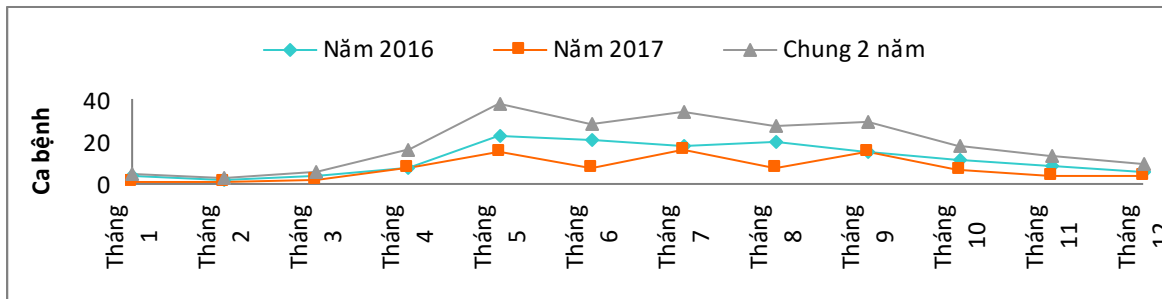
Bảng 3.3. Phân bố của bệnh nhân sốt mò theo lứa tuổi (n=230)

Lứa tuổi	Số BN	Tỷ lệ %	Lứa tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
≤ 20 tuổi	20	8,70	51-60	34	14,78
21-30	31	13,48	61-70	29	12,61
31-40	37	16,09	>70 tuổi	24	10,43
41-50	55	23,91	Tổng cộng	230	100,00

Nhận xét: Tất cả các nhóm tuổi ở vùng dịch tễ đều có nguy cơ phơi nhiễm và đều có thể mắc sốt mò. Lứa tuổi có số bệnh nhân sốt mò cao nhất là 31-40, 41-50, và 51-60; tuy nhiên, cả những người cao tuổi (>60) cũng có nguy cơ bị bệnh.

***Phân bố của bệnh nhân sốt mò theo tháng**

Phân bố của bệnh nhân sốt mò theo tháng được trình bày ở hình sau.

**Biểu đồ 3.1. Phân bố của bệnh nhân sốt mò theo tháng**

Nhận xét: Sốt mò xuất hiện vào tất cả các tháng trong năm, cao điểm là từ tháng 4 đến tháng 11 đối với năm 2016 và từ tháng 4 đến tháng 9 đối với năm 2017. Đánh giá chung, quy luật bệnh sốt mò bắt đầu tăng từ tháng 4, đạt đỉnh vào tháng 5 và duy trì ở các tháng 6, 7, 8 và 9. Bệnh bắt đầu giảm từ tháng 10 và thấp nhất vào tháng 2.

***Phân bố của sốt mò theo địa phương**

Bảng 3.4. Phân bố của bệnh nhân sốt mò theo tỉnh

Tỉnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hòa Bình	69	30,00
Sơn La	48	20,87
Điện Biên	78	33,91
Lai Châu	35	15,22
Cộng	230	100,00

Nhận xét: cả 4 tỉnh khảo sát đều có bệnh

nhân sốt mò được khám, phát hiện và điều trị tại các bệnh viện đa khoa tỉnh. Tỉnh có số bệnh nhân sốt mò nhiều nhất là Điện Biên (chiếm 33,91% số ca bệnh sốt mò của 4 tỉnh), tiếp đến là Hòa Bình (30,00%), Sơn La (20,87%), thấp nhất là Lai Châu (15,22%).

***Tính chất lưu hành của sốt mò:** Trong số 88 xã có bệnh nhân sốt mò đến điều trị tại các bệnh viện đa khoa của 4 tỉnh trong thời gian 2 năm nghiên cứu, 49 xã chỉ có 1 bệnh nhân

(chiếm 55,68% số xã); 16 xã có 6 bệnh nhân (chiếm 18,18%), 5 xã có 5 bệnh nhân (chiếm 5,68%), có 8 xã có 4 bệnh nhân (chiếm 9,09%), 10 xã có 2 bệnh nhân (chiếm 11,36%).

Phần lớn các trường hợp sốt mò trong cùng một xã là các ca bệnh lẻ tẻ, xuất hiện vào các thời điểm khác nhau. Ở một số ít xã, các ca bệnh xuất hiện trong cùng một tháng hoặc các tháng liên tiếp. Chỉ có hai trường hợp là anh em có cùng tiền sử phơi nhiễm.

***Phân bố của sốt mò theo nghề nghiệp và nơi cư trú của bệnh nhân**

Bảng 3.5. Phân bố của sốt mò theo nghề nghiệp của bệnh nhân (n=230)

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ %
Làm ruộng	129	56,09
Học sinh	18	7,83
Giáo viên	4	1,74
Bán hàng	8	3,48
Nội trợ/ở nhà	48	20,87
Các nghề khác	23	10,00

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân sốt mò được phát hiện, chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện đa khoa của 4 tỉnh đều là nông dân làm ruộng (chiếm 56,09%). Số bệnh nhân là nội trợ hoặc ở nhà chiếm 20,87%.

***Phơi nhiễm với chuột và ấu trùng mò**

Trong số 230 bệnh nhân nghiên cứu, có 210 người có thấy chuột ở trong và quanh nhà, chiếm 91,30% (95% CI: 90,7% - 97,3%); chỉ có 18/230 bệnh nhân phát hiện bị mò đốt trước khi bị bệnh, chiếm 7,83% (95% CI: 3,7% - 10,9%).

IV. BÀN LUẬN

***Phân bố của bệnh nhân sốt mò theo địa phương:** Cả 4 tỉnh nghiên cứu đều có bệnh nhân sốt mò được khám, phát hiện và điều trị tại các bệnh viện đa khoa tỉnh. Tỉnh có số bệnh nhân sốt mò nhiều nhất là Điện Biên (chiếm 33,91% số ca bệnh sốt mò của 4 tỉnh), tiếp đến là Hòa Bình (30,00%), Sơn La (20,87%), thấp nhất là Lai Châu (15,22%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sốt mò có phân bố rất rộng rãi. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thanh Thủy và Lê Đăng Hà cho thấy, có bệnh nhân đến từ 24 tỉnh và thành phố [3]. Như vậy, sốt mò có khả năng lưu hành ở tất cả các địa phương, ít nhất là Bắc Trung bộ. Một trong những cơ sở khẳng định cho nhận định này là phân bố rộng rãi của mò *Leptotrombidium* ở tất cả các vùng miền và các địa hình của nước ta, theo kết quả khảo sát của Nguyễn Văn Châu [4]. Nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu tương tự khác là

tiền đề cho các nghiên cứu sâu và rộng hơn về dịch tễ học của sốt mò ở nước ta.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được thu thập tại các khoa truyền nhiễm của 4 bệnh viện đa khoa tỉnh. Vì vậy, hầu hết những bệnh nhân này là những bệnh nhân nặng hoặc chưa rõ chẩn đoán từ các tuyến huyện chuyển lên. Tuy nhiên, số bệnh nhân sốt mò được phát hiện và điều trị tại các bệnh viện tuyến tỉnh chỉ là phần nổi của một tảng băng chìm, vì không phải tất cả những bệnh nhân sốt mò ở các huyện đều được chuyển đến bệnh viện tỉnh. Các yếu tố ảnh hưởng đến lượng bệnh nhân đến bệnh viện tuyến tỉnh là tình trạng nặng của bệnh, khả năng chi trả của người bệnh, khoảng cách từ nơi ở đến bệnh viện, điều kiện giao thông và khả năng chẩn đoán sốt mò của các bác sĩ tại các cơ sở y tế tuyến huyện. Số lượng bệnh nhân không đồng đều giữa các tỉnh không chỉ phản ánh một phần mức độ lưu hành thực sự của bệnh mà phụ thuộc trước hết vào điều kiện giao thông của các tỉnh. Gánh nặng bệnh tật thực sự của sốt mò tại các địa phương chắc chắn vượt xa con số bệnh nhân được phát hiện và điều trị tại các bệnh viện tỉnh.

***Phân bố của bệnh nhân sốt mò theo tháng:** Sự phân bố của sốt mò theo tháng có liên quan chặt chẽ đến mùa phát triển của mò. Sự thay đổi về số lượng/mật độ của quần thể mò là một yếu tố ảnh hưởng đến tần suất mắc sốt mò ở vùng bệnh lưu hành. Các tỉnh Tây Bắc có khí hậu nhiệt đới gió mùa, với thời tiết ẩm và ẩm từ cuối mùa xuân cho tới cuối mùa thu, thời gian có số bệnh nhân sốt mò đồng nhất có thể trùng với giai đoạn phát triển thuận lợi nhất của quần thể mò. Tuy nhiên, đối với các tỉnh Miền Nam và Miền Trung là nơi có khí hậu ẩm hơn Miền Bắc, mùa mưa diễn ra vào thời điểm khác với các tỉnh phía Bắc, chu kỳ phát triển của quần thể mò có thể khác biệt và tính chất mùa của bệnh có thể sẽ không hoàn toàn giống với nghiên cứu của chúng tôi.

***Tính chất lưu hành của sốt mò:** Phần lớn bệnh nhân sốt mò trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có người sốt tương tự trong vòng 1 tháng tại địa phương. Phân bố bệnh nhân tại 4 tỉnh thấy, bệnh nhân đến từ 88 xã của hầu hết các huyện thuộc 4 tỉnh nghiên cứu. Trong đó, có 49 xã chỉ có 1 bệnh nhân (chiếm 55,68% số xã); 16 xã có 6 bệnh nhân (chiếm 18,18%), 5 xã có 5 bệnh nhân (chiếm 5,68%), có 8 xã có 4 bệnh nhân (chiếm 9,09%), 10 xã có 2 bệnh nhân (chiếm 11,36%). Phần lớn các trường hợp sốt mò trong cùng một xã là các ca bệnh lẻ tẻ, xuất hiện vào các thời điểm khác nhau. Ở một số ít xã,

các ca bệnh xuất hiện trong cùng một tháng hoặc các tháng liên tiếp. Chỉ có hai trường hợp là anh em có cùng tiền sử phơi nhiễm. Điều đó chứng tỏ, sốt mò thường xảy ra lẻ tẻ. Các trường hợp bệnh xuất hiện vào các thời điểm khác nhau ở cùng một xã nói lên tính lưu hành của bệnh tại địa phương và những trường hợp bệnh xuất hiện trong cùng tháng hoặc các tháng liên tiếp nói lên tính chất mùa của bệnh. Đặc biệt, hai ca bệnh là anh em có cùng tiền sử phơi nhiễm nói lên sự tồn tại của các "đào mò" có khả năng lây nhiễm cao. Điều này phù hợp với nhận định của Ar Kar Aung về tầm di chuyển hạn chế của ấu trùng mò và sự hình thành các "điểm nóng" ("hot spots") trong lây nhiễm sốt mò [6].

***Phân bố của sốt mò theo nghề nghiệp và nơi cư trú của bệnh nhân:** Hầu hết bệnh nhân sốt mò được phát hiện, chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện đa khoa của 4 tỉnh đều là nông dân làm ruộng (chiếm 56,09%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Chính, 95,1% bệnh nhân là người ở nông thôn [7]. Tỷ lệ bệnh nhân sống ở nông thôn trong nghiên cứu của của Phạm Thanh Thủy và Lê Đăng Hà là 76,6% [3]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định sốt mò là bệnh của các vùng nông thôn; những người làm ruộng có nguy cơ phơi nhiễm với ấu trùng mò cao nhất và là đối tượng chính bị bệnh.

Trong số các bệnh nhân của chúng tôi, có một bộ phận nhỏ là người sống ở thị xã, thị trấn và các thành phố. Một số người có tiền sử đi xa, nhưng cũng có những người mắc bệnh ngay tại địa phương, tương tự như nghiên cứu của Phạm Thanh Thủy và Lê Đăng Hà [3]. Nguyên nhân của tình trạng nhiễm sốt mò tại các thị xã/thị trấn và thành phố, theo chúng tôi, là sự tồn tại của các khoảng đất/vườn ở các hộ gia đình hay ngay trong lòng các vùng mới được đô thị hóa, là những nơi quần thể mò chuột có thể tồn tại.

***Phơi nhiễm với chuột và ấu trùng mò:** Có 91,30% số bệnh nhân nghiên cứu báo cáo có thấy chuột ở quanh nhà. Tỷ lệ chuột tại nơi cư trú cao như vậy cho thấy có sự tiếp xúc gần của người với quần thể chuột-mò là vòng lưu hành tự nhiên của bệnh. Chỉ có 7,83% số bệnh nhân báo cáo có thấy bị mò đốt trước khi bị bệnh. Trong nghiên cứu của của Phạm Thanh Thủy và Lê Đăng Hà, không có bệnh nhân nào nhận thấy bị mò đốt trước khi bị bệnh chỉ thấy 1/71 bệnh nhân báo cáo về tiền sử bị mò đốt [3]. Lý do của tỷ lệ biết có mò đốt thấp là do ấu trùng mò có kích thước rất nhỏ, thường đốt ở những vùng kín và vết đốt thường không gây đau hoặc ngứa tại

chỗ. Vì vậy, hỏi tiền sử mò đốt có rất ít giá trị cho chẩn đoán bệnh.

V. KẾT LUẬN

Cả 4 tỉnh khảo sát đều có bệnh nhân sốt mò. Tỉnh có số bệnh nhân sốt mò nhiều nhất là Điện Biên (33,91%), tiếp đến là Hòa Bình (30,00%), Sơn La (20,87%), thấp nhất là Lai Châu (15,22%). Sốt mò xuất hiện vào tất cả các tháng trong năm, bệnh thường tăng từ tháng 4, đạt đỉnh vào tháng 5 và duy trì ở các tháng 6, 7, 8 và 9. Bệnh thường giảm từ tháng 10 và thấp vào tháng 2.

Một số yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ mắc bệnh sốt mò, gồm: đặc điểm nghề nghiệp và tuổi. Nông dân có nguy cơ bị sốt mò cao hơn nghề khác, tỷ lệ nông dân có kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* và bị sốt mò chiếm tỷ lệ cao nhất (tương ứng 24,68% và 56,09%). Lứa tuổi lao động có nguy cơ bị sốt mò cao hơn các lứa tuổi khác, tỷ lệ có kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* và bị bệnh sốt mò cao nhất ở lứa tuổi 31-40.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lerdthusnee, K, w. Leepitakrat, s. Insuan, T. Monkanna, s. Leepitakrat, et al (2010), "Scrub Typhus Diagnostics: Which Works Best?", *Department of Entomology US Army Medical Component – Armed Forces Research Institute of Medical Sciences*, Bangkok 10400, Thailand.
2. Bộ Y tế (2016), "Bệnh Sốt Mò", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Một số bệnh truyền nhiễm, NXB Y học, Hà Nội, trang 60 – 64.
3. Phạm Thanh Thủy, Lê Đăng Hà, Cao Văn Viên (2006), "Đặc điểm dịch tễ sốt mò các trường hợp điều trị tại viện y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới, 2001-2003, *Tạp chí Y học dự phòng 2006 tập XVI*, số 1 (79), trang 59-63.
4. Nguyễn Văn Châu, Bạch Ngọc Luyện, Nguyễn Quang Thái (2010), "Kết quả điều tra chuột, mò và mầm bệnh sốt mò (*Orientia tsutsugamushi*) tại một số điểm ở miền Trung và Tây Nguyên", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14, tr.207-213.
5. Berman SJ, Kundin WD (1973), Scrub typhus in South Vietnam. A study of 87 cases, *Ann Intern Med*, 79:26 – 30.
6. Ar Kar Aung et al (2014), Rickettsia Infections in Southeast Asia: Implications for Local populace and Febrile Returned Travelers, *Am J Trop Med Hug* 91(3), 451-460
7. Nguyễn Trọng Chính (2004), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân Sốt mò tại viện 108 (1998-2003)", *Tạp chí y học thực hành*, số 3 tập 474, Hà Nội, trang 61-64.
8. Sirisanthana Virat, Puthanakit, Thanyawee, Sirisanthana Thira (2003), epidemiologic, Clinical and laboratory features of scrub typhus in thirty thai Children, *pediatric infectious disease journal*, 22 (4): 341-345.

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Ở SINH VIÊN HỆ ĐA KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI: NHU CẦU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Bùi Văn Nhơn*, Đoàn Bảo Ngọc*, Cao Mạnh Long*,
Trịnh Thị Thu Hương*, Cao Thị Thuý Anh*, Nguyễn Thị Hồng Vân*,
Đoàn Tử Minh Nhật*, Đặng Đức Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nhu cầu nghiên cứu khoa học (NCKH) của sinh viên hệ bác sĩ đa khoa (BSĐK) trường Đại học Y Hà Nội, năm 2017 và một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** 95,6% SV cho rằng cần thiết tham gia NCKH. Nhu cầu tham gia các khóa học cao nhất là thiết kế nghiên cứu cơ bản (51,6%), phân tích số liệu (44,6%), viết bài báo (42,8%). Phân tích hồi quy logistic đa biến, nhóm SVY4-6 có nhu cầu tham gia NCKH cao hơn nhóm SVY1-3 (OR = 6,69, 95%CI: 2,47 – 19,34), nhóm SV chưa được đào tạo về NCKH có nhu cầu tham gia khóa học NCKH cao hơn nhóm SV đã được đào tạo (OR = 2,45, 95%CI: 1,22 – 4,96). **Kết luận:** Nhu cầu nghiên cứu khoa học ở sinh viên hệ BSĐK trường Đại học Y Hà Nội là rất lớn.

Từ khóa: Nhu cầu, nghiên cứu khoa học, sinh viên bác sĩ đa khoa.

SUMMARY

THE NEEDS OF SCIENTIFIC RESEARCH AMONG GENERAL DOCTOR STUDENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY AND SOME RELATED FACTORS

Objectives: To determine the needs of scientific research among general doctor students at Hanoi Medical University, in 2017; and some related factors.

Results: 95.6% of students taking part in this research want to participate in scientific research activities. The courses that more students want to take part in were basic research design (51.6% of the students), data analysis (44.6% of the students) and article writing (42.8% of the students). According to multivariable logistic regression analysis, students in Y4-6 group had higher demand for research activities than students in Y1-3 group (OR = 6.69, 95% CI: 2.47 - 19.34). The need of training of student group who hadn't been coached yet was higher than that of previously trained student group (OR = 2.45, 95% CI: 1.22 - 4.96). **Conclusion:** The needs of scientific research among general doctor students at Hanoi Medical University were high.

Keywords: Needs, scientific research, general doctor students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học thực chứng có vai trò quan trọng trong

nền y học hiện đại [1]. Nghiên cứu khoa học là một trong những kỹ năng cần thiết đối với cán bộ nhân viên y tế. Trên thế giới, các trường đại học y khoa đều đẩy mạnh vấn đề nghiên cứu của sinh viên và đạt được những kết quả cao [2]. Ở Việt Nam, gần đây vấn đề nghiên cứu khoa học, trong đó có vấn đề nghiên cứu khoa học ở sinh viên đã được quan tâm. Tuy nhiên, thực tế cho thấy số lượng và chất lượng các nghiên cứu y khoa tại Việt Nam còn hạn chế [3]. Sinh viên y khoa, đặc biệt là sinh viên hệ bác sĩ đa khoa gặp nhiều khó khăn trong tiếp cận và tham gia NCKH [4]. Bên cạnh đó, kinh nghiệm nghiên cứu của sinh viên có liên quan tới khả năng nghiên cứu trong tương lai [5]. Sinh viên hệ BSĐK có nhận thức được sự cần thiết của việc tham gia hoạt động NCKH, và có nhu cầu tham gia NCKH hay không? Có những yếu tố nào ảnh hưởng đến nhu cầu NCKH của sinh viên hệ BSĐK? Xác định nhu cầu học tập và tham gia NCKH của sinh viên hệ BSĐK, có vai trò rất quan trọng trong lập kế hoạch và đưa ra những chiến lược phù hợp để phát triển hoạt động NCKH ở nhóm đối tượng này. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với 2 mục tiêu:

1. *Xác định nhu cầu nghiên cứu khoa học của sinh viên hệ bác sĩ đa khoa trường Đại học Y Hà Nội, năm 2017.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến nhu cầu nghiên cứu khoa học của sinh viên hệ bác sĩ đa khoa trường Đại học Y Hà Nội, năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên hệ BSĐK trường Đại học Y Hà Nội từ năm 1 đến năm 6.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 3/2017 đến tháng 12/2017, tại trường Đại học Y Hà Nội.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.4. Mẫu nghiên cứu

a) *Cỡ mẫu: được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu theo một tỷ lệ theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới với cỡ mẫu dự kiến của nghiên cứu theo tính toán là 780 sinh viên. Thực tế nghiên cứu được thực hiện ở 810 sinh viên.

b) *Cách chọn mẫu: Sử dụng cách chọn mẫu nhiều bậc, ngẫu nhiên. Sinh viên hệ BSĐK được

*Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Nhơn
Email: drbuihon@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18/12/2018
Ngày phản biện khoa học: 10/1/2019
Ngày duyệt bài: 27/2/2019

chia thành 6 khối, chọn ngẫu nhiên đơn mỗi khối 2 lớp, sau đó ở mỗi lớp chọn 65 sinh viên đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: Số liệu được thu thập bởi bộ câu hỏi tự điền đã được thiết kế và được thử nghiệm trước khi áp dụng. Đối tượng nghiên cứu tự trả lời bộ câu hỏi dưới sự hướng dẫn và giám sát của nhóm nghiên cứu.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bởi phần mềm Epidata 3.1, và được phân tích bằng phần mềm R 3.4.1. Thống kê mô tả và suy luận đều được thực hiện, mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ được sử dụng trong thống kê suy luận. Thống kê mô tả: Tần số, tỷ lệ %. Thống kê suy luận sử dụng kiểm định χ^2 và Fisher's exact test, phân tích hồi quy logistic đơn biến và logistic đa biến.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Sinh viên được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu. Sinh viên đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Sinh viên có quyền rút ra khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

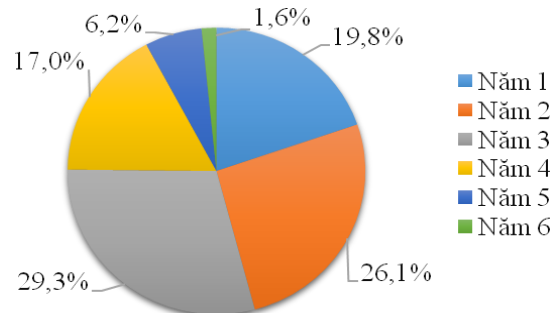
Trong số 810 sinh viên tham gia nghiên cứu có 436 (53,8%) sinh viên nam và 374 (46,2%) sinh viên nữ. Trong đó, có 437 sinh viên khối Y1,2,3 (54,0%) và 373 sinh viên khối Y4,5,6 (46,0%). Phần lớn sinh viên trước khi học đại học ở vùng nông thôn (75,5%), hiện tại ở trọ hoặc kí túc xá (87,4%). Có 14,4% sinh viên tham gia CLB học tập hoặc ngoại ngữ, 30,9% tham gia các CLB khác, 54,7% không tham gia CLB nào. Hầu hết sinh viên đạt điểm trung bình học tập ở mức khá (70,4%), giỏi-xuất sắc (18,0%) và trung bình chiếm 11,6%. Có 37,3% sinh viên đã được đào tạo về NCKH, 13,3% sinh viên đã từng tham gia NCKH.

Bảng 1. Nhu cầu và lý do sinh viên mong muốn tham gia nghiên cứu khoa học

Lý do sinh viên muốn tham gia hoạt động NCKH	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
NCKH là một hoạt động thú vị	353	43,6
Quan tâm tới NCKH	198	24,4
Giúp củng cố kiến thức được học	457	56,4
Tạo ra lợi thế cho công việc sau này	394	48,6
Rèn luyện nhiều kỹ năng học tập quan trọng	486	60,0
Đem lại kỹ năng cần thiết cho công việc sau này	445	54,9
Giảng viên khuyến khích tham gia	72	8,9

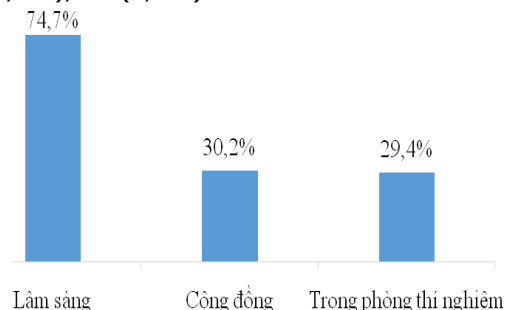
gia hoạt động NCKH		
Bạn bè tham gia nên cảm thấy cần tham gia	49	6,0
Y kiến khác	11	1,4

Kết quả cho thấy, 774 sinh viên (chiếm 95,6%) thấy cần thiết tham gia hoạt động NCKH, có 4,4% sinh viên thấy chưa cần thiết tham gia NCKH. Trong đó, 4 lý do hàng đầu khiến sinh viên mong muốn tham gia NCKH là để rèn luyện nhiều kỹ năng học tập quan trọng (60,0%), để củng cố kiến thức được học (56,4%), để có những kỹ năng cần thiết (54,9%) và tạo ra lợi thế (48,6%) cho công việc sau này (bảng 1).



Biểu đồ 1. Thời điểm thích hợp để sinh viên bắt đầu nghiên cứu khoa học

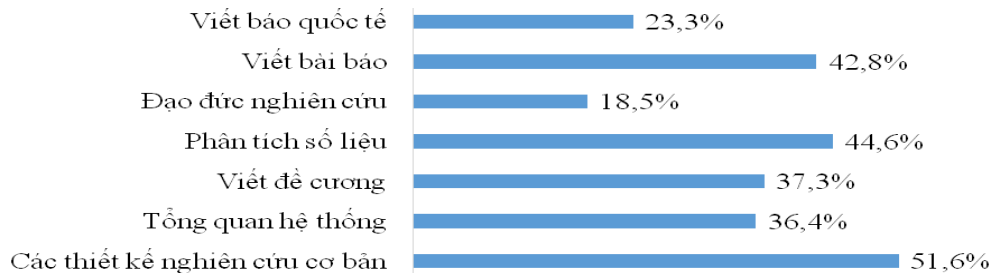
Nhận xét: Đa số sinh viên cho rằng nên bắt đầu tham gia nghiên cứu từ Y3 (29,3%) hoặc Y2 (26,1%); sau đó là Y1 (19,8%) và Y4 (17,0%), Y5 (6,2%), Y6 (1,6%).



Biểu đồ 2. Loại hình nghiên cứu sinh viên mong muốn tham gia

Đa số sinh viên mong muốn tham gia nghiên cứu lâm sàng (74,7%), 30,2% muốn tham gia nghiên cứu cộng đồng, và 29,4% muốn tham gia nghiên cứu trong phòng thí nghiệm.

Có 749 sinh viên (92,7%) có nhu cầu tham gia các khóa học. Trong đó, nhiều nhất là khóa học về thiết kế nghiên cứu cơ bản (51,6%), phân tích số liệu (44,6%), viết bài báo (42,8%), tiếp đến là các khóa học viết đề cương (37,3%), tổng quan hệ thống (36,4%), viết báo quốc tế (23,3%), đạo đức nghiên cứu (18,5%).

**Biểu đồ 3. Nhu cầu tham gia khóa học của sinh viên****Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu tham gia hoạt động NCKH**

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Nhu cầu tham gia NCKH; n(%)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Giới tính					
Nam	416 (95,4)	1		1	
Nữ	358 (96,5)	1,32	0,66 – 2,76	1,09	0,53 – 2,27
Khối học					
Y1-3	411 (94,5)	1		1	
Y4-6	363 (97,6)	2,36	1,12 – 5,41	6,69	2,47 – 19,34
Nơi sống trước khi vào đại học					
Thành thị	187 (94,9)	1		1	
Nông thôn	586 (96,2)	1,36	0,61 – 2,84	1,56	0,66 – 3,45
Nơi ở hiện tại					
Ở trọ / Ký túc xá	669 (95,7)	1		1	
Ở với gia đình	105 (97,2)	1,57	0,55 – 6,63	2,17	0,65 – 10,02
Tham gia câu lạc bộ					
CLB khác	234 (94,0)	1		1	
Không tham gia CLB	426 (96,6)	1,82	0,87 – 3,82	1,22	0,56 – 2,62
CLB học tập/ngoại ngữ	114 (97,4)	2,44	0,78 – 10,67	2,75	0,75 – 11,03
Điểm học tập					
Trung bình- yếu	86 (91,5)	1		1	
Khá	546 (96,3)	2,42	0,98 – 5,44	1,58	0,59 – 3,79
Giỏi-Xuất sắc	142 (97,3)	3,30	1,01 – 12,68	2,75	0,76 – 11,33
Đọc được tài liệu ngoại văn					
Không	449 (95,7)	1		1	
Có	325 (96,2)	1,11	0,55 – 2,33	1,02	0,41 – 1,90
Đã từng được đào tạo về nghiên cứu khoa học					
Đã từng	286 (95,3)	1		1	
Chưa	487 (96,2)	1,25	0,61 – 2,53	3,72	1,49 – 9,09
Đã từng tham gia nghiên cứu khoa học					
Không	670 (95,7)	1		1	
Có	104 (97,2)	1,55	0,54 – 6,55	1,08	0,37 – 4,01

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy sinh viên Y4-6 có nhu cầu tham gia NCKH cao hơn sinh viên Y1-3 (OR = 2,36; 95%CI: 1,12 - 5,41); nhóm SV giỏi-xuất sắc có nhu cầu tham gia NCKH cao hơn nhóm SV trung bình-kém (OR= 3,30, 95%CI: 1,01 - 12,68). Theo phân tích hồi quy đa biến logistic thì sinh viên Y4-6 có nhu cầu tham gia NCKH cao hơn sinh viên Y1-3 (OR=6,69, 95%CI: 2,47 - 19,34), và nhóm sinh viên chưa từng được đào tạo NCKH có nhu cầu tham gia NCKH cao hơn nhóm đã được đào tạo (OR=3,72, 95%CI: 1,49 - 9,09).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu tham gia lớp học NCKH

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Nhu cầu tham gia lớp học NCKH, n (%)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Giới tính:					
Nam	339 (91,7)	1		1	
Nữ	350 (94,1)	1,44	0,84 – 2,52	1,31	0,75 – 2,34
Khối học:					
Y4-6	336 (90,6)	1		1	
Y1-3	413 (94,7)	1,87	1,09 – 3,27	1,13	0,54 – 2,37
Nơi sống trước khi vào đại học					

Nông thôn	562 (92,4)	1		1	
Thành thị	186 (93,9)	1,27	0,68 – 2,55	1,06	0,52 – 2,28
Nơi ở hiện tại					
Ở trọ /Ký túc xá	647 (92,6)	1		1	
Ở với gia đình	102 (94,4)	1,37	0,62 – 3,63	1,30	0,53 – 3,72
Tham gia câu lạc bộ					
Không tham gia CLB	401 (90,9)	1		1	
CLB khác	234 (94,0)	1,56	0,86 – 2,96	1,49	0,80 – 2,92
CLB học tập/ngoại ngữ	114 (97,4)	3,79	1,34 – 15,87	3,19	1,08–13,71
Điểm học tập					
Trung bình- yếu	85 (91,4)	1		1	
Khá	525 (92,4)	1,15	0,49 – 2,41	0,96	0,37 – 2,15
Giỏi-Xuất sắc	139 (95,2)	1,87	0,65 – 5,51	1,35	0,43 – 4,27
Đọc được tài liệu ngoại văn					
Không	432 (92,1)	1		1	
Có	317 (93,8)	1,29	0,75 – 2,29	1,06	0,59 – 1,95
Đã từng được đào tạo về nghiên cứu khoa học					
Đã từng	268 (89,3)	1		1	
Chưa	480 (94,4)	2,20	1,29 – 3,80	2,45	1,22 – 4,96
Đã từng tham gia nghiên cứu khoa học					
Không	646 (92,3)	1,00		1	
Có	103 (96,3)	2,15	0,86 – 7,22	1,65	0,68 – 4,96

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy SV Y1-3 có nhu cầu tham gia khóa học cao hơn sinh viên Y4-6 (OR=1,87, 95%CI: 1,09 – 3,27), nhóm sinh viên tham gia các CLB học tập hoặc ngoại ngữ có nhu cầu học cao hơn nhóm không tham gia CLB nào (OR=3,79, 95%CI: 1,34 – 15,87), nhóm sinh viên chưa từng được đào tạo về NCKH có nhu cầu tham gia khóa học cao hơn nhóm sinh viên đã được đào tạo về NCKH (OR=2,20, 95% CI: 1,29 – 3,80). Phân tích hồi quy logistic đa biến: nhóm sinh viên tham gia các CLB học tập hoặc ngoại ngữ có nhu cầu học cao hơn nhóm không tham gia CLB nào (OR = 3,19, 95%CI: 1,08 – 13,71), nhóm sinh viên chưa được đào tạo có nhu cầu cao hơn nhóm sinh viên đã được đào tạo (OR=2,45, 95%CI: 1,22 – 4,96).

IV. BÀN LUẬN

95,6% sinh viên hệ BSDK cho rằng cần thiết tham gia hoạt động NCKH, trong khi thực tế chỉ có 13,3% sinh viên đã từng tham gia NCKH, thấp hơn nhiều so với tỉ lệ 41,5% sinh viên y ở Pakistan tham gia NCKH [6]. Điều này cho thấy sinh viên trường Đại học Y Hà Nội tham gia NCKH còn ít, đặc biệt, hệ BSDK làm NCKH còn rất hạn chế so với các ngành khác như Y tế dự phòng – Y tế công cộng. Đa số sinh viên mong muốn tham gia NCKH là để rèn luyện nhiều kỹ năng học tập quan trọng (60,0%), để củng cố kiến thức được học (56,4%), để có những kỹ năng cần thiết (54,9%) và tạo ra lợi thế cho công việc

sau này (48,6%). Có sự khác biệt so với nghiên cứu của Serena J K Park ở New Zealand năm 2010, sinh viên làm nghiên cứu để kiếm tiền (58%), thấy làm nghiên cứu là 1 hoạt động thú vị (54%), sau đó mới đến quan tâm đến sự nghiệp trong nghiên cứu, học thuật y học (39%) và có thể có ích cho việc học tại trường (39%) [7].

92,7% sinh viên có nhu cầu tham gia các khóa học, trong đó nhiều nhất là thiết kế nghiên cứu cơ bản (51,6%), phân tích số liệu (44,6%), viết bài báo (42,8%). Nhóm sinh viên chưa từng được đào tạo có nhu cầu học NCKH cao gấp 2,45 lần so với nhóm sinh viên đã được đào tạo NCKH (OR = 2,45, 95%CI: 1,22 – 4,96). Điều này cho thấy việc đưa môn Phương pháp nghiên cứu khoa học vào chương trình học chính khóa của hệ BSDK là hợp lý và có tác dụng tích cực đến sự tiếp cận của SV với NCKH. Tuy nhiên, nên xem xét dạy NCKH từ những năm Y2-Y3, khi SV có nhu cầu tham gia NCKH rất cao và thời gian học tại trường còn chưa nhiều. Bên cạnh đó, việc tổ chức các khóa học cơ bản về NCKH trong chương trình ngoại khóa là phù hợp với nhu cầu của sinh viên hiện nay, giúp sinh viên có đủ kỹ năng để tham gia làm NCKH [5], [6].

Phần lớn sinh viên hệ BSDK mong muốn được tham gia nghiên cứu lâm sàng (74,7%), cao hơn gấp đôi nhu cầu tham gia các nghiên cứu cộng đồng (30,2%) hay trong phòng thí nghiệm (29,4%). Với thời điểm hợp bắt đầu tham gia NCKH là từ Y3 (29,3%) hoặc Y2 (26,1%). Do phân bố chương trình học, sinh viên khối Y2-3 có

nhiều thời gian dành cho việc tìm hiểu NCKH hơn khối Y4-6, nhưng đối tượng sinh viên Y2-3 lại chưa được tiếp cận với NCKH trong chương trình học chính khóa, và chưa tích lũy được nhiều kinh nghiệm lâm sàng. Trên kết quả phân tích logistic đa biến, SV Y4-6 có nhu cầu tham gia NCKH cao hơn sinh viên Y1-3 (OR= 6,69, 95%CI: 2,47 - 19,34). Điều này có thể do sinh viên Y4-6 đã được trang bị kiến thức cơ bản về NCKH và tầm quan trọng của NCKH với học tập và công việc sau này, đồng thời một bộ phận sinh viên có mục tiêu làm khóa luận tốt nghiệp vào năm Y6.

V. KẾT LUẬN

Nhu cầu nghiên cứu khoa học ở sinh viên hệ BSDK trường Đại học Y Hà Nội là rất lớn (95,6% có nhu cầu tham gia hoạt động NCKH và 92,7% có nhu cầu tham gia các khóa học NCKH). Phần lớn sinh viên mong muốn được tham gia hoạt động NCKH từ năm Y2-Y3 (55,4%), chủ yếu là nghiên cứu lâm sàng (74,7%), và được học các khóa học cơ bản về NCKH như thiết kế nghiên cứu (51,6%), phân tích số liệu (44,6%), viết bài báo (42,8%).

Phân tích hồi quy logistic đa biến, nhóm SV Y4-6 có nhu cầu tham gia NCKH cao hơn nhóm SV Y1-

3 (OR = 6,69, 95%CI: 2,47 - 19,34), nhóm SV chưa được đào tạo về NCKH có nhu cầu tham gia khóa học NCKH cao hơn nhóm SV đã được đào tạo (OR = 2,45, 95%CI: 1,22 - 4,96).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Craig JC, Irwig LM, Stockler MR (2001).** Evidence-based medicine: useful tools for decision making. *MJA*, 174: 248-53
2. **Gonzales AO, Westfall J, Barley GE (1998).** Promoting medical student involvement in primary care research. *30*:113-6.
3. **Trần Thanh Ái (2014).** Yếu kém của nghiên cứu khoa học giáo dục Việt Nam: Nguyên nhân và giải pháp. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Cần Thơ*, 128-137.
4. **Metcalf D (2008).** Involving medical students in research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(3), 102-103.
5. **Reinders J, Kropmans T, Cohen-Schotanus J (2005).** Extracurricular research experience of medical students and their scientific output after graduation. *ResearchGate*, 39(2), 237.
6. **Sabzwari S, Kauser S, and Khuwaja AK (2009).** Experiences, attitudes and barriers towards research amongst junior faculty of Pakistani medical universities. *BMC Med Educ*, 9, 68.
7. **Park SJK, McGhee CNJ, and Sherwin T (2010).** Medical students' attitudes towards research and a career in research: an Auckland, New Zealand study. *N Z Med J*, 123(1323), 34-42.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC ĐẠT TIÊU CHÍ AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM CỦA CÁC CƠ SỞ KINH DOANH THỨC ĂN ĐƯỜNG PHỐ THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Trung Nghĩa¹, Huỳnh Văn Bá², Lưu Hoàng Việt³,
Huỳnh Văn Tùng⁴, Trần Tố Loan⁴

TÓM TẮT

Trong khuôn khổ tìm kiếm các giải pháp để hoàn thiện mô hình an toàn vệ sinh thực phẩm đường phố của thành phố Cần Thơ, nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn và khảo sát trực tiếp ngẫu nhiên 400 cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố tại các khu vực đô thị của thành phố. Mục tiêu của nghiên cứu là tìm ra các điểm khác nhau có ý nghĩa thống kê đối với hai nhóm đối tượng: (1) cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố cố định và (2) cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố lưu động, đồng thời, sử dụng mô hình phân tích hồi quy logistics để tìm ra mối quan hệ giữa cơ sở kinh doanh

thức ăn đường phố đạt 10 tiêu chí theo quy định của Bộ Y tế (Quyết định số 3199/2000/QĐ-BYT ngày 11 tháng 9 năm 2000 của Bộ trưởng Bộ Y tế về tiêu chuẩn cơ sở vệ sinh an toàn thức ăn đường phố) với các yếu tố có liên quan. Kết quả, có khá nhiều sự khác nhau giữa hai nhóm, bao gồm: lao động, độ tuổi, trình độ học vấn, ý thức về sức khỏe, kiến thức về an toàn vệ sinh thực phẩm, các điều kiện kinh doanh và khả năng đạt các tiêu chí về an toàn vệ sinh thực phẩm; có 05 yếu tố ảnh hưởng đến khả năng đạt 10 tiêu chí của cơ sở, cơ sở có trình độ học vấn, vốn và diện tích dùng cho kinh doanh tốt hơn thì khả năng đạt 10 tiêu chí cao hơn, trong đó yếu tố được tập huấn về kiến thức an toàn vệ sinh thực phẩm có ảnh hưởng lớn nhất. Ngược lại, yếu tố hình thức kinh doanh lưu động là yếu tố duy nhất làm giảm đi khả năng đạt được 10 tiêu chí. Từ kết quả, nâng cao kiến thức an toàn vệ sinh thực phẩm cho cơ sở kinh doanh và giải pháp để cố định hóa các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố lưu động là nhiệm vụ tiếp theo mà nghiên cứu hướng đến.

Từ khóa: An toàn vệ sinh thực phẩm đường phố, 10 tiêu chí theo Quyết định số 3199/2000/QĐ-BYT, cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố.

¹Sở Y tế thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Chi Cục An toàn vệ sinh thực phẩm thành phố Cần Thơ

⁴Viện Kinh tế - Xã hội thành phố Cần Thơ.

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Bá

Email: bs.ba_fob@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 5/12/2018

Ngày phản biện khoa học: 15/1/2019

Ngày duyệt bài: 1/3/2019

SUMMARY**DETERMINANTS OF CRITERIA
ACHIEVEMENTS IN SAFE FOOD STREET
FOOD BUSINESSES IN CANTHO CITY**

Searching for solutions to improve the safe street food model Can Tho City, the study randomly surveyed 400 street food businesses in urban areas of the city. The objectives of the study was to find statistically significant differences for the two groups: (1) street food business at fixed place and (2) mobile street food business. At the same time, using logistic regression analysis to find the relationship between street food business which has 10 criteria according to regulations of the Ministry of Health (Decision No. 3199/2000/QĐ-BYT dated September 11, 2000, by the Minister of Health on standards of street food safety and hygiene standards) with relevant elements. As a result, there are many differences between the two groups, including: labor, age, education level, health consciousness, knowledge of food safety, business conditions and ability to reach the criteria of food safety; There are 5 factors that affect the ability to reach the 10 criteria of a business. The better education, capital, and area, the higher ability to reach 10 criteria. Factors Training on food safety knowledge has the greatest impact. In contrast, the form of mobile business is the only factor that reduces the likelihood of achieving the 10 criteria. As a result, improving knowledge of food safety for business and solutions to stabilize mobile street food businesses are the next tasks that the research aims to.

Key words: Safe street food, 10 criteria according to Decision No. 3199/2000/QĐ-BYT, street food business.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Thực phẩm và Nông lương Quốc tế (FAO): "Thức ăn đường phố là những thức ăn, đồ uống đã chế biến sẵn, có thể ăn ngay, được bán dọc theo hè phố và những nơi công cộng". Kinh doanh thực phẩm đường phố là một trong những loại hình kinh doanh đa dạng và được nhìn thấy rất nhiều tại các đường phố của Việt Nam.

An toàn vệ sinh thực phẩm là một trong những vấn đề được hầu hết các quốc gia quan tâm, đặc biệt là các khu vực đô thị. Ở Việt Nam, theo Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long, năm 2017 cả nước hi nhận 139 vụ ngộ độc thực phẩm với 3.869 người mắc, số người tử vong do ngộ độc thực phẩm là 24 người, tăng 12 người so với năm 2016. Số cơ sở vi phạm chiếm 19,8% (tương đương 123.914 cơ sở vi phạm trong số 625.060 cơ sở được kiểm tra). Ở thành phố Cần Thơ tỷ lệ này là 13,7% (tương đương với 1.048 cơ sở không đạt trong 7.631 cơ sở được kiểm tra).

Quản lý vệ sinh an toàn thực phẩm hiện nay được thực hiện theo Quyết định số 3199/2000/QĐ-BYT ngày 11 tháng 9 năm 2000 của Bộ trưởng Bộ Y tế về tiêu chuẩn cơ sở vệ

sinh an toàn thức ăn đường phố (QĐ số 3199/2000/QĐ-BYT), Thông tư 30/2012/TT-BYT ngày 05 tháng 12 năm 2012 về điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, kinh doanh thức ăn đường phố và Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn khám sức khỏe. Trong đó, 10 tiêu chuẩn đối với cơ sở vệ sinh an toàn thức ăn đường phố gồm có: đủ nước sạch, có dụng cụ gấp thức ăn chín, không để lẫn thức ăn chín và sống; nơi chế biến thực phẩm phải sạch, cách biệt nguồn ô nhiễm như cống rãnh, rác thải, công trình vệ sinh, nơi bày bán gia súc, gia cầm; người làm dịch vụ chế biến thức ăn phải được tập huấn kiến thức và khám sức khỏe định kỳ nhân viên đeo tạp dề, khẩu trang, mũ khi bán hàng; không sử dụng phụ gia và phẩm màu thực phẩm; thức ăn phải được bày bán trên giá cao hơn 60cm, phải được bày bán trong tủ kính và bao gói hợp vệ sinh; có dụng cụ đựng chất thải... Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá hiện trạng của các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố tại khu vực đô thị thành phố Cần Thơ, so sánh sự khác nhau trong kinh doanh thức ăn đường phố của cơ sở lưu động và cố định, qua đó, phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến việc đạt 10 tiêu chí an toàn vệ sinh thực phẩm đường phố (ATVSTP đường phố) theo QĐ số 3199/ 2000/ QĐ-BYT của các cơ sở trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp thu thập dữ liệu: Cỡ mẫu được tính cho nghiên cứu là 384 cơ sở, tỷ lệ rút khỏi phỏng vấn là 5%. Nhằm tạo thuận lợi cho nghiên cứu, cỡ mẫu được lấy là 400 cơ sở, phân bổ theo tỷ lệ tương ứng cho 4 quận nội ô của thành phố Cần Thơ gồm: Ninh Kiều: 251, Cái Răng: 54, Ô Môn: 49 và Bình Thủy: 47.

2.2. Phương pháp phân tích: Số liệu được nhập liệu và lưu trữ bằng phần mềm EPIDATA 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.

Các phương pháp thống kê miêu tả được sử dụng để phân tích đặc điểm của đối tượng nghiên cứu; Phân tích hồi quy Logistics đa biến được tiến hành nhằm xác định các yếu tố có liên quan đến việc cơ sở đạt 10 tiêu chí theo quy định về ATVSTP đường phố. Đầu tiên phân tích đơn biến được thực hiện, để chọn ra các biến tiên lượng có thể có. Các biến với $p < 0,25$ được giữ lại để đưa vào mô hình đa biến. Phân tích hồi quy Binary Logistic theo phương pháp chọn từng bước (stepwise selection) để kiểm soát cho các yếu tố gây nhiễu và phát hiện các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tất cả phân tích được tiến hành với mức ý

ngĩa 5% và tất cả kiểm định đều 2 đuôi.

2.3 Phương pháp tính toán tiêu chí 10 đạt theo QĐ số 3199/2000/QĐ-BYT

Tiêu chí 1: Nước để chế biến đơn giản đối với thức ăn ngay, pha chế đồ uống phải đủ số lượng và phù hợp với Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia (QCVN) số 01: 2009/BYT; nước để sơ chế nguyên liệu, vệ sinh dụng cụ, rửa tay phải đủ và phù hợp với Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia (QCVN) số 02:2009/BYT; có đủ nước đá để pha chế đồ uống được sản xuất từ nguồn nước phù hợp với Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia (QCVN) số 01:2009/BYT. Các biến dùng để tính toán: có sử dụng nước máy, có đủ nước sử dụng, có tủ lạnh, thùng bảo quản lạnh.

Tiêu chí 2: Có dụng cụ, đồ chứa đựng và khu vực trưng bày riêng biệt giữa thực phẩm sống và chín. Các biến được dùng để tính toán: Dụng cụ, thiết bị riêng biệt để chứa thức ăn trước và sau chế biến; Thực phẩm sống và chín để riêng; Dụng cụ thớt riêng cho thực phẩm sống chín; Dụng cụ đĩa, giá kẹp gấp mức thức ăn chín; Sử dụng gang tay để chia thức ăn.

Tiêu chí 3: Nơi chế biến thực phẩm phải sạch, cách biệt nguồn ô nhiễm, thực hiện qui trình chế biến một chiều. Các biến được dùng để tính toán: Nơi chế biến có sạch sẽ; Khu vực sản xuất chế biến kinh doanh có cách biệt nguồn gây ô nhiễm như nhà vệ sinh, cống rãnh; Cơ sở có bếp một chiều.

Tiêu chí 4, 5: Người làm dịch vụ chế biến thực phẩm phải được khám sức khỏe và cấy phân định kỳ ít nhất 01 năm/lần. Người làm dịch vụ chế biến thực phẩm phải có giấy chứng nhận được tập huấn kiến thức VSATTP. Các biến được dùng để tính toán: Giấy khám sức khỏe (còn hạn sử dụng); Giấy xác nhận kiến thức an toàn thực phẩm (còn hạn sử dụng).

Tiêu chí 6: Người tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm phải mặc quần áo bảo hộ, có mũ chụp tóc, tháo bỏ mọi đồ trang sức, cắt ngắn móng tay, bàn tay luôn giữ sạch sẽ. Các biến được dùng để tính toán: Người đang chế biến/bán thức ăn hiện có: Đeo tạp dề, Đeo mũ, Đeo khẩu trang, Đeo gang tay, Trang phục gọn gàng, sạch sẽ; Việc rửa tay của người chế biến/bán thức ăn như thế nào? Có rửa tay; Rửa tay bằng xà phòng, Lau khô tay sau khi rửa tay; Tình trạng bàn tay của người chế biến/bán thức ăn: Móng tay ngắn, không đeo trang sức tay (nhẫn, đồng hồ, vòng,...);

Tiêu chí 7: Nguyên liệu thực phẩm, phụ gia thực phẩm, thực phẩm bao gói, chế biến sẵn bảo đảm có hóa đơn, chứng từ chứng minh nguồn gốc, xuất xứ rõ ràng và bảo đảm an toàn thực phẩm theo quy định. Các biến được dùng để tính

toán: Hợp đồng; Hóa đơn chứng từ; Hợp đồng, hóa đơn chứng từ; Chỉ có sổ, toa ghi chép; Rõ nguồn gốc; Nguyên liệu thực phẩm không quá hạn sử dụng, không bị biến chất; Thịt và sản phẩm chế biến từ thịt đã qua kiểm dịch; Sổ ghi chép nguồn gốc nguyên liệu;

Tiêu chí 8: Thức ăn phải được bày bán trên bàn hoặc giá cao cách mặt đất ít nhất 60cm. Các biến được dùng để tính toán: Nơi bày bán thức ăn có đặt cách mặt đất trên 60 cm; Nơi chế biến thức ăn của cơ sở trên bàn trên 60cm.

Tiêu chí 9: Thức ăn chín được bày bán trong tủ kính hoặc thiết bị bảo quản hợp vệ sinh, chống được ruồi, bụi, mưa, nắng và sự xâm nhập của các côn trùng, động vật khác. Các biến được dùng để tính toán: Thức ăn, đồ uống sau khi chế biến có để trong tủ kính hoặc có che chắn hợp vệ sinh.

Tiêu chí 10: Trang bị đầy đủ, sử dụng thường xuyên thùng rác có nắp, túi đựng để thu gom, chứa đựng rác thải và phải chuyển đến địa điểm thu gom rác thải công cộng trong ngày; nước thải phải được thu gom và bảo đảm không gây ô nhiễm môi trường nơi kinh doanh. Các biến được dùng để tính toán: Rác (thùng rác), Nước thải; Xử lý hàng ngày; Không sử dụng dầu chiên nhiều lần.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Từ kết quả phân tích của 400 cơ sở sản xuất, kinh doanh thức ăn đường phố tại khu vực đô thị thành phố Cần Thơ, có trên 60% số cơ sở vừa sản xuất, vừa kinh doanh. Theo đó, số cơ sở kinh doanh cố định chiếm 63,50%, còn lại 36,50% là lưu động (xe đẩy, hàng rong).

Bình quân số năm kinh doanh của các cơ sở tham gia khảo sát là 6 năm, cao nhất là 50 năm và thấp nhất là nửa năm. Không có sự khác biệt về số năm kinh doanh giữa cơ sở cố định và cơ sở lưu động. Trong đó, số cơ sở kinh doanh trên 5 năm chiếm 37%, từ 3 – 5 năm chiếm 14,25%, từ 1-3 năm chiếm 26,75% và dưới 1 năm chiếm 21,50%.

3.1 So sánh đặc điểm kinh doanh thức ăn đường phố giữa các cơ sở cố định và cơ sở lưu động: Khi xem xét các yếu tố can thiệp, chúng tôi quan tâm đến các yếu tố có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở mức 5% giữa cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố cố định và lưu động, bao gồm:

+ Lao động và trình độ học vấn: đây là yếu tố quan trọng cho các giải pháp can thiệp. Cụ thể: số lao động tham gia bình quân là nữ (cố định là 2,35 người, lưu động là 1,61 người), tuổi lao động từ 15 – 55 tuổi (cố định là 3,53 người; lưu động là 2,30 người), tập huấn (cố định là 2,29 người; lưu động

là 1,92 người) và trình độ học vấn cấp 2 (cố định là 1,89 người; lưu động là 1,48 người).

+ Sức khỏe và kiến thức về an toàn vệ sinh thực phẩm: khám sức khỏe định kỳ (cố định là 63,39% và lưu động là 52,74%); cần được tập huấn kiến thức về an toàn vệ sinh thực phẩm (cố định là 62,20% và cố định là 52,05%).

+ Thủ tục đăng ký kinh doanh: yếu tố này có sự khác biệt lớn nhất giữa 2 nhóm cố định và lưu động (Bảng 1), có % chênh lệch lớn nhất và P-

value thấp nhất. Thực tế, các cơ quan quản lý nhà nước về an toàn vệ sinh thực phẩm dễ dàng thực hiện các can thiệp đối với cơ sở cố định hơn với cơ sở lưu động. Tuy nhiên, sự khác biệt này đặt ra một yêu cầu là cần có giải pháp cố định hóa các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố lưu động để công tác đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm cho người tiêu dùng được thực hiện một cách tốt nhất.

Bảng 1. Đảm bảo các thủ tục kinh doanh tại các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố phân theo loại hình cố định và lưu động

Thủ tục đăng ký kinh doanh	Chung		Loại hình				P-value
			Cố định		Lưu động		
	Số quan sát	Tỉ lệ %	Số quan sát	Tỉ lệ %	Số quan sát	Tỉ lệ %	
Đăng ký kinh doanh	96	24,00	84	33,07	12	8,22	0,000
Giấy chứng nhận đủ điều kiện	104	26,00	89	35,04	15	10,27	0,000
Bản cam kết	73	18,25	61	24,02	12	8,22	0,000
Giấy xác nhận kiến thức ATTP	127	31,75	99	38,98	28	19,18	0,000
Giấy khám sức khỏe	142	35,50	107	42,13	35	23,97	0,000

Nguồn: Số liệu khảo sát, 2017.

+ Thực hiện tiêu chí 10 đạt theo QĐ số 3199/2000/QĐ-BYT: hầu hết các cơ sở cố định có tỷ lệ đạt từng tiêu chí cao hơn các cơ sở lưu động. Đối với cơ sở cố định, 2 tiêu chí có trên 90% cơ sở đạt được là tiêu chí 1 (nước chế biến) và tiêu chí 8 (thức ăn bày bán trên bàn và giá cao ít nhất 60 cm), 2 tiêu chí dưới 20% số cơ sở đạt được là tiêu chí 2 (dụng cụ, đồ chứa đựng và khu vực trưng bày) và tiêu chí 7 (nguyên liệu, phụ gia có nguồn gốc rõ ràng). Các tiêu chí khác nhau giữa hai nhóm đối tượng có ý nghĩa thống kê gồm: tiêu chí 1 (nước chế biến), tiêu chí 2 (dụng cụ, đồ chứa đựng và khu vực trưng bày), tiêu chí 3 (nơi chế biến sạch sẽ), tiêu chí 4 (người chế biến được khám sức khỏe), tiêu chí 5 (người chế biến được tập huấn kiến thức về an toàn vệ sinh thực phẩm), tiêu chí 6 (dụng cụ bảo hộ) và tiêu chí 8 (thức ăn bày bán trên bàn và giá cao ít nhất 60 cm) (Bảng 2).

Bảng 2. Tỷ lệ các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố đạt 10 tiêu chí theo QĐ số 3199/2000/QĐ-BYT

Nguồn: Số liệu khảo sát, 2017.

Tiêu chí	Nội dung	Loại hình				Chung		P-value
		Cố định		Lưu động				
		Số quan sát	Tỉ lệ %	Số quan sát	Tỉ lệ %	Số quan sát	Tỉ lệ %	
1	Nước chế biến	240	94,49	99	67,81	339	84,75	0,000
2	Dụng cụ, đồ chứa đựng và khu vực trưng bày	48	18,90	8	5,48	56	14,00	0,000
3	Nơi chế biến sạch sẽ	105	41,34	52	35,62	157	39,25	0,153
4	Người làm chế biến được khám sức khỏe	101	39,30	25	17,50	126	31,50	0,000
5	Người chế biến có giấy chứng nhận tập huấn kiến thức ATVSTP	91	35,40	24	16,80	115	28,75	0,000
6	Dụng cụ bảo hộ	132	51,97	60	41,10	192	48,00	0,023
7	Nguyên liệu phụ gia nguồn gốc rõ ràng	44	17,32	16	10,96	60	15,00	0,056
8	Thức ăn bày bán trên bàn và giá cao ít nhất 60cm	234	92,13	124	84,93	358	89,50	0,020
9	Thức ăn được bày bán trong tủ kính	145	57,09	85	58,22	230	57,50	0,455
10	Trang bị và sử dụng thùng rác có nắp	184	72,44	97	66,44	281	70,25	0,125

Từ kết quả phân tích trên cho thấy, có khá nhiều sự khác nhau giữa nhóm cơ sở kinh doanh cố định và nhóm cơ sở kinh doanh lưu động, bao gồm: lao động, độ tuổi, trình độ học vấn, ý thức về sức khỏe, kiến thức về an toàn vệ sinh thực phẩm, các điều kiện kinh doanh và khả năng đạt các tiêu chí về an toàn vệ sinh thực phẩm. Các yếu tố này trên thực tế có liên quan với các hoạt động can thiệp của cơ quan quản lý nhà nước về an toàn vệ sinh thực phẩm như tập huấn, tuyên truyền, hỗ trợ,... đặc biệt liên quan đến chất lượng an toàn vệ sinh thực phẩm đường phố và sức khỏe người tiêu dùng. Do đó, giải pháp để hoàn thiện mô hình an toàn vệ sinh thực phẩm đường phố theo 10 tiêu chí của QĐ số 3199/2000/QĐ-BYT và giải pháp để cố định hóa

nhóm cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố lưu động là rất cần thiết.

Để hoàn thiện mô hình an toàn vệ sinh thực phẩm đường phố theo 10 tiêu chí của QĐ số 3199/2000/QĐ-BYT, nghiên cứu tiến hành đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng đạt 10 tiêu chí của cơ sở. Kết quả trình bày ở phần tiếp theo.

3.2 Các yếu tố ảnh hưởng đến việc đạt 10 tiêu chí ATVSTP đường phố theo QĐ số 3199/2000/QĐ-BYT của các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố thành phố Cần Thơ

Có 5 yếu tố (biến) có ảnh hưởng đến khả năng đạt 10 tiêu chí ATVSTP đường phố bao gồm: trình độ học vấn, tổng vốn kinh doanh, diện tích kinh doanh, hình thức kinh doanh lưu động và tập huấn kiến thức về ATVSTP (Bảng 3).

Bảng 3. Kết quả phân tích hồi quy Logistics đa biến

Tên biến	Hệ số	Độ lệch chuẩn	Kiểm định t	sig.
Y: Cơ sở đạt được 10 tiêu chí ATVSTP				
Hằng số	2,418	0,772	3,133	0,002
X ₁ : Giới tính	0,214	0,231	0,924	0,356
X ₂ : Tuổi	-0,120	0,096	-1,247	0,214
X ₃ : Trình độ học vấn	0,222	0,083	2,656	0,008
X ₄ : Số năm kinh doanh	0,099	0,086	1,151	0,251
X ₅ : Tổng vốn kinh doanh	0,004	0,002	2,248	0,025
X ₆ : Tổng diện tích kinh doanh	0,007	0,003	2,626	0,009
X ₇ : Hình thức kinh doanh lưu động	-0,592	0,213	-2,781	0,006
X ₈ : Tập huấn kiến thức ATVSTP	1,578	0,207	7,635	0,000
R ²	34,87%			
Sig.	0,000			

Nguồn: Số liệu khảo sát, 2017.

Từ Bảng 3, mối liên hệ giữa các biến thể hiện như bằng hàm số sau:

$$Y = 2,418 + 0,222X_1 + 0,004X_5 + 0,007X_6 - 0,592X_7 + 1,578X_8$$

Kết quả này cho thấy cơ sở có trình độ học vấn, vốn và diện tích dùng cho kinh doanh tốt hơn thì khả năng đạt 10 tiêu chí ATVSTP đường phố cao hơn. Đặc biệt, yếu tố được tập huấn về kiến thức ATVSTP có ảnh hưởng lớn nhất. Ngược lại, yếu tố hình thức kinh doanh lưu động là yếu tố duy nhất làm giảm đi khả năng đạt được 10 tiêu chí về ATVSTP đường phố.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP

Thực tế luôn tồn tại sự khác nhau của một hay nhiều yếu tố giữa hai khu vực kinh tế chính thức và phi chính thức. Trong trường hợp này, trong nhóm cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố lưu động có sự hiện hữu của kinh tế phi chính thức. Nghiên cứu này đã mô tả được các yếu tố khác nhau đó là gì, đặc biệt là các yếu tố có liên quan đến kiểm soát ATVSTP đường phố của

thành phố Cần Thơ như thế nào.

Từ kết quả kết hợp giữa so sánh đặc điểm kinh doanh thức ăn đường phố của hai nhóm đối tượng cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố cố định và lưu động với phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng đạt 10 tiêu chí về ATVSTP đường phố theo QĐ số 3199/2000/QĐ-BYT, một số khuyến nghị giải pháp như sau:

- Thành phố cần có một mô hình để cố định hóa các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố lưu động. Trong đó, bố trí khu vực kinh doanh tập trung có các điều kiện cần thiết về diện tích, điện, nước, hỗ trợ vốn,...

- Nâng cao nhận thức của người kinh doanh thức ăn đường phố về ATVSTP thông qua các hình thức như tập huấn, truyền thông, học tập kinh nghiệm,...

- Các chính sách và giải pháp để các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố gia tăng tiềm lực về vốn và diện tích kinh doanh.

- Có chính sách khuyến khích, tuyên dương, công nhận đối với các cơ sở đạt 10 tiêu chí ATVSTP và chế tài nghiêm khắc đối với các cơ sở vi phạm.

Bổn là tăng cường công tác kiểm tra, giám sát về ATVSTP của các cơ quan quản lý nhà nước và kênh phản hồi thông tin từ người tiêu dùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Hoàng Ninh (2011)**, Các bệnh lây truyền từ thực phẩm, lâm sàng, dịch tễ điều tra bùng phát dịch, Nhà xuất bản y học, thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Havelaar AH, Haagsma JA, Magen MJ, Kemmeren JM, Verhoef LP, Vijgen SM (2009)** "Disease burden of foodborne pathogens in the Netherlands, 2009". Int J Food Microbiol, pp.235 - 240.
3. **Chiến lược Quốc gia an toàn thực phẩm giai đoạn 2011- 2020 và tầm nhìn 2030, Cổng thông tin điện tử Chính phủ.** http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/congdan/DuThaoVanBan?piref135_27935_135_27927_27927.mode=detail&piref135_27935_135_27927_27927.id=532, 20/8/2015.
4. **Sức Khỏe & Đời Sống (2014)**. tử vong do ngộ độc thực phẩm tăng gần 54%,

<http://suckhoedoisong.vn/thoi-su/nam-2014-tu-vong-do-ngo-doc-thuc-pham-tang-gan-54-20141222155407511.htm>, 20/7/2015.

5. **Nguyễn Văn Hương (2011)**, Nghiên cứu tình hình vệ sinh an toàn thực phẩm tại các quán ăn đường phố thị xã Bà Rịa, tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2010. Luận án CK cấp II chuyên ngành QLYT, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. **Đào Ngọc Yến (2013)**, Thực trạng vệ sinh an toàn thực phẩm quán ăn tại thị xã Dĩ An, tỉnh Bình Dương năm 2013. Tạp chí Y học Tp.HCM. **18**: T169.
7. **Trần Việt Nga (2007)**, Thực trạng điều kiện vệ sinh và kiến thức thực hành ATVSTP của người chế biến trong các bếp ăn tập thể của các trường mầm non quận Hoàn Kiếm, Hà Nội năm 2007. Kỷ yếu hội nghị khoa học An toàn thực phẩm lần thứ 4-2007, Nhà xuất bản Y học. **23**: p. 337 - 344.
8. **Trương Văn Dũng (2012)**, Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về an toàn vệ sinh thực phẩm của người tiêu dùng thực phẩm tại huyện Châu Thành năm 2012. Trung tâm Y tế Châu Thành.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VỠ TỤY DO CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Hoàng Linh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét kết quả bước đầu điều trị vỡ tụy do chấn thương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu các trường hợp vỡ tụy được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh Viện Đa Khoa Sài Gòn từ 1 / 1 / 2008 đến 31 / 12 / 2017. **Kết quả:** Trong 10 năm chúng tôi thu thập được 116 hồ sơ bao gồm cả chấn thương và vết thương tụy. Độ I (theo Lucas) ghi nhận 21 ca (27,3%), độ II có 56 ca (72,7%). Thời gian nằm viện ngắn nhất là 10 ngày, dài nhất 36 ngày. Ghi nhận 21 trường hợp (18,1%) dò tụy sau thành nang giả tụy. **Kết luận:** Chấn thương tụy tương đối hiếm gặp, thường phối hợp nhiều loại tổn thương bụng khác hoặc trong bệnh cảnh đa chấn thương. Chẩn đoán chấn thương tụy trước mổ khó chủ yếu dựa vào siêu âm và CT scan. Xử trí chấn thương tụy tùy đánh giá phân loại khi mổ góp phần làm giảm các biến chứng và tỷ lệ tử vong.

Từ khóa: Phẫu thuật Whipple, viêm tụy cấp

SUMMARY

TREATMENT RESULTS PANCREATIC INJURY

Objective: To review the initial results of treatment breaks due to pancreatic injury. Materials and method: Retrospective study of cases diagnosed pancreatic rupture and treatment in Saigon Hospital from 1/1/2008 at 31/12/2017. **Results:** In 10 years we collected 116 documents including pancreatic injury and wound. Degree I (according to Lucas)

recorded 21 cases (27.3%), degree II had 56 cases (72.7%). The shortest hospital stay is 10 days, the longest is 36 days. 21 cases (18.1%) were detected after pancreatic pseudocyst. **Conclusion:** Pancreatic Injuries relatively rare, often coordinating many different types of abdominal injury or illness polytrauma. Diagnosis of pancreatic injury before surgery is difficult mainly based on ultrasound and CT scan. Management of pancreatic injury depends evaluations contribute.

Key word: Whipple procedure, acute pancreatitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụy là tạng nằm sâu trong ổ bụng và được bảo vệ ở trên và xung quanh bởi các cung sườn, phía sau bởi cột sống, phía trước bởi các tạng trong ổ bụng như gan, dạ dày, ruột và thành bụng trước. Do vậy tụy khó và ít bị tổn thương trong chấn thương và vết thương bụng. Nên khi tụy bị tổn thương thường nặng do chấn thương rất mạnh và có nhiều tạng tổn thương phối hợp.

Điều trị chấn thương tụy quan trọng là xác định xem ống tụy chính có bị tổn thương hay không, trong trường hợp ống tụy chính không bị tổn thương việc điều trị bảo tồn không mổ có thể được đặt ra. Ngược lại, khi có tổn thương ống tụy chính mà đánh giá không đúng sẽ dẫn đến rò rỉ dịch tụy gây nên viêm phúc mạc, viêm tụy cấp, nang giả tụy, rò, áp xe, nhiễm trùng và gây viêm tụy mạn sau mổ. Chẩn đoán thường gặp nhiều khó khăn và điều trị loại chấn thương này còn nhiều tranh luận.

Chấn thương vỡ tụy thường kèm các tổn thương tạng khác nên việc xử trí phải toàn diện.

*Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Linh

Email: linhnguyen1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/2/2019

Ngày phản biện khoa học: 7/3/2019

Ngày duyệt bài: 11/3/2019

Đây là phẫu thuật khó đòi hỏi phẫu thuật viên rất nhiều kinh nghiệm vì dễ tai biến và biến chứng trong và sau mổ.

Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn gặp một số trường hợp và điều trị thành công

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *nhận xét kết quả bước đầu điều trị vỡ tụy do chấn thương*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp vỡ tụy được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh Viện Đa Khoa Sài Gòn từ 1/1/2008 đến 31/12/2017

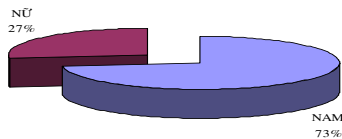
2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu hồ sơ bệnh án, thu thập, tổng kết, nhập dữ liệu bằng phần mềm Excel. Dùng toán thống kê, phần mềm SPSS 17 for windows để xử lý các dữ liệu. Dùng phép kiểm χ^2 và T Test để kiểm định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 10 năm chúng tôi thu thập được 116 hồ sơ bao gồm cả chấn thương và vết thương tụy. Trong đó:

3.1. Tuổi-Giới

- Tuổi trẻ nhất 18, lớn nhất 67.
- Nam 84 bệnh nhân, nữ 32 bệnh nhân.
- Tỷ lệ nam/nữ = 8/3 ($P < 0,01$)



3.2. Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	Số BN	Tỷ lệ %
Tai nạn lao động	74	63,8
Tai nạn giao thông	32	27,6
Tai nạn sinh hoạt	7	8,6
Tổng cộng	116	100

3.3. Thời gian phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi từ khi nhập viện đến khi phẫu



Chấn thương vỡ đứt đôi tụy

thuật nhanh nhất sau 1 giờ, có 21 trường hợp (18,2%) được phẫu thuật sau 3 ngày điều trị.

3.4. Thăm khám lâm sàng.

HA tối đa	Số BN	Tỷ lệ %
80-90 mmHg	21	18,1
90-100 mmHg	32	27,6
>100 mmHg	63	54,3
Tổng cộng	116	100

3.5. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ %
Niêm nhợt	53	45,7
Đau bụng	116	100
Co cứng	21	18,1
Phản ứng	84	72,4
Cảm ứng	21	18,1

3.6. Thương tổn phổi hợp

Thương tổn phổi hợp	Số ca	Tỷ lệ %
Vỡ gan hạ phân thùy IV	21	18,1
Vỡ gan, rách thanh mạc dạ dày	21	18,1
Vỡ lách	32	27,6

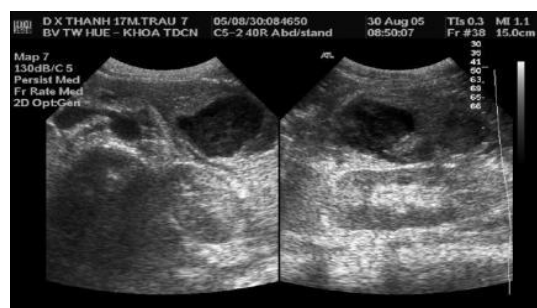
3.7. Cận lâm sàng: Công thức máu: trong số 74 bệnh nhân có vỡ gan, lách kèm theo Hct < 30%, phải truyền từ 2-4 đơn vị máu cùng nhóm; Sinh hóa: men Amylase và Lipase tăng trong 63 bệnh nhân (54,3%); Siêu âm được thực hiện tất cả các trường hợp ghi nhận 53 ca (45,7%) có tổn thương tụy; CT scan được thực hiện trong 95 ca (81,9%) ghi nhận có tổn thương tụy.

3.8. Tổn thương trong mổ: Độ I (theo Lucas) ghi nhận 21 ca (27,3%), độ II có 56 ca (72,7%)

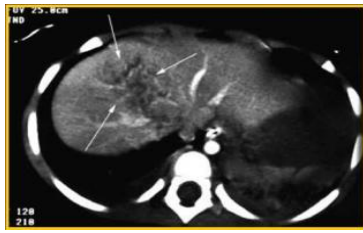
3.9. Xử trí trong mổ

Độ	Phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
I	Cầm máu, dẫn lưu HCMN	32	27,6
II	Nội tụy ống tiêu hóa	21	18,1
	Cắt đuôi tụy và lách	63	54,3

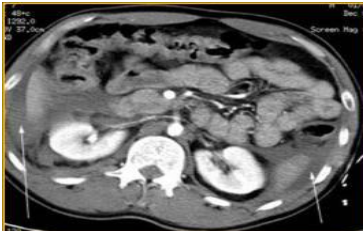
3.10. Kết quả phẫu thuật và thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện ngắn nhất là 10 ngày: 21 trường hợp (18,1%). Dài nhất là > 30 ngày: 11 ca (9,5%). Có 32 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ (27,6%). Ghi nhận 21 trường hợp (18,1%) dò tụy sau thành nang giả tụy.



Chấn thương vỡ tụy kèm vỡ lách



Chấn thương vỡ tụy kèm tổn thương và tụ máu trong gan



Chấn thương vỡ tụy xuất huyết nội



Chấn thương vỡ tụy kèm vỡ gan, rách thanh mạc dạ dày

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi - Giới: Tất cả bệnh nhân đều ở tuổi lao động. Trẻ nhất 18 tuổi, lớn nhất 67 tuổi. Cũng như các chấn thương khác bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ. Có 84 bệnh nhân nam, trong khi đó chỉ có 32 bệnh nhân là nữ. Theo thống kê của Tôn Thất Bách [1] trên 40 bệnh nhân tỷ lệ này là 26/14, của Nguyễn Phi Ngọ [7] trên 12 bệnh nhân tỷ lệ này là 12/0.

4.2. Nguyên nhân chấn thương: Nguyên nhân tai nạn ở nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu do tai nạn lao động 74 bệnh nhân trong đó có 42 bệnh nhân do ngã dàn giáo, 21 bệnh nhân bị tẩm bê tông đè vào người cho thấy sự gia tăng của tai nạn trong xây dựng cũng như sự thiếu phương tiện bảo hộ lao động [6,7,8]

Có 32 bệnh nhân bị tai nạn giao thông (27,6%) cả 32 bệnh nhân này có thương tổn đứt đôi tụy điều này cảnh báo tốc độ các phương tiện giao thông cũng gần như đồng nghĩa với sự trầm trọng của các chấn thương [4,5].

4.3. Thời gian trước mổ: Thời gian từ khi tai nạn đến khi phẫu thuật nhanh nhất sau 1 giờ và chậm nhất sau 3 ngày. Bệnh nhân được mổ sớm do kèm vỡ lách có dấu xuất huyết nội choáng mất máu cấp. Bệnh nhân mổ muộn nhất sau 3 ngày nhập viện là bệnh nhân vào viện không có biểu hiện co cứng hay phản ứng thành

bụng, không có dấu hiệu mất máu, chỉ có cảm ứng phúc mạc nhẹ nửa bụng trái, được theo dõi và siêu âm kiểm tra nhiều lần thấy được thương tổn tụy trên siêu âm. Theo các tác giả chấn thương tụy đơn độc thường khó chẩn đoán và được điều trị muộn [1,3].

4.4. Thăm khám lâm sàng: *Huyết áp lúc vào:* Có 21 bệnh nhân huyết áp tụt (<80 mmHg) các bệnh nhân khác huyết áp đều trên 90 mmHg.

Biểu hiện lâm sàng: Dấu hiệu đau bụng có ở tất cả các bệnh nhân, 84 bệnh nhân có phản ứng thành bụng. 21 bệnh nhân không có co cứng và phản ứng thành bụng, chỉ có cảm ứng nhẹ nửa bụng trái và được mổ sau 3 ngày theo dõi và siêu âm kiểm tra [7].

4.5. Cận lâm sàng: Xét nghiệm công thức máu: Trong số 74 bệnh nhân có vỡ gan, lách kèm theo có Hct < 30% phải truyền từ 2-4 đơn vị máu.

Xét nghiệm sinh hóa: Men Amylase và Lipase tăng trong 63 bệnh nhân (54,3%), 53 trường hợp trong giới hạn bình thường. Một số tác giả có đề cập đến vai trò của xét nghiệm Amylase trong máu trước mổ, nhưng xét nghiệm này chỉ có giá trị sau chấn thương ít nhất 3 giờ, không đặc hiệu và chỉ có giá trị nghi ngờ chấn thương tụy mà không có giá trị chẩn đoán xác định [2].

Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm và CT scan là các thăm khám hình ảnh có giá trị cao trong

chẩn đoán chấn thương tụy, đặc biệt là CT scan vì siêu âm khó thăm khám tụy trong trường hợp bụng chướng hơi. Siêu âm ghi nhận chấn thương tụy trong 53 ca, còn CT scan xác định được 95 ca. Tất cả các trường hợp đều có dịch ổ bụng [4].

4.6. Chẩn đoán trước mổ: Chẩn đoán chấn thương tụy trước mổ rất khó do bị che lấp trong bệnh cảnh của chấn thương bụng kín hoặc đa chấn thương. Hầu hết chỉ định mổ là do chảy máu trong ổ bụng hoặc nghi ngờ chấn thương bụng kín.

4.7. Tổn thương trong mổ: Chúng tôi ghi nhận theo phân loại Lucas: 32 bệnh nhân độ I tụ máu đọng dập hoặc rách bao tụy, 84 bệnh nhân độ II chấn thương là đứt, rách ống tụy chính ở thân hoặc đuôi tụy. Tổn thương phối hợp gặp chủ yếu là vỡ gan và lách kèm theo. Điều này dẫn đến sự phức tạp trong xử trí khi có chấn thương tụy vì tụy là tạng nằm sâu nên dễ gây chấn thương tụy thì nguyên nhân gây chấn thương phải đi qua nhiều tạng khác [8].

4.8. Xử trí chấn thương tụy trong mổ: Tất cả bệnh nhân được đánh giá trong mổ là tổn thương độ I đều được xử trí cầm máu và dẫn lưu hậu cung mạc nối. 21 bệnh nhân được nối tụy hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y. 63 bệnh nhân được cắt lách và đuôi tụy.

4.9. Kết quả phẫu thuật-Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện ngắn nhất là 10 ngày, dài nhất 36 ngày. 21 bệnh nhân dò tụy sau thành nang giả tụy dù có sử dụng Sandostatin nhưng cũng không thấy hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương tụy tương đối hiếm gặp, thường phối hợp nhiều loại tổn thương bụng khác hoặc

trong bệnh cảnh đa chấn thương.

Chẩn đoán chấn thương tụy trước mổ khó chủ yếu dựa vào siêu âm và CT scan.

Xử trí chấn thương tụy tùy đánh giá phân loại khi mổ góp phần làm giảm các biến chứng và tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tôn Thất Bách và cs (1998).** Nhận xét chấn thương tá tụy trong 6 năm 1993-1998 tại Bệnh viện Việt Đức. Hội nghị ngoại khoa toàn quốc lần thứ 11. Y học Tp. Hồ Chí Minh, tập 3. phụ bản số 2. tr. 65-67
2. **Nguyễn Hoàng Định, Nguyễn Minh Hải (2008).** So sánh nối tụy-dạ dày và tụy-hồng tràng trong phẫu thuật cắt bỏ khối tá tụy. Hội nghị khoa học Bệnh viện Bình Dân lần thứ 11. Y học Tp. Hồ Chí Minh, tập 9. phụ bản số 4. tr. 126-128
3. **Hồ Nam (2008).** Kết quả mổ tích cực các ung thư tá tràng và đường mật thấp bằng phẫu thuật Whipple cải tiến tại Bệnh viện Bình Dân 1980-1995. Y học Tp. Hồ Chí Minh, tập 9. phụ bản số 1. tr. 111-114.
4. **Nguyễn Phi Ngọ (2003).** Đứt rời tụy tạng tại eo tụy tại Bệnh viện Lê Lợi Vũng Tàu 1999-2003. Hội nghị ngoại khoa toàn quốc lần thứ 11. Y học Tp. Hồ Chí Minh, tập 6. phụ bản số 1. tr. 63-65.
5. **Tạ Kim Sơn, Phùng Ngọc Tuấn (2001).** Nhận xét chấn thương tá tụy trong 4 năm 1996-2000 tại Bệnh viện Phú Thọ. Hội nghị ngoại khoa toàn quốc lần thứ 12. Y học Tp. Hồ Chí Minh, tập 2 phụ bản số 1. tr. 78-80
6. **Văn Tân và cs (2008).** Kết quả phẫu thuật Whipple cải tiến. Hội nghị khoa học Bệnh viện Bình Dân lần thứ 11. Y học Tp. Hồ Chí Minh, tập 1 phụ bản số 1. tr. 34-36.
7. **Carlo di Martino và cs (2002).** Duodenopancreatectomy for traumatic rupture of the pancreas. INT J SURG SCI, vol 6: p126-131.
8. **Edis S.J (2011).** Carcinoma of pancreas. Oncology journal, vol 27: p.104-110.

KHẢO SÁT SỐ LƯỢNG, CHIỀU DÀI, HÌNH DẠNG, PHƯƠNG HƯỚNG CỦA VÂN KHẨU CÁI Ở NGƯỜI VIỆT NAM

Đoàn Minh Trí*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định số lượng, chiều dài, hình dạng, phương hướng của vân khẩu cái (VKC) ở một mẫu dân số người Việt trưởng thành còn răng. **Đối tượng, phương pháp:** 300 sinh viên khoa RHM, Đại Học Y Dược TP.HCM được lấy dấu hàm trên và đồ mẫu và nghiên cứu trên hệ thống 3D. Xác định số

lượng, chiều dài, hình dạng, phương hướng của VKC trên hình ảnh mẫu hàm. **Kết quả:** Trung bình, mỗi đối tượng nghiên cứu có 8,37 vân, số lượng vân phần hàm 1 và 2 khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đa số các VKC dài hơn 5mm (gần 90%), kể đến là nhóm vân dài 3-5 mm và nhóm vân ngắn hơn 3mm chỉ chiếm tỷ lệ không đáng kể (0,7%). Dạng vân thường gặp nhất là vân dạng cong, kể đến là vân dạng lược sóng (hai dạng này chiếm gần 66%), dạng vân thường gặp thứ ba là vân thẳng và dạng tròn ít gặp hơn, chiếm tỷ lệ rất nhỏ. Phần lớn VKC hướng ra sau (gần 50%), kể đến là vân hướng ra trước (41,7%) và vân có hướng nằm ngang chỉ chiếm một phần nhỏ trong dân số. Gần 60% vân khẩu cái bên phải hướng ra sau, ngược lại hơn 50% vân bên trái hướng ra

*Trường Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Trí

Email: trimdr818@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/12/2018

Ngày phản biện khoa học: 5/1/2019

Ngày duyệt bài: 4/3/2019

trước, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).
Kết luận: VKC ở người Việt Nam trưởng thành có một số đặc trưng như số lượng trung bình vằn, hình dạng vằn, hướng vằn. Ngoài ra, hướng vằn có sự khác biệt giữa 2 phần hàm.

Từ khóa: Vằn khẩu cái, chiều dài vằn, hình dạng vằn, hướng vằn

SUMMARY

STUDY ON THE QUANTITY, LENGTH, SHAPE AND DIRECTION OF PALATAL RUGAE IN VIETNAMESE ADULT

Objective: To determine the quantity, length, shape and direction of palatal rugae in the Vietnamese adult population who have intact teeth. **Subjects and methods:** Impressions of 300 students in Faculty of Dentistry, University of Medicine and Pharmacy in HCM City were poured and studied with a 3D analysis system. The quantity, height, shape and direction of palatal rugae were determined in images of cast. **Results:** Vietnamese people has average 8.37 palatal rugae, no significant difference a mount of palate rugae between part 1 and part 2 of upper jaw ($p > 0.05$). Most of palate rugae have longer length of 5mm (nearly 90%), 3-5 mm and less than 3mm, respectively. The amount of rugae shapes mostly found in this research are curved shape (90%), reducing from wavy shape (66%) to straight shape and round shape, respectively. In palatal rugae directions, the backward direction (50%) was the predominant way, then forward direction (41.7%) and less horizontal direction. The right palatal rugae have backward direction (60%), in contract, the left palatal rugae have forward direction (50%), significant difference ($p < 0.05$). **Conclusions:** In adult Vietnamese, there are characteristics of average amount, shape, direction of palatal rugae. In addition, the difference of palatal rugae characteristics were also recorded from left and right upper jaw.

Keywords: Palatal rugae, length, shape, direction (of palatal rugae).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VKC được hình thành từ tuần 12 đến tuần 14 của bào thai do sự tăng sinh và dày lên của biểu mô niêm mạc miệng, dưới tác động của quá trình cảm ứng qua lại giữa biểu mô và trung mô [4]. Nằm ở nửa trước của vòm miệng, vằn khẩu cái là một cấu trúc giải phẫu đặc biệt, giống như vằn tay, vằn khẩu cái có tính đặc trưng hình thái cá thể cao và tính ổn định suốt đời sống, vì vậy nó có nhiều vai trò quan trọng trong các lĩnh vực khoa học nói chung và nha khoa nói riêng [2]. Một số yếu tố bên ngoài như mất răng, các lực liên tục trong chỉnh nha hay mang hàm giả, tật mút ngón tay... chỉ có thể làm mô hình vằn khẩu cái trở nên phức tạp hay đơn giản hơn chứ không gây ra bất kỳ thay đổi nào lên các đặc trưng hình thái cá thể và tính ổn định của vằn khẩu cái [5], [7].

Bên cạnh đó, việc xây dựng kho dữ liệu di

truyền học và nhân chủng học cho con người luôn là một vấn đề mang tính toàn cầu hóa và vô cùng cần thiết. Do đó, vai trò của vằn khẩu cái luôn là mối quan tâm đặc biệt, trong đó mối liên quan giữa hình thái vằn khẩu cái với các yếu tố dân tộc, chủng tộc, giới tính hay vòm khẩu cái giúp nhận dạng cá nhân là vấn đề nổi trội. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm cung cấp các thông tin cơ bản nhất về số lượng, chiều dài, hình dạng, phương hướng của VKC trên người còn răng ở người Việt Nam trưởng thành, dựa trên phương pháp đo ba chiều trong không gian.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 300 sinh viên khoa RHM được lấy dấu hàm trên bằng alginate, sau đó tiến hành đổ mẫu với thạch cao cứng, số hóa dữ liệu hình học của mẫu hàm bằng máy quét inEos X5, tiếp theo xác định các điểm mốc trên hình ảnh mẫu hàm với phần mềm Autodesk Powershape 2018.

2. Phương pháp

2.1. Một số điểm mốc [6] như sau:

- RM: điểm kết thúc giữa của VKC (điểm gần đường giữa vòm khẩu cái nhất của VKC).
- RL: điểm kết thúc bên của VKC (điểm xa đường giữa vòm khẩu cái nhất về phía bên của VKC).
- Đường a: đường thẳng nối các điểm RM với RL.
- Đường b: đường thẳng vuông góc với đường giữa khẩu cái đi qua điểm RM của lần lượt từng VKC.
- Góc R: Góc tạo bởi đường a và đường b, giá trị của góc cho biết hướng của VKC, dựa vào điểm kết thúc giữa là điểm chuẩn.

- Các đặc điểm hình thái của vằn như số lượng, hình dạng, kích thước, phương hướng được phân loại theo Thomas và Kotze [7].

2.2. Xác định số lượng VKC: Ở mỗi bên phải trái của vòm miệng, tổng số vằn ở hai bên

- **Đo kích thước từng VKC:** Kích thước của VKC là độ dài của đường thẳng nối trực tiếp hai điểm RM và RL của mỗi vằn. Đối với vằn có dạng phân kỳ hay hội tụ thì chiều dài VKC là chiều dài nhánh vằn dài nhất. Những vằn có chiều dài < 2 mm không được đưa vào nghiên cứu.

Loại vằn khẩu cái theo chỉ số chiều dài vằn được chia làm 3 nhóm chính:

- ✓ Nhóm vằn chính: chiều dài lớn hơn 5mm
- ✓ Nhóm vằn phụ: chiều dài từ 3 đến 5 mm
- ✓ Nhóm vằn rời rạc: chiều dài từ 2 đến 3 mm

2.3. Xác định hình dạng VKC

- Gồm: 4 dạng chính và 2 dạng theo sự hợp nhất của VKC.

- Những vằn không nằm trong 6 dạng trên gọi là vằn không có hình dạng đặc trưng. C: Vằn

có hình dạng cong, T: Vân có hình dạng thẳng, LS: Vân có hình dạng lượn sóng, TR: Vân có hình dạng tròn, PN: Vân có dạng phân nhánh, HT: Vân có dạng hội tụ, K: Vân không có hình dạng đặc trưng.

2.4. Đo góc R của VKC

- Giá trị góc R là (+): vân chạy hướng ra trước.
- Giá trị góc R là (-): vân chạy hướng ra sau.
- Giá trị góc R là (0): vân nằm ngang hay vuông góc với đường giữa khẩu cái.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi qui ước vân nằm ngang khi góc $-5^{\circ} < R < 5^{\circ}$. Những VKC có hai nhánh vân trở lên thì giá trị góc R sẽ là tổng giá trị góc của từng nhánh VKC.

2.5. Xử lý số liệu: Các số liệu, dữ kiện thu thập được nhập liệu bằng Microsoft Excel 2010. Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 và Stata 13.0 để phân tích và xử lý số liệu đã thu thập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Số lượng VKC

Bảng 3.1. Số lượng VKC của người Việt

	Số vân	TB±ĐLC	Trung vị (Khoảng)
Phần Hàm 1	1277	4,26±1,02	4(2-7)
Phần Hàm 2	1233	4,11±0,99	4(2-8)
Tổng	2510	8,37±1,51	8(5-13)

*: kiểm định t bất cặp

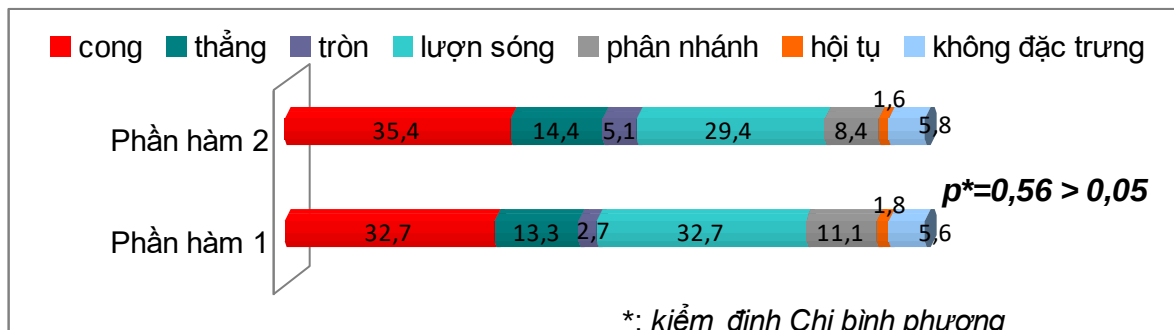
3.2. Chiều dài VKC

- Gần 90% vân khẩu cái ở người Việt dài hơn

Bảng 3.2. Tỷ lệ phần trăm các loại hình dạng VKC ở người Việt

	Dạng cong	Dạng lượn sóng	Dạng thẳng	Dạng tròn	Dạng hợp nhất		Dạng không đặc trưng
					Dạng nhánh	Dạng hội tụ	
Tỷ lệ (%)	34,1	31,1	13,8	3,9	9,8	1,7	5,6

Tỷ lệ vân dạng cong và dạng lượn sóng là lớn nhất. Về tính hợp nhất của VKC, vân dạng nhánh nhiều gấp 8 lần vân hội tụ.

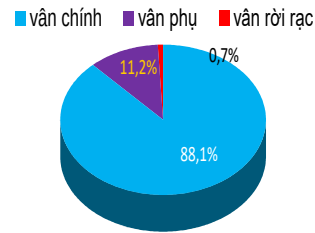


*: kiểm định Chi bình phương

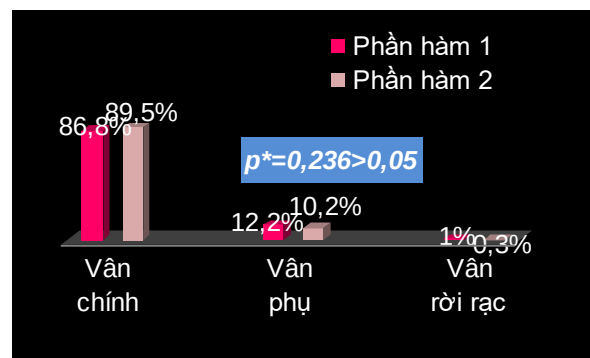
Biểu đồ 3.3. So sánh hình dạng vân khẩu cái giữa hai phần hàm

Hình dạng vân khẩu cái phần hàm bên phải và bên trái khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

5mm, vân có chiều dài nhỏ hơn 3mm chiếm tỷ lệ không đáng kể (0,7%) (Biểu đồ 3.1)



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ % loại vân khẩu cái theo chiều dài



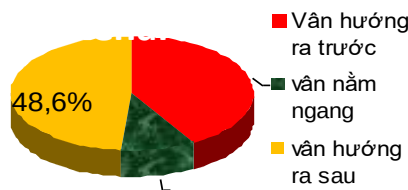
*Kiểm định Chi bình phương

Biểu đồ 3.2. So sánh tỷ lệ vân chính, vân phụ và vân rời rạc giữa hai phần hàm

Kết luận: $p > 0,05$, đặc điểm chiều dài VKC không khác biệt giữa phần hàm bên phải và bên trái.

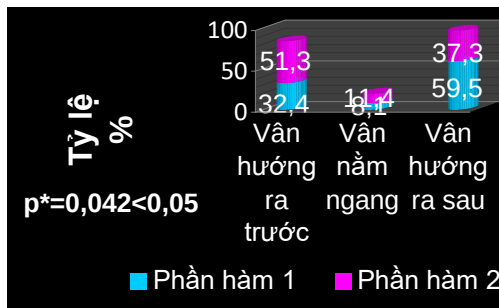
3.3. Hình dạng VKC

3.4. Phương hướng VKC



Biểu đồ 3.4. Đặc điểm phương hướng vân khẩu cái ở người Việt

Kết quả cho thấy, gần 50% vân khẩu cái ở người Việt hướng ra sau, 41,7% hướng ra trước. Trong khi đó tỷ lệ vân nằm ngang rất ít (9,7%).



*Kiểm định chi bình phương

Biểu đồ 3.5. So sánh phương hướng vân khẩu cái giữa hai phần hàm

Theo biểu đồ trên, gần 60% vân khẩu cái bên phải hướng ra sau, ngược lại hơn 50% vân bên trái hướng ra trước, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 300 mẫu hàm trên của 300 đối tượng, gồm 139 nam và 161 nữ, tuổi trung bình là $23,85 \pm 1,9$. Đây là một nghiên cứu hình thái, do đó chúng tôi hy vọng với cỡ mẫu càng lớn, kết quả thu được càng mang tính đại diện hơn. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.1. Số lượng VKC: Nghiên cứu khảo sát 2510 vân trên 300 mẫu hàm. Trung bình, mỗi đối tượng nghiên cứu có 8,37 vân, chia đều hai bên cung hàm, với số lượng vân phần hàm 1 và 2 lần lượt là 4,26 vân và 4,11 vân, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4.1. So sánh hình dạng vân với một số nước trên thế giới

	Việt Nam (=300)	Chile (n=120)	Ai Cập (n=108)	Nepal (n=200)	p
Cong	$2,85 \pm 1,48$	$3,35 \pm 1,9$	$1,85 \pm 1,28$	$1,71 \pm 1,48$	0,000*
Thẳng	$1,16 \pm 0,97$	$1,85 \pm 1,43$	$2,24 \pm 2,16$	$1,69 \pm 1,45$	0,000*
Lượn sóng	$2,6 \pm 1,33$	$5,33 \pm 1,81$	$3,21 \pm 1,78$	$3 \pm 1,72$	0,000*
Tròn	$0,32 \pm 0,58$	$0,008 \pm 0,091$	$1,44 \pm 1,68$	$0,22 \pm 0,6$	0,000*

4.2. Chiều dài VKC: Dù dựa trên phân loại nào thì khi khảo sát chiều dài VKC, đa số các tác giả đều phân chia vân thành ba nhóm: nhóm vân chính, nhóm vân phụ và nhóm vân rời rạc [3]. Hơn nữa số đo chiều dài vân, ghi nhận đồng đều ở các quần thể khác nhau, thiếu tính đặc trưng cho phân loại chủng tộc, do đó khi so sánh các nhóm dân tộc khác nhau, người ta sẽ so sánh gián tiếp qua nhóm vân thay vì so sánh số đo trực tiếp.

Gần 90% VKC ở người Việt dài hơn 5mm (vân chính), vân có chiều dài nhỏ hơn 3mm (vân rời rạc) chiếm tỷ lệ không đáng kể (0,7%), chiều dài 3-5 mm là vân phụ, chiếm khoảng 10% (Biểu đồ 3.1). Kết quả này tương tự hầu hết các nghiên cứu trên các dân tộc khác nhau, như Nhật Bản cũng ghi nhận nhóm vân chính là phổ biến nhất [1]. Đặc điểm chiều dài VKC không khác biệt giữa phần hàm bên phải và bên trái. Vì vậy yếu tố chiều dài vân không được sử dụng để so sánh giữa hai phần hàm phải và trái.

4.3. Hình dạng VKC: Đã có nhiều nghiên cứu báo cáo mối liên hệ có ý nghĩa giữa hình dạng VKC và dân tộc, nó được xem là một phát hiện có giá trị trong điều tra pháp y, đặc biệt là trong các thảm họa thiên nhiên hay tai nạn máy bay [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ vân dạng cong và dạng lượn sóng là lớn nhất. Về tính hợp nhất của VKC, vân dạng nhánh nhiều gấp 8 lần vân hội tụ. Điều này giống với kết quả nghiên cứu của Patel và cs (2016) trên một nhóm dân tộc Gujarat ở Ấn Độ hay trên người Malaysia [4]. Tuy nhiên, dạng thẳng và tròn ở người Việt chiếm tỷ lệ nhỏ hơn so với 2 nghiên cứu trên. Trong khi đó, kết quả này khác với nhiều nhóm dân tộc khác nhau trên thế giới, như người thổ dân và người da trắng châu Úc, người Ấn Độ, người Chile hay người Ả Rập Xê Út [3]: các tác giả đều ghi nhận dạng lượn sóng và cong phổ biến nhất, kể đến là dạng thẳng [6].

Nhìn chung, có một mối liên hệ giữa hình dạng VKC và dân tộc và thậm chí giữa những nhóm dân số tương đồng nhau. Mô hình này đặc trưng cho dân tộc, không dân tộc nào giống dân tộc nào: kết quả so sánh giữa Việt Nam và một số dân tộc khác, cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (bảng 4.1).

Phân nhánh	0,82 ± 0,81	—	0,63 ± 0,77	—	0,035**
Hội tụ	0,14 ± 0,40	—	1,49 ± 1,56	—	0,000**
Không đặc trưng	0,48 ± 0,63	—	—	—	—

*Kiểm định aovsum command, **Kiểm định ttesti command

4.4. Phương hướng VKC: Trong nghiên cứu này, gần 50% VKC ở người Việt hướng ra sau, 41,7% hướng ra trước. Trong khi đó tỷ lệ vắn nằm ngang rất ít (9,7%). Kết quả này khác với nhiều dân tộc khác như nhóm dân số miền tây Ấn Độ, Malaysia [4]: hướng ra trước là hướng phổ biến nhất của vắn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy gần 60% VKC bên phải hướng ra sau, ngược lại hơn 50% vắn bên trái hướng ra trước, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này phù hợp với đặc điểm VKC ở người: ở người và linh trưởng, VKC bất đối xứng – đặc điểm độc đáo để phân biệt với các loài có vú. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận cả sự phân bố hướng vắn giữa hai phần hàm cũng nhằm góp phần xây dựng một mô hình vắn cụ thể hơn ở người Việt.

V. KẾT LUẬN

- Số lượng VKC trung bình ở người Việt là 8,7
- Chiều dài VKC: nhóm vắn chính ($>5\text{mm}$) chiếm ưu thế ở người Việt, tiếp đến là nhóm vắn phụ và nhóm vắn rời rạc.
- Hình dạng VKC phổ biến là vắn dạng cong và dạng lượn sóng, kế đến là vắn dạng thẳng, vắn dạng phân nhánh.
- Hướng VKC chủ yếu là hướng ra sau, có sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê về hướng vắn giữa hai phần hàm, đây có thể là một đặc điểm sinh trắc học đặc trưng cho người Việt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dohke M., Osato S. (1994), "Morphological study of the palatal rugae in Japanese.1. Bilateral differences in the regressive evolution of the palatal rugae", Jpn J Oral Biol, 36, pp.126-140.
2. Kamala R., Gupta N., Bansal A., Sinha A., (2011), "Palatal Rugae Pattern as an Aid for Personal Identification: A Forensic Study", Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology, 23, pp.173-178.
3. Kapali S., Townsend G., Richards L., Parish T (1997), "Palatal rugae patterns in Australian Aborigines and Caucasians, Australian Dental Journal, 42, pp.129-133.
4. Kesri R., Das G., Tote J., Thakur P (2014), "Rugoscopy- Science of Palatal Rugae: A Review", Int J Dent Med Res, 1(4), pp103-107
5. Sherif A.F., Hashim A.A., Hanafy M.A.A., Soliman E. M (2018), "A pilot- cross sectional study of palatal Rugae shape and direction among Egyptians and Malaysians", Egyptian Journal of Forensic Sciences, 8, pp.17.
6. Solarte H.A., Alzate V.S., et al (2018), "Palate shape and size and palatal rugae morphology of children with anterior open bite and normal vertical overbite", J Forensic Odontostomatol, 35, pp.34-43.
7. Thomas C.J., Kotze TJVW., (1983), "The palatal rugae: a new classification", J Dental Assoc South Africa, 38, pp.53-76.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA TẤT THŨNG PHƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH KHỚP GỐI DO THOÁI HÓA

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của bài thuốc Tất Thũng Phương trên bệnh nhân tràn dịch khớp gối. **Phương pháp:** Nghiên cứu lâm sàng tiến cứu có đối chứng. **Kết quả:** Tất Thũng Phương kết hợp meloxicam có tác dụng giảm đau và thúc đẩy nhanh hơn quá trình hồi phục ở bệnh nhân tràn dịch khớp gối, sự khác biệt này có ý nghĩa so với nhóm chứng: giảm đau sau 14 ngày điều trị ($p=0.041$); tăng chức năng khớp gối sau 21 ngày ($p=0.032$); cải thiện tầm vận động khớp gối sau 14 ngày điều trị ($p=0.038$) và

Nguyễn Tiến Chung*, Nguyễn Thị Hạnh**

làm giảm sưng nề khớp gối sau 21 ngày điều trị ($p=0.029$).

Từ khóa: Tất Thũng Phương, tràn dịch khớp gối, Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

SUMMARY

STUDY ON THE EFFECT OF THE MEDICATION "TAT THUNG PHUONG" IN PATIENTS WITH KNEE EFFUSION

Objective: Research the effect of the medication Tat Thung Thang in patients with knee effusion. **Method:** controll prospective clinical research. **Results:** Tat Thung Thang combines meloxicam to relieve pain and accelerate recovery in patients with knee effusion; this difference is significant compared to the control group: pain relief after 14 days of treatment ($p = 0.041$); increased knee function after 21 days ($p = 0.032$); improve knee movement after 14 days of treatment ($p = 0.038$); and reduces swelling of the knee after 21 days of treatment ($p = 0.029$).

*Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

**Bệnh viện Công an thành phố Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hạnh

Email: hanhnh150629@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/2/2019

Ngày phản biện khoa học: 20/2/2019

Ngày duyệt bài: 6/3/2019

Keywords: Tật Thưng Phương, knee effusion, Tue Tinh Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch khớp gối (TDKG) là tổn thương gây ra tình trạng dịch trong khớp gối tăng lên làm cho khớp gối bị phù nề, sưng to, giảm chức năng vận động, đau khi vận động. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, TDKG có thể dẫn đến biến chứng giảm chức năng vận động khớp. Nguyên nhân thường gặp nhất gây ra tình trạng TDKG là thoái hóa khớp, ngoài ra có thể do viêm khớp dạng thấp, lao, viêm bao hoạt dịch khớp,...[1].

Tật Thưng Phương là bài thuốc nghiệm phương, sử dụng cho các bệnh nhân TDKG bước đầu cho thấy hiệu quả khả quan, tuy vậy chưa có báo cáo cụ thể nào. Bài thuốc đã được đánh giá độc tính. Với mục đích xác định rõ hơn về tác dụng của bài thuốc Tật Thưng Phương trên lâm sàng, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: "đánh giá kết quả điều trị của bài thuốc Tật Thưng Phương trên bệnh nhân tràn dịch khớp gối".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu: Công thức bài thuốc:

Stt	Vị thuốc	Liều lượng
1	Ngưu tất	12g
2	Thổ phục linh	20g
3	Thục địa	06g
4	Độc hoạt	10g
5	Hoài sơn	12g
6	Tỳ giải	12g
7	Khương hoạt	08g
8	Đương quy	12g
9	Xa tiền thảo	12g
10	Tang ký sinh	16g

Dạng bào chế: thuốc được bào chế dưới dạng sắc đóng túi theo quy trình trên máy bán tự động, 1 thang sắc lấy 300ml; các vị thuốc trong thành phần bài thuốc do khoa dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh cung cấp, đạt tiêu chuẩn theo Dược điển Việt Nam IV.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 70 bệnh nhân được chẩn đoán TDKG do thoái hóa (tổng số 107 khớp tràn dịch) điều trị tại Khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Tuệ Tĩnh năm 2018. Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn chẩn đoán ACR 1991 của Hội thấp khớp học Mỹ (American College of Rheumatology) [2], siêu âm khớp gối có dịch trong ổ khớp: 1/Đau khớp gối; 2/Có gai xương ở rìa xương (xquang); 3/Dịch khớp là dịch thoái hóa; 4/Tuổi ≥ 40 ; 5/Cứng khớp dưới 30 phút; /Lao xao khi cử động. Chẩn đoán xác định có yếu tố 1,2 hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6 theo ACR.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu lâm sàng tiến cứu có đối chứng. Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu toàn thể, 70 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm:

- Nhóm nghiên cứu (NC): 35 bệnh nhân, được uống Tật Thưng Phương ngày 1 thang, chia 2 lần và uống meloxicam 7.5mg, ngày 2 viên chia 2 lần.

- Nhóm nghiên cứu (ĐC): 35 bệnh nhân, được uống meloxicam 7.5mg, ngày 2 viên chia 2 lần.

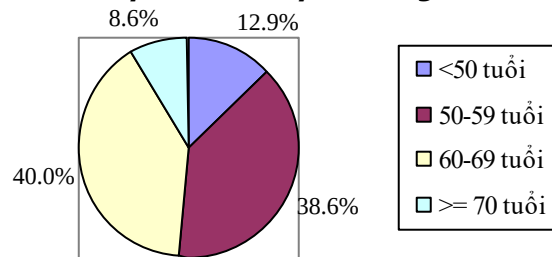
Bệnh nhân được uống thuốc tương ứng trong 21 ngày. Theo dõi các chỉ tiêu nghiên cứu tại các thời điểm trước điều trị (D_0), sau điều trị 7, 14, 21 ngày (D_7 , D_{14} , D_{21}). Lượng giá cảm giác đau theo thang điểm VAS, chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne, tầm vận động khớp gối theo phương pháp zero, đo lượng dịch khớp trên siêu âm, phân loại xquang theo Kellgren và Lawrence [3].

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Các biến số định tính được trình bày kết quả theo tỉ lệ phần trăm (%), biến số định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Số liệu được xử lý bằng phương pháp y sinh học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thuật toán χ^2 với số liệu định tính; so sánh hai giá trị trung bình bằng T-test student.

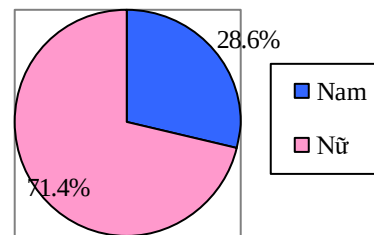
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về độ tuổi và giới tính



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Bệnh nhân TDKG do thoái hóa chủ yếu tập trung ở độ tuổi 50-69, chiếm tỉ lệ 78.6%; trẻ nhất là 39 tuổi, già nhất là 75 tuổi. Tuổi trung bình là 56.57 ± 21.56 .

3.1.2. Đặc điểm chỉ số khối cơ thể

Bảng 1. Đặc điểm về chỉ số khối lượng cơ thể BMI

Chỉ số BMI	n	Tỉ lệ %
Gầy (<18.5)	9	12.9
Trung bình (18.5÷22.9)	28	40.0
Thừa cân (23.0÷24.9)	31	44.3
Béo phì (>25.0)	2	2.9
Tổng	70	100.0
($\bar{X} \pm SD$)	22.96±9.87	
min;max	18.1; 25.2	

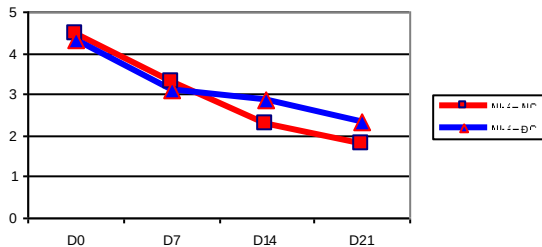
Nhận xét: Bệnh nhân TDKG do thoái hóa có tỉ lệ lớn là thừa cân, chiếm 44.3%, BMI người gầy nhất là 18.1, người béo nhất là 25.2; chỉ số khối trung bình là 22.96±9.87.

3.2. Tác dụng điều trị của Tất Thũng Phương

3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS

Bảng 2. Diễn biến điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	Nhóm NC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm ĐC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	P _{NC-ĐC}
D ₀	4.48±2.62	4.31±3.01	> 0.05
D ₇	3.31±2.92	3.13±3.10	> 0.05
D ₁₄	2.27±2.32	2.85±2.61	0.041
D ₂₁	1.82±2.21	2.34±2.12	0.046
P ₀₋₇	<0.05	<0.05	
P ₀₋₁₄	<0.01	<0.01	
P ₀₋₂₁	<0.001	<0.001	

**Biểu đồ 3.** Diễn biến cảm giác đau theo thang điểm VAS ở 2 nhóm

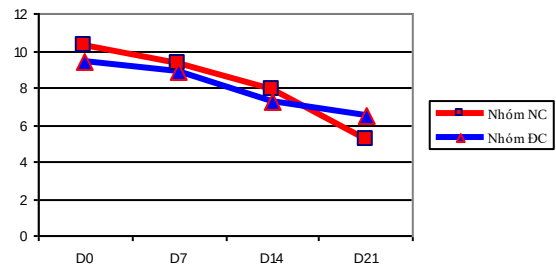
Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân được uống Tất Thũng Phương, mức độ đau theo VAS giảm nhanh hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại thời điểm D₁₄ và kéo dài tới D₂₁.

3.2.2. Tác dụng cải thiện chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne

Bảng 3. Diễn biến điểm Lequesne tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	Nhóm NC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm ĐC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	P _{NC-ĐC}
D ₀	10.28±9.47	9.38±9.12	> 0.05
D ₇	9.35±8.45	8.86±7.43	> 0.05
D ₁₄	7.91±8.25	7.29±6.76	> 0.05
D ₂₁	5.23±5.65	6.48±5.92	0.032

P ₀₋₇	<0.05	>0.05	
P ₀₋₁₄	<0.01	<0.01	
P ₀₋₂₁	<0.001	<0.001	

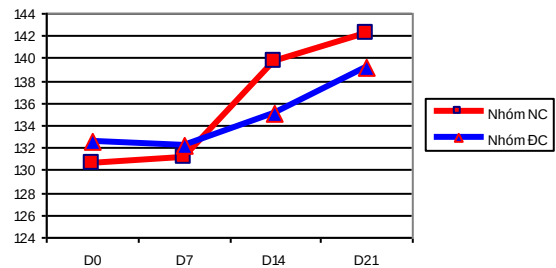
**Biểu đồ 4.** Diễn biến chức năng khớp gối theo Lequesne ở 2 nhóm

Nhận xét: Sau 7 ngày và 14 ngày điều trị, chức năng khớp gối của nhóm uống Tất Thũng Phương có xu hướng cải thiện sớm hơn và nhanh hơn nhóm đối chứng, giảm tương ứng 10.02% và 23.05% điểm Lequesne so với thời điểm D₀ (so với 5.54% và 22.52% của nhóm đối chứng). Tuy vậy, sự khác biệt với nhóm chứng chỉ có ý nghĩa thống kê tại thời điểm D₂₁.

3.2.3. Tác dụng cải thiện tầm vận động khớp gối

Bảng 4. Diễn biến tầm vận động khớp gối tại các thời điểm nghiên cứu

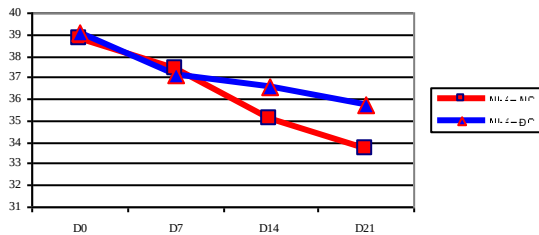
Thời điểm	Nhóm NC (n=55) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm ĐC (n=52) ($\bar{X} \pm SD$)	P _{NC-ĐC}
D ₀	130.67±39.53	132.65±43.32	> 0.05
D ₇	131.12±39.46	132.21±41.18	>0.05
D ₁₄	139.76±32.76	135.15±23.35	0.038
D ₂₁	142.16±32.16	139.21±32.23	0.041
P ₀₋₇	>0.05	>0.05	
P ₀₋₁₄	<0.01	<0.05	
P ₀₋₂₁	<0.001	<0.001	

**Biểu đồ 5.** Diễn biến tầm vận động khớp gối ở 2 nhóm

Nhận xét: Sau 7 ngày uống thuốc, tầm vận động khớp chưa có sự khác biệt so với thời điểm D₀. Tuy vậy, sau 14 ngày, nhóm bệnh nhân uống Tất Thũng Phương có mức độ cải thiện tầm vận động khớp gối diễn ra nhanh hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0.038) và kéo dài tới D₂₁.

3.2.4. Tác dụng giảm sưng nề**Bảng 5.** Diễn biến chu vi khớp gối tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	Nhóm NC (n=55) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm ĐC (n=52) ($\bar{X} \pm SD$)	P _{NC-ĐC}
D ₀	38.82±9.18	39.11±7.46	> 0.05
D ₇	37.36±8.65	37.12±8.27	> 0.05
D ₁₄	35.12±6.72	36.54±8.01	> 0.05
D ₂₁	33.73±10.16	35.76±9.12	0.029
P ₀₋₇	>0.05	>0.05	
P ₀₋₁₄	<0.05	<0.05	
P ₀₋₂₁	<0.01	<0.01	

**Biểu đồ 6.** Diễn biến chu vi khớp gối ở 2 nhóm

Nhận xét: Sau 7 ngày uống thuốc, chu vi khớp chưa có sự khác biệt so với thời điểm D₀ ở cả 2 nhóm nghiên cứu. Tuy vậy, sau 14 ngày, nhóm bệnh nhân uống Tất Thũng Phương bắt đầu có sự cải thiện chu vi khớp gối diễn ra nhanh hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại thời điểm D₂₁ với p=0.029.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 2 và biểu đồ 3 trình bày về diễn biến của điểm VAS theo thời gian. Sau 1 tuần uống thuốc, cảm giác đau ở cả 2 nhóm đều giảm có ý nghĩa so với thời điểm D₀; tuy vậy tại thời điểm này điểm VAS không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Từ thời điểm D₁₄, ở nhóm bệnh nhân được uống Tất Thũng Phương, mức độ đau theo VAS giảm nhanh hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và kéo dài tới D₂₁. Kết quả này cho thấy, Tất Thũng Phương có tác dụng giảm đau ở TDKG do thoái hóa. Tác dụng này xuất hiện nhanh hơn so với Cao lỏng Hoàng Kinh trong nghiên cứu của Phan Thị Thu Thảo (2014) [4]; tương đương với phương pháp sử dụng Độc hoạt tang ký sinh thang kết hợp cấy chỉ theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Giang [5]. Tác dụng giảm đau của Tất Thũng Phương có thể giải thích được theo lý luận y học cổ truyền. Khí huyết tuần hành trong kinh mạch, khí của tạng can thận ôn dưỡng gân cốt; khí huyết sung đầy, can thận cường tráng thì gân cốt khỏe mạnh, các khớp hoạt lợi. Đau gọi là chứng thống; chứng thống sinh ra do các yếu tố hàn ngưng, thấp trệ,... khí huyết bất thông, can thận

thất ôn dưỡng. Bài thuốc được cấu tạo từ các vị thuốc Khương hoạt, Độc hoạt, Thổ phục linh có tác dụng khu phong trừ thấp; Tang ký sinh, Hoài sơn có tác dụng bổ can thận, cường gân cốt; Đương quy, Ngưu tất có tác dụng hoạt huyết, thông kinh hoạt lạc [6]. Bài thuốc có tác dụng ôn kinh, trừ thấp, hoạt huyết, bổ can thận; vừa khử tà vừa bổ chính nên quan sát thấy tác dụng giảm đau trên lâm sàng.

Bảng 3 và biểu đồ 4 trình bày diễn biến chức năng khớp gối. Sau 7 ngày giảm và 14 ngày điều trị, chức năng khớp gối của nhóm uống Tất Thũng Phương có xu hướng cải thiện sớm hơn và nhanh hơn nhóm đối chứng, giảm tương ứng 10.02% và 23.05% điểm Lequesne so với thời điểm D₀ (so với 5.54% và 22.52% của nhóm đối chứng). Tuy vậy, sự khác biệt với nhóm chứng chỉ có ý nghĩa thống kê tại thời điểm D₂₁. Bảng 4 và biểu đồ 5 trình bày sự biến đổi tầm vận động khớp gối trong quá trình điều trị. Sau 7 ngày uống thuốc, tầm vận động khớp chưa có sự khác biệt so với thời điểm D₀. Tuy vậy, sau 14 ngày, nhóm bệnh nhân uống Tất Thũng Phương có mức độ cải thiện tầm vận động khớp gối diễn ra nhanh hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0.038) và kéo dài tới D₂₁. Tác dụng này được giải thích là TDKG do thoái hóa là bệnh lý mạn tính, chức năng khớp gối và tầm vận động khớp gối bị ảnh hưởng lâu dài, các tổn thương lâu ngày nên mức độ hồi phục hạn chế và cần thời gian đủ dài để thuốc có thể phát huy tác dụng. Bên cạnh các vị thuốc có tác dụng hoạt huyết, trừ phong thấp, Tất Thũng Phương còn chứa các vị thuốc Thực địa, Tang ký sinh, Ngưu tất với tác dụng bổ can thận, cường tráng gân cốt. Can thận khỏe mạnh, gân cốt được nhu dưỡng, kinh mạch thông suốt thì quan tiết hoạt lợi, vận động khớp dễ dàng [6]. Cùng với tác dụng giảm đau ở trên, góp phần cải thiện chức năng khớp gối. Tác dụng này xuất hiện nhanh hơn so với cao lỏng Hoàng Kinh trong nghiên cứu của Phan Thị Thu Thảo (2014) [4] và Độc hoạt tang ký sinh thang kết hợp cấy chỉ theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Giang [5]. Đây là tác dụng cộng hợp với thuốc tân dược hay là tác dụng độc lập của Tất Thũng Thang, chúng tôi cần các nghiên cứu sâu hơn nữa để khẳng định.

Số liệu ở bảng 5 và biểu đồ 6 cho thấy, sau 14 ngày, ở nhóm bệnh nhân uống Tất Thũng Phương, chiều dày màng hoạt dịch trung bình có xu hướng giảm nhanh hơn so với nhóm chứng; sự khác biệt diễn ra tại thời điểm 21 ngày điều trị (p=0.029). Kết quả trên cho thấy, Tất Thũng Phương kết hợp với meloxicam có tác dụng làm

giảm mức độ viêm nhanh hơn so với đơn trị liệu meloxicam. Tác dụng chống viêm được thể hiện thông qua làm giảm số lượng dịch khớp, giảm chiều dày màng hoạt dịch và giảm tình trạng sưng nề khớp. Tác dụng này bắt đầu quan sát được ở thời điểm D₁₄ và chỉ thấy rõ sau 21 ngày điều trị. Tác dụng này của Tất Thũng Phương được giải thích thông qua tác dụng của các vị thuốc Tỷ giải, Xa tiền thảo, Thổ phục linh: có tác dụng trừ thấp, lợi thủy. Kết quả này cũng cho thấy Tất Thũng Phương có thời gian phát huy hiệu quả chậm; phù hợp trên lâm sàng, thuốc uống y học cổ truyền thường khuyến cáo sử dụng liên tục 2-3 tuần và thích hợp với các bệnh lý mạn tính. Do không tìm được tài liệu nào nghiên cứu tác dụng của thuốc đông dược trên bệnh nhân TDKG, vì vậy chúng tôi không có số liệu để so sánh.

V. KẾT LUẬN

Qua số liệu thu được từ 70 bệnh nhân TDKG do thoái hóa, chúng tôi đưa ra kết luận sau: Tất Thũng Phương kết hợp meloxicam có tác dụng giảm đau và thúc đẩy nhanh hơn quá trình hồi phục ở bệnh nhân tràn dịch khớp gối, sự khác

biệt này có ý nghĩa so với nhóm chứng: giảm đau sau 14 ngày điều trị ($p=0.041$); tăng chức năng khớp gối sau 21 ngày ($p=0.032$); cải thiện tầm vận động khớp gối sau 14 ngày điều trị ($p=0.038$) và làm giảm sưng nề khớp gối sau 21 ngày điều trị ($p=0.029$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Văn Đệ (2004), "Cơ chế bệnh sinh của thoái hóa khớp", *Báo cáo khoa học Đại hội toàn quốc lần thứ 3*, Hội thấp khớp học Việt Nam, tr.7 -12.
2. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2016). "Thoái hóa khớp gối", *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, NXB Giáo dục Việt Nam, tr.178-184.
3. Lequesne M, et al (1994), "Guidelines for testing slow acting drugs in osteoarthritis", *J Rheumatol Suppl*, 41: p. 65-71; discussion p. 72-73.
4. Phan Thị Thu Thảo, Đỗ Thị Phương (2014), "Tác dụng giảm đau của cao lỏng Hoàng Kinh trong điều trị thoái hóa khớp gối", *Tạp chí nghiên cứu y học*, phụ trương số 91, tr.62-63.
5. Nguyễn Thanh Giang, Lê Thành Xuân (2013), "Hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp bài thuốc độc hoạt tang ký sinh", *Tạp chí nghiên cứu y học*, phụ trương số 85, tr.78-80.
6. Hoàng Bảo Châu (2010), "Chứng tỷ", *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Thời đại, tr.528-538.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XEP THÂN ĐỐT SỐNG TRÊN BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP BƠM CEMENT SINH HỌC QUA DA TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Vũ Hoàng*, Đồng Quang Sơn*,
Nguyễn Văn Sơn**, Khúc Văn Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Loãng xương là bệnh lý phổ biến ở người cao tuổi, có thể gây lún xẹp cột sống, gây đau lưng, gù, hạn chế vận động do đau. Bơm xi măng tạo hình thân đốt sống là phương pháp can thiệp ít xâm lấn giúp giảm đau cho bệnh nhân. Đề tài này tiến hành nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xẹp đốt sống do loãng xương bằng phương pháp bơm xi măng không bóng tạo hình thân đốt sống. **Đối tượng và phương pháp:** 62 bệnh nhân với 71 thân đốt sống bị lún xẹp do loãng xương được tiến hành bơm xi măng không bóng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 6/2017-5/2018. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng không đối

chứng. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/ nam: 3.13/1, Tuổi trung bình: 68.1 (50-87), chủ yếu 70-79 tuổi. 98.4% loãng xương với T score <-2.5, 11.3% đau do loãng xương đơn thuần, 88.7% có yếu tố chấn thương. Tăng hay giảm nhất là L1 (27 đốt) và D12 (17 đốt), đốt cao nhất là D9. 85.48% bơm xi măng 1 tầng và 14.52% bơm hai tầng. Điểm VAS trước mổ là 7.9. Sau mổ 1 ngày là VAS 4.1. Biến chứng gặp trong can thiệp là rò vào đĩa đệm (24.2%). **Kết luận:** Tạo hình thân đốt sống không bóng điều trị xẹp đốt sống do loãng xương là phương pháp có hiệu quả cao, giảm đau tốt, đơn giản, an toàn, ít xâm lấn và biến chứng ít nguy hiểm nếu lựa chọn bệnh nhân tốt.

Từ khóa: Xẹp đốt sống, loãng xương, bơm xi măng không bóng

SUMMARY

OUTCOMES OF TREATMENT WITH PERCUTANEOUS VERTEBROPLASTY BY EJECTING BIOLOGICAL CEMENT FOR VERTEBRAL COLLAPSE ON OSTEOPOROSIS PATIENTS IN THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: Osteoporosis is a disease that affects

*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

**Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Hoàng

Email: drhoang0410@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/1/2019

Ngày phản biện khoa học: 12/2/2019

Ngày duyệt bài: 5/3/2019

especially the elderly and can cause the spine to collapse, low back pain, kyphosis and decrease in range of motion due to pain. Percutaneous vertebroplasty with injection of acrylic surgical cement is a mini-invasive technique which can reduce pain in patients with osteoporotic conditions. This study aimed to determine surgical outcomes of percutaneous vertebroplasty in treating osteoporotic vertebral collapse. **Subjects and Methods:** 62 Patients with 71 collapsed osteoporotic vertebral bodies underwent percutaneous vertebroplasties in the Neurosurgical Department, Thai Nguyen National Hospital from June 2017 to May 2018. Uncontrolled clinical trials were used in this study. **Results:** Sex ratio: Female/male: 3.13/1. Mean age: 68.1 years (50-87). 98.4% cases had osteoporosis with T-score < -2.5 . 11.3% cases of these had isolated osteoporosis and 88.7% cases had trauma fractures correlated. The most commonly effected segment was L1 (27 vertebral bodies), followed by D12 (17 vertebral bodies). The highest level was D9. One-level injections were performed in 85.48% of the patients, and two-level injections were performed in 14.52% cases. Pre-operative VAS score was 7.9 and one-day post-operative VAS score was 4.1. Complications included cement leakage into the disk (24.2%). **Conclusions:** Percutaneous vertebroplasty for the treatment of osteoporotic vertebral collapse appears to be a safe, readily performed, minimally invasive procedure which provides significant reduction in pain. To minimize the risk of this method, surgeons should select patients carefully.

Keyword: Vertebral collapse, osteoporotic, vertebroplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương đang là một vấn đề sức khỏe toàn cầu ở nhóm người lớn tuổi với sự liên quan lớn đến gánh nặng cá nhân và xã hội [6]. Loãng xương và gãy xương do loãng xương còn kéo theo gánh nặng kinh tế khổng lồ từ các chi phí chăm sóc sức khỏe trực tiếp và gián tiếp. Chi phí trực tiếp để điều trị loãng xương hàng năm tại Mỹ khoảng 19 tỷ USD, trong đó chi phí điều trị xẹp đốt sống khoảng 1.1 tỷ USD và con số này sẽ có thể tăng lên gấp 1.5 lần vào năm 2025, theo báo cáo của Burge và cs [3]. Như vậy, xẹp đốt sống do loãng xương đang thực sự trở thành một vấn đề sức khỏe toàn cầu khi mà tuổi thọ của dân số thế giới ngày càng tăng lên.

Lún, xẹp đốt sống đang ngày càng phổ biến do nhiều nguyên nhân do nhiều nguyên nhân gây nên: chấn thương cột sống, loãng xương, u máu thân đốt sống, đa u tủy xương... trong đó loãng xương là nguyên nhân phổ biến nhất.

Khi đốt sống bị lún xẹp, mỗi khi xoay trở hoặc vận động, gây nên đau đớn cho người bệnh. Việc điều trị nội khoa bằng thuốc, đeo nẹp hỗ trợ, các phương pháp vật lý trị liệu chỉ đạt hiệu quả làm giảm sự mất chất xương, tăng khối lượng xương nhưng chưa hồi phục lại cấu trúc

xương[2], bên cạnh đó là hiệu quả điều trị mệt mỏi, bệnh nhân không giảm đau hiệu quả, nhiều trường hợp đau lưng kéo dài. Vì vậy phương pháp tạo hình đốt sống qua da được áp dụng như một biện pháp khắc phục các hạn chế của điều trị nội khoa xẹp đốt sống do loãng xương.

Khoa ngoại thần kinh bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã nghiên cứu và tiến hành bơm cement cho một số bệnh nhân bị xẹp đốt sống do loãng xương với mục đích nâng cao chất lượng khám và điều trị bệnh lý trên và đã đạt được một số kết quả tốt. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp tạo hình đốt sống qua da tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6/2017 đến tháng 5/2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xẹp đốt sống do loãng xương hoặc trên nền bệnh loãng xương không có chèn ép rễ thần kinh tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6 năm 2017 đến tháng 5 năm 2018. Được điều trị bằng phương pháp bơm cementsinh học qua da không bóng tạo hình thân đốt sống.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán xẹp đốt sống, không có biểu hiện chèn ép tủy, rễ sống tại đốt xẹp.
- Được chẩn đoán loãng xương với kết quả đo mật độ xương với chỉ số T-score ≤ -2.5
- Chụp MRI cột sống có hình ảnh phù tủy xương tại đốt sống bị xẹp

Tiêu chuẩn loại trừ

- Xẹp đốt sống đơn thuần không có bệnh loãng xương
- Xẹp đốt sống mất vững, gây chèn ép tủy sống, rễ sống tại vị trí đốt xẹp
- Mặc các bệnh nội khoa kèm theo nằm trong chống chỉ định chung của các can thiệp ngoại khoa như: rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn mô mềm vị trí đốt xẹp...

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 6/2017 – đến tháng 5/2018. Tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

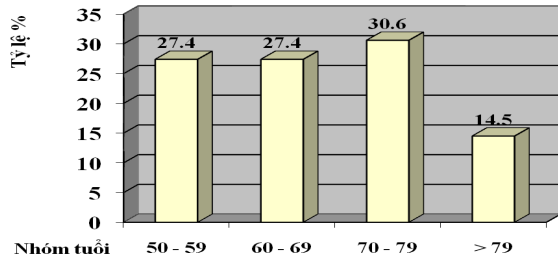
2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có so sánh đánh giá kết quả trước – sau can thiệp.

Chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất, lựa chọn tiến cứu tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2017.

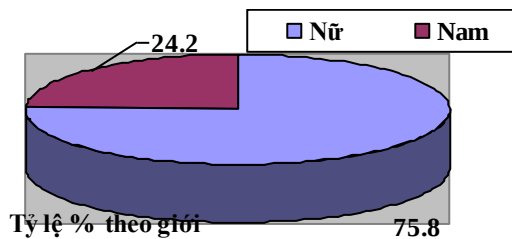
Phương pháp thống kê và xử lý kết quả: Số liệu sau khi được làm sạch sẽ được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 21.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi và giới tính



Biểu đồ 1. Phân bố số lượng bệnh nhân theo nhóm tuổi.



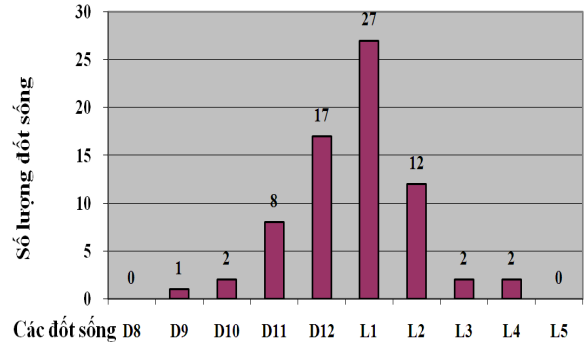
Biểu đồ 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính.

2. Yếu tố khởi phát

Bảng 1. Yếu tố khởi phát xẹp đốt sống

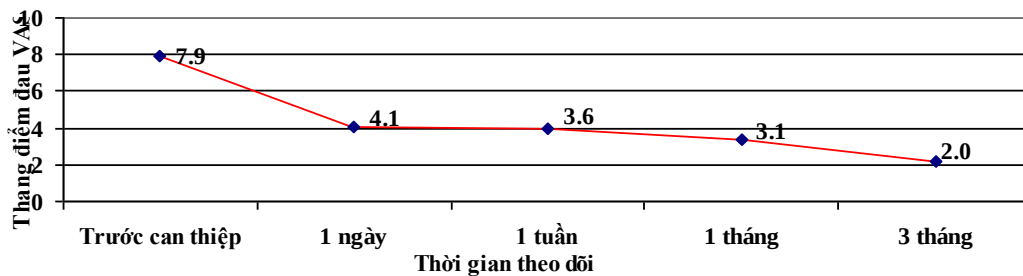
Khởi phát	Số lượng	Tỷ lệ %
Chấn thương cột sống	55	88.7
Nguyên phát	7	11.3
Tổng số	62	100

3. Đặc điểm tổn thương xẹp đốt sống:

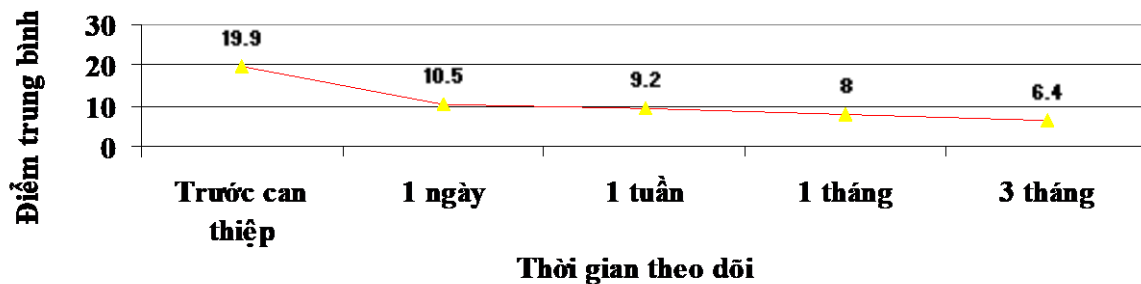


Biểu đồ 3. Số lượng và vị trí các đốt sống bị xẹp

4. Kết quả phương pháp tạo hình thân đốt sống qua da:



Biểu đồ 4. Thang điểm đau VAS trước và sau điều 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng



Biểu đồ 5. Điểm Roland-Morris trung bình của bệnh nhân trước và sau điều trị 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 68.1 tuổi, nhỏ nhất là 50 và tuổi cao nhất là 87, nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 70-79

tuổi. Nghiên cứu của các tác giả trong nước và quốc tế cho kết quả tương tự. Đa số bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương là nữ, nghiên cứu của chúng tôi nữ giới chiếm: 75.8%, tỷ lệ

nữ/nam là 3.13/1. Do nữ giới mất calci trong xương qua quá trình kinh nguyệt, sinh đẻ và cho con bú và sau mãn kinh vì vậy nguy cơ loãng xương cao hơn và thường dẫn đến xẹp đốt sống sau lao động nặng quá sức.

Có 7 bệnh nhân (11.3%) xẹp đốt sống nguyên phát do loãng xương, không có yếu tố chấn thương, 88.7% bệnh nhân có yếu tố khởi phát gây xẹp đốt sống sau một chấn thương nhẹ ngã ngối hay va đập trực tiếp vùng cột sống, những bệnh nhân này thường đau dữ dội khi vào viện, đi lại khó khăn. Nghiên cứu của Masato Nakano cũng cho kết quả tương tự.

Có 62 bệnh nhân can thiệp với 71 đốt sống được bơm xi măng, gặp nhiều nhất là xẹp 27 đốt L1 (38.03%), 17 đốt D12 (23.94%), 12 đốt L2 (11.90), 8 đốt D11 (11.27%) và 2 đốt D10, 2 đốt L3, 2 đốt L4 và 1 đốt D9 (1.41%). Kết quả cho thấy tổn thương cũng thường gặp ở đoạn đốt sống bàn lễ cho tính chất vận động và chịu lực ở các tư thế khác nhau mà vùng này thường bị tổn thương nhiều hơn là vùng cột sống ngực và thắt lưng cùng. Nghiên cứu của các tác giả trong nước và thế giới cho kết quả tương tự.

Bệnh nhân thấy có sự thay đổi rõ rệt ngay sau quá trình bơm xi măng khi bệnh nhân còn đang nằm trên bàn mổ, để tránh ảnh hưởng của thuốc tê làm sai lệch đánh giá. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được đi lại bình thường không mặc áo nẹp vào ngày hôm sau mổ và đánh giá mức độ đau theo VAS sau mổ một ngày cho kết quả VAS sau mổ trung bình 4.1, giảm 3.8 điểm so với trước mổ là 7.9 điểm. Nghiên cứu của Evan VAS trước mổ là 8.9; VAS sau mổ là 3.4[7]; VAS sau mổ trong nghiên cứu của Hochmuth là 2.6[8], nghiên cứu của Lý Văn Hoàng VAS trước mổ 7.7; sau mổ là 3.2[1]. Khi hiệu quả giảm đau phát huy tác dụng, khả năng vận động của bệnh nhân tăng lên, biểu hiện bằng sự giảm của điểm hạn chế vận động tính theo thang điểm Roland-Morris từ 19.9 điểm trước điều trị xuống còn 10.5 điểm sau 01 ngày điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp một số biến chứng như 15/62 bệnh nhân rò vào đĩa đệm, tuy nhiên đều không gây các biểu hiện trên lâm sàng hay các biến chứng, di chứng gì. Không gặp trường hợp nào tràn vào ống sống và tràn ra lỗ tiếp hợp và các biến chứng khác.

V. KẾT LUẬN

Tạo hình đốt sống bằng bơm xi măng sinh học không bóng áp dụng trong xẹp đốt sống do

loãng xương là can thiệp ít xâm lấn có hiệu quả cao trong việc điều trị giảm đau cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương, phù hợp với người cao tuổi do chỉ cần gây tê tại chỗ, đây là phương pháp tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, hiệu quả cao. Những biến chứng thường gặp là xi măng tràn lên đĩa đệm, tràn sang thành bên... để đạt hiệu quả cao cần chọn lựa bệnh nhân đúng, chẩn đoán chính xác, tiến hành thủ thuật cẩn trọng. Tuy nhiên đây là phương pháp dùng áp lực của hệ thống bơm nhằm đưa xi măng vào thân đốt nên việc chỉnh góc gù sau phẫu thuật còn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lý Văn Hoàng et al (2010)** "Tạo hình thân sống bằng phương pháp bơm cement sinh học qua da trong điều trị đau do xẹp đốt sống ở bệnh nhân loãng xương". *Y học thực hành*, 733+734, pp.289-296.
2. **Vũ Thị Thanh Thủy (1996)** *Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ lún đốt sống do loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh*.
3. **Burge Russel, Bess Dawson-Hughes, Daniel H Solomon, John B Wong, Alison King, Anna Tosteson (2007)** "Incidence and economic burden of osteoporosis-related fractures in the United States, 2005–2025". *Journal of bone and mineral research*, 22 (3), 465-475.
4. **Darbà Josep, Lisette Kaskens, Nuria Pérez-Álvarez, Santiago Palacios, José Luis Neyro, Javier Rejas (2015)** "Disability-adjusted-life-years losses in postmenopausal women with osteoporosis: a burden of illness study". *BMC Public Health*, 15 (1), 324.
5. **Holroyd Christopher, Cyrus Cooper, Elaine Dennison (2008)** "Epidemiology of osteoporosis". *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 22 (5), 671-685.
6. **Jiang Y, W Ni (2015)** Expected Lifetime Numbers, Risks, And Burden of Fractures for 50-Year Old Chinese Women. *Value in Health*. ELSEVIER SCIENCE INC 360 PARK AVE SOUTH, NEW YORK, NY 10010-1710 USA.
7. **J Evans Avery, Mary E Jensen, Kevin E Kip, Andrew J DeNardo, Gregory J Lawler, Geoffrey A Negin, Kent B Remley, Selene M Boutin, Steven A Dunnagan (2003)** "Vertebral compression fractures: pain reduction and improvement in functional mobility after percutaneous polymethyl methacrylate vertebroplasty —retrospective report of 245 cases". *Radiology*, 226 (2), 366-372.
8. **Hochmuth K, Proschek D, Schwarz W, M Mack, AA Kurth, TJ Vogl (2006)** "Percutaneous vertebroplasty in the therapy of osteoporotic vertebral compression fractures: a critical review". *European radiology*, 16 (5), 998.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ PHẢN ỨNG ÁP LỰC CỦA NÃO (PRx) VỚI ÁP LỰC NỘI SỌ VÀ ÁP LỰC TƯỚI MÁU NÃO Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG

Vũ Hoàng Phương¹, Phạm Anh Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá mối liên quan giữa chỉ số phản ứng với áp lực của não (PRx) với áp lực nội sọ và áp lực tưới máu não ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu phân tích mô tả trên 14 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng được theo dõi chỉ số PRx nằm điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực – bệnh viện Việt Đức từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2018. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $33,6 \pm 16,7$ (năm). Thang điểm Glasgow khi nhập viện là $6,1 \pm 0,6$. Tổn thương hay gặp nhất là chảy máu dưới nhện (chiếm 71,4%); đứt dây đường giữa và xóa bể đáy (chiếm 57,1% và 35,7%). Thời gian đến viện sau tai nạn trên 3 giờ chiếm tỉ lệ 85,61%. Tỉ lệ tụt huyết áp và thiếu oxy khi nhập viện là 7/14 và 4/14 bệnh nhân. Tương quan giữa giá trị PRx và điểm Glasgow lúc vào viện ở mức độ trung bình và thuận chiều, với hệ số $r = 0,373$. Giá trị PRx và áp lực nội sọ trung bình có mối tương quan ở mức độ trung bình và thuận chiều với hệ số $r = 0,418$ ($p < 0,05$). Tương quan giữa giá trị PRx và áp lực tưới máu não ở nhóm mất khả năng tự điều hòa ($PRx > 0,2$) là rất chặt chẽ và nghịch chiều, với hệ số $r = -0,911$ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi gợi ý cho thấy chỉ số PRx với mức độ nặng của chấn thương sọ não và áp lực nội sọ có mối tương quan trung bình và thuận chiều. Nhóm bệnh nhân chấn thương sọ não nặng bị mất khả năng tự điều hòa có chỉ số PRx tương quan nghịch chiều và rất chặt chẽ với áp lực tưới máu não.

Từ khóa: Chấn thương sọ não nặng, chỉ số phản ứng với áp lực của não (PRx), áp lực nội sọ, áp lực tưới máu não.

SUMMARY

EVALUATION THE CORRELATION BETWEEN PRESSURE REACTIVITY INDEX (PRx) WITH INTRACRANIAL PRESSURE AND CEREBRAL PERFUSION PRESSURE IN PATIENTS WITH SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY

Objective: The study aimed to evaluate the relationship between brain pressure reactivity index (PRx) with intracranial pressure (ICP) and cerebral perfusion pressure (CPP) in patients with severe traumatic brain injury (TBI). **Subjects and Methods:** Descriptive analysis of 14 patients with severe TBI

were monitored by PRx, which were treated at ICU - Viet Duc University hospital from March to September 2018. **Results:** The average age is 33.6 ± 16.7 (year). The Glasgow coma scale (GCS) at admission is 6.1 ± 0.6 . The most common injuries are subarachnoid bleeding (71.4%); shift the middle line and loss of brain stem (57.1% and 35.7%). Rate of patients which have time at admission over 3 hours after an accident was 85.61%. The rate of hypotension and hypoxia at admission were 7/14 and 4/14 patients. PRx values with mean ICP and GCS at admission have moderate and positive correlations with $r = 0.418$ and $r = 0.373$ ($p < 0.05$). The correlation between PRx values and CPP in the group with impaired cerebral autoregulation ($PRx > 0.2$) was very strong and opposite with $r = -0.911$ ($p < 0.05$). **Conclusion:** Our study suggests that the PRx index with the severity of TBI and ICP have moderate and positive correlation. The group of patients with severe TBI with impaired cerebral autoregulation, PRx index and CPP has a negative and closely correlation.

Keywords: Severe traumatic brain injury, pressure reactivity index, PRx, intracranial pressure, cerebral perfusion pressure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong chấn thương sọ não (CTSN) nặng, tình trạng suy giảm cơ chế tự điều hòa có thể xảy ra bên cạnh những tổn thương tiên phát và thứ phát, hậu quả của tình trạng này làm thay đổi khả năng phản ứng lại áp lực mạch não (Cerebrovascular pressure reactivity - CVPR) [1]. Chỉ số phản ứng áp lực của não (PRx) được xác định là hệ số tương quan giữa áp lực nội sọ (ALNS) trung bình và huyết áp động mạch trung bình, có thể cho phép đánh giá tình trạng của CVPR [2] [3] [4] [5]. Trong nhiều nghiên cứu cho thấy rằng PRx có tương quan chặt chẽ với áp lực nội sọ và kết cục của bệnh nhân sau CTSN [6]. Hơn nữa, PRx còn cho phép xác định áp lực tưới máu não (ALTMN) tối ưu đối với từng bệnh nhân [4]. Ở Việt Nam, phương pháp theo dõi khả năng tự điều hòa của não trong CTSN vẫn còn là một vấn đề mới, chưa được áp dụng trong lâm sàng. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá mối liên quan giữa chỉ số phản ứng với áp lực của não (PRx) với áp lực nội sọ và áp lực tưới máu não ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu:** 14 bệnh nhân được chẩn đoán CTSN nặng có đặt catheter theo

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng Phương

Email: vuhoangphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14/12/2018

Ngày phản biện khoa học: 20/1/2019

Ngày duyệt bài: 27/2/2019

dõi ICP và CPP và nằm điều trị tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 3 – 9 năm 2018.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm:** các bệnh nhân chấn thương sọ não nặng (Glasgow ≤ 8 điểm); có chỉ định đặt catheter nội sọ để theo dõi ALNS; đã được can thiệp phẫu thuật (lấy máu tụ, bỏ xương sọ giải tỏa não...) hoặc chưa can thiệp và tuổi từ 16 - 65.

- **Tiêu chuẩn loại trừ là:** tuổi < 16 tuổi; không thể đặt được catheter đo ICP (vỡ lún rộng sọ và phức tạp hoặc nhiễm trùng vùng đặt); có kèm theo rối loạn đông máu, tiền sử dùng thuốc chống đông trước đó; hôn mê sâu với điểm Glasgow = 3, đồng tử 2 bên giãn hết sau khi đã được can thiệp và hồi sức và người đại diện của bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang và phân tích. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu đều được theo dõi ALNS và ALTMN cũng như điều trị theo một phác đồ chung dựa theo phác đồ hướng dẫn của Hiệp hội chấn thương thần kinh 2016 để đạt được đích điều trị đảm bảo ALTMN ≥ 65 mmHg; huyết áp động mạch trung bình từ 90 - 110 mmHg; duy trì ALNS < 20 mmHg; thông khí nhân tạo

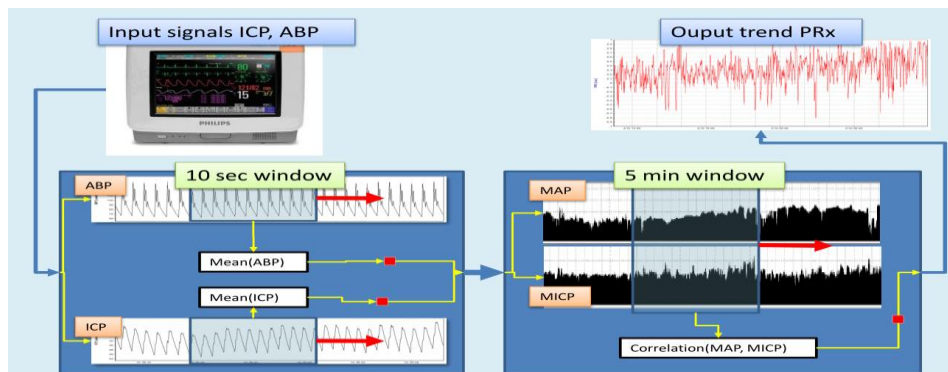
đảm bảo áp lực riêng phần oxy máu động mạch (PaO₂) > 100 mmHg và PaO₂ từ 35 - 40 mmHg.

- Chỉ số phản ứng áp lực của não (PRx): Tiến hành thu thập giá trị trung bình của ALNS và HATB ở mỗi khoảng thời gian 10 giây và thu thập trong 5 phút, thu được 30 giá trị trung bình của ALNS và HATB. Chỉ số phản ứng áp lực của não được tính bằng hệ số tương quan giữa ALNS và HATB từ 30 cặp giá trị của ALNS và HATB nói trên bằng phần mềm SPSS 18.0

- Xác định mối tương quan của chỉ số PRx với ALNS, ALTMN: Tìm mối tương quan (r) giữa giá trị PRx với giá trị trung bình của ALNS và ALTMN; ở nhóm mất khả năng tự điều hoà (PRx $> 0,2$) và nhóm còn khả năng tự điều hoà (PRx $< 0,2$) với ALNS và ALTMN.

***Xử lý số liệu:** Số liệu được thống kê và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0. Đánh giá mối tương quan giữa các giá trị PRx, áp lực nội sọ, áp lực tưới máu não tại các thời điểm nghiên cứu theo Spearman Correlation.

***Đạo đức nghiên cứu:** Người nhà bệnh nhân được giải thích đầy đủ về quy trình nghiên cứu và đồng ý tham gia. Các thông tin về hồ sơ bệnh án và hình ảnh đều được chúng tôi bảo mật.



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm chung:

Bảng 1: Một số đặc điểm chung có liên quan đến độ nặng của CTSN

Một số đặc điểm chung	Số bệnh nhân (n = 14)
Tuổi (năm) ($\bar{X} \pm SD$)	33,6 $\pm$ 16,7
Giới (nam/nữ) (%)	(78,6 / 21,4)
Thời gian từ khi tai nạn đến khi nhập viện (h) ($\bar{X} \pm SD$)	7,8 $\pm$ 3,3
Thời gian từ khi nhập viện đến khi đặt catheter ALNS (h)	33,5 $\pm$ 10,7
Thang điểm Glasgow khi nhập viện (điểm) ($\bar{X} \pm SD$)	6,1 $\pm$ 0,6
Thang điểm Glasgow khi về hồi sức (điểm) ($\bar{X} \pm SD$)	6,2 $\pm$ 0,9
Tụt HA khi nhập viện (%)	50%
Thiếu oxy khi nhập viện (%)	35,7%

Bảng 1 cho thấy độ tuổi của nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là người trẻ, có độ tuổi trung bình là 33,6 $\pm$ 16,7 (năm) và hay gặp chủ yếu ở nam giới (78,6 %). Khi nhập viện, 50% bệnh nhân có tình trạng tụt huyết áp và 35,7% có tình trạng thiếu oxy.

2. Một số tổn thương thường gặp trên CT scan sọ não:

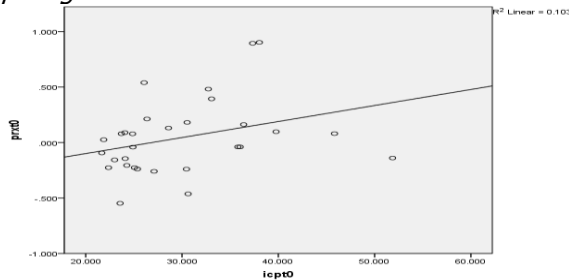
Bảng 2: Một số tổn thương thường gặp trên CT scan sọ não

Phân bố tổn thương trên CT scan	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Máu tụ ngoài màng cứng	2	14,2
Máu tụ dưới màng cứng	5	35,7
Máu tụ trong não	6	42,8
Đụng gập não 1 ổ	2	14,2
Đụng gập não ≥ 2 ổ	5	35,7
Chảy máu dưới nhện	10	71,4
Đè đẩy đường giữa	8	57,1
Xóa bể đáy	5	35,7
Chảy máu não thất	6	42,8

Bảng 2 cho thấy các tổn thương hay gặp là chảy máu dưới nhện (chiếm 71,4%); tổn thương đụng gập não đa ổ ((35,7%), máu tụ dưới màng cứng (35,7%). Tổn thương đè đẩy đường giữa và xóa bể đáy trên phim CT scan sọ não thể hiện hiệu ứng khối choán chỗ hoặc dấu hiệu phù não nặng chiếm một tỉ lệ cao (57,1% và 35,7%).

3. Mối tương quan giữa giá trị PRx và ALNS

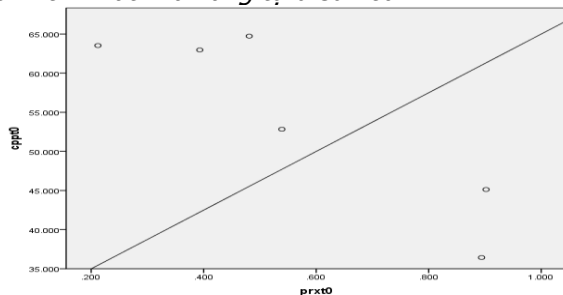
Biểu đồ 1. Diễn biến theo thời gian và tương quan giữa PRx và ALNS



Biểu đồ 1 cho thấy tương quan giữa 2 giá trị PRx và ALNS trung bình ở mức độ trung bình và thuận chiều, với hệ số $r=0,418$ với $p < 0,05$ trong toàn bộ suốt thời gian theo dõi.

4. Tương quan giữa PRx với ALTMN ở nhóm mất khả năng tự điều hòa:

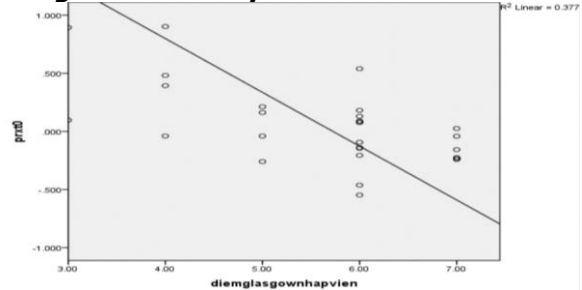
Biểu đồ 2. Tương quan giữa PRx và ALTMN ở nhóm mất khả năng tự điều hòa.



Biểu đồ 2 cho thấy có mối tương quan chặt

và nghịch chiều giữa PRx và ALTMN lúc ban đầu ở nhóm mất khả năng tự điều hòa với hệ số $r=-0,911$ ($p < 0,05$).

5. Mối tương quan giữa PRx và điểm Glasgow lúc vào viện



Biểu đồ 3. Mối tương quan giữa điểm Glasgow lúc nhập viện và PRx

Trong nghiên cứu của chúng tôi, biểu đồ 3 cho thấy chỉ số PRx và điểm Glasgow có tương quan chặt và nghịch chiều với hệ số tương quan $r = -0,587$, $p = 0,001$.

Bảng 3: PRx trung bình của 2 nhóm có điểm Glasgow lúc vào ≥ 6 và nhóm có điểm Glasgow 3-5

Nhóm	GCS ≥ 6 lúc vào viện	GCS 3-5 lúc vào viện	p
Chỉ số	- 0,763 $\pm 0,241$	0,28 $\pm$ 0,389	
PRx			$< 0,05$

Thực hiện chia nhóm có thang điểm Glasgow lúc vào ≥ 6 điểm và từ 3 - 5 điểm, nhận thấy rằng chỉ số PRx thấp hơn ở nhóm Glasgow ≥ 6 một cách có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trên thế giới, CTSN chủ yếu hay gặp ở lứa tuổi thanh niên, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Bảng 1 cho thấy độ tuổi của nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là người trẻ, có độ tuổi trung bình là $33,6 \pm 16,7$ (năm). Theo Chesnut và cộng sự thì tuổi là một trong bốn yếu tố tiên lượng độc lập về tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân CTSN nặng cùng với điểm Glasgow lúc vào, áp lực nội sọ và đồng tử [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy những nguyên nhân hàng đầu gây ra các tổn thương thứ phát làm trầm trọng thêm các tổn thương tiên phát sau CTSN là tình trạng tụt huyết áp khi nhập viện (50% bệnh nhân) và tình trạng thiếu oxy khi nhập viện (35,7%). Tất cả bệnh nhân có điểm GCS khi nhập viện cũng như khi vào hồi sức đều ở mức thấp ($GCS < 8$) cho thấy mức độ nặng của CTSN ở các bệnh nhân trong nghiên cứu. Chính điều này có thể là nguyên nhân dẫn đến làm mất hoặc suy giảm phản ứng tự điều hòa của não dẫn đến thay đổi các giá trị PRx sau CTSN.

Đa số bệnh nhân CTSN nặng trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương phức tạp, có nhiều dạng tổn thương phối hợp, đặc biệt những bệnh nhân có kèm theo chảy máu não thất, hoặc dấu hiệu xóa bể đáy thì tiên lượng rất nặng, điều trị khó khăn và thường để lại di chứng nặng nề sau chấn thương. Bảng 2 cho thấy tổn thương hay gặp nhất là chảy máu dưới nhện (chiếm 71,4%). Các tổn thương thường gặp khác có nguy cơ gây phù não như tổn thương đụng gập não đa ổ, máu tụ dưới màng cứng cũng chiếm tỉ lệ cao (35,7% và 35,7%). Tổn thương đè đẩy đường giữa và xóa bể đáy trên phim CT scan sọ não thể hiện hiệu ứng khối choán chỗ hoặc dấu hiệu phù não nặng chiếm một tỉ lệ cao (57,1% và 35,7%). Nhóm bệnh nhân máu tụ ngoài màng cứng đơn thuần được coi là có tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán và xử trí kịp thời, tỉ lệ của nhóm này trong nghiên cứu của chúng tôi là 14,2%, thấp hơn nghiên cứu của một số tác giả trong nước.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tương quan giữa 2 giá trị PRx và ALNS trung bình ở mức độ trung bình và thuận chiều, với hệ số $r = 0,418$ với $p < 0,05$ trong toàn bộ suốt thời gian theo dõi. Kết quả này cũng cho thấy mối quan hệ giữa PRx và ALNS cũng tương tự với kết quả của các tác giả khác trên thế giới. Tác giả Czosnyka và cộng sự nghiên cứu đánh giá mối tương quan của PRx với ALNS trên bệnh nhân bị CTSN cho thấy có mối tương quan thuận chiều giữa giá trị PRx với ALNS ($r = 0,366$, $p < 0,001$) [5]. Tác giả Tang và cộng sự nghiên cứu trên 21 bệnh nhân có tăng ALNS cũng cho thấy có mối tương quan ở mức độ trung bình và thuận chiều giữa PRx và ALNS với $r = 0,46$, $p < 0,01$ [8]. Tăng áp lực nội sọ là một hiện tượng thường xuyên xảy ra sau chấn thương sọ não, hường tồi tệ nhất từ 24 - 48 giờ sau chấn thương và tình trạng suy giảm cơ chế tự điều hòa có thể xảy ra, đặc biệt là chấn thương sọ não nặng làm mạch máu não mất khả năng tự điều hòa (Cerebral autoregulation-CA) nhằm duy trì tương đối hằng định lưu lượng tưới máu não khi huyết áp động mạch trung bình thay đổi trong giới hạn 50 - 150mmHg. Biểu đồ 2 cho thấy có mối tương quan chặt và nghịch chiều giữa PRx và ALTMN lúc ban đầu ở nhóm mất khả năng tự điều hòa với hệ số $r = -0,911$ ($p < 0,05$). Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Czosnyka và các cộng sự trên 82 bệnh nhân CTSN cho thấy có 2 bệnh nhân mất khả năng tự điều hòa, có mối tương quan chặt giữa PRx và ALTMN với $r = -0,9$ và $p < 0,05$ [5]. Tác giả này còn thấy rằng, chỉ số PRx khi tăng lên đến gần

giá trị +1 thì cũng song song với tình trạng ALNS tăng cao và giảm ALTMN dưới 60mmHg. Thực hiện chianhóm có thang điểm Glasgow lúc vào ≥ 6 điểm và từ 3 - 5 điểm, chúng tôi thấy rằng chỉ số PRx thấp hơn ở nhóm Glasgow ≥ 6 một cách có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương đồng với Sviri và các cộng sự (2009) cho thấy ở nhóm bệnh nhân có điểm Glasgow ≥ 6 có chỉ số tự điều hòa (PRx) cao hơn nhóm có điểm Glasgow 3-5 điểm.

V. KẾT LUẬN

Qua 14 trường hợp CTSN nặng được theo dõi chỉ số PRx khi điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực gợi ý cho thấy chỉ số PRx có mối tương quan trung bình và thuận chiều với mức độ nặng của chấn thương sọ não và áp lực nội sọ. Nhóm bệnh nhân chấn thương sọ não nặng bị mất khả năng tự điều hòa có chỉ số PRx tương quan nghịch chiều và rất chặt chẽ với áp lực tưới máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. J. Rosner, S. D. Rosner, and a H. Johnson**(1995), "Cerebral perfusion pressure: management protocol and clinical results," *J Neurosurg*, vol. 83, no. 6, pp. 949-962.
2. **J. Diedler et al**(2009), "Impaired cerebral vasomotor activity in spontaneous intracerebral hemorrhage," *Stroke*, vol. 40, no. 3, pp. 815-819.
3. **M. Czosnyka, P. Smielewski, P. Kirkpatrick, R. J. Laing, D. Menon, and J. D. Pickard** (1997), "Continuous assessment of the cerebral vasomotor reactivity in head injury," *Neurosurgery*, vol. 41, no. 1, pp. 11-19.
4. **L. A. Steiner, M. Czosnyka, and S. K. Piechnik** (2002), "Continuous monitoring of cerebrovascular pressure reactivity allows determination of optimal cerebral perfusion pressure in patients with traumatic brain injury," *Crit. Care*, vol. 30, no. 4, pp. 733-738.
5. **M. Czosnyka, P. Smielewski, S. Piechnik, L. a Steiner, and J. D. Pickard** (2001), "Cerebral autoregulation following head injury," *J. Neurosurg*, vol. 95, no. 5, pp. 756-763.
6. **H. Uchino, K. Ushijima, and Y. Ikeda**(2015), "Role of Pressure Reactivity Index in Neurocritical Care," *Neuroanesthesia Cerebrospinal Prot.*, pp. 1-707.
7. **R. M. Chesnut, S. B. Marshall, J. Piek, B. A. Blunt, M. R. Klauber, and L. F. Marshall**(1993), "Early and Late Systemic Hypotension as a Frequent and Fundamental Source of Cerebral Ischemia Following Severe Brain Injury in the Traumatic Coma Data Bank," in *Monitoring of Cerebral Blood Flow and Metabolism in Intensive Care*, pp. 121-125.
8. **S. Tang, R. Lin, and J. Shieh** (2015), "Effect of mannitol on cerebrovascular pressure reactivity in patients with intracranial hypertension," *J. Formos. Med. Assoc.*, vol. 114, no. 9, pp. 842-848.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ NỘI SOI Ổ BỤNG TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG

Nguyễn Hoàng Linh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của vết thương thấu bụng. Đánh giá vai trò nội soi ổ bụng trong chẩn đoán và điều trị vết thương thấu bụng tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn 2013-2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu các trường hợp vết thương thấu bụng được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh Viện Đa Khoa Sài Gòn từ 1/1/2013 đến 31/12/2017. **Kết quả:** Tổng cộng có 129 trường hợp vết thương thấu bụng được chẩn đoán và phẫu thuật tại Bệnh Viện đa Khoa Sài Gòn từ 1/1/2013 đến 31/12/2017 chiếm 2,16% tổng số các loại phẫu thuật. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi 84 trường hợp (77,6%). **Kết luận:** Việc áp dụng phẫu thuật nội soi vào chẩn đoán và điều trị vết thương thấu bụng đã làm giảm đáng kể tỷ lệ mổ bụng trắng và mổ bụng không cần thiết, mở bụng muộn. Trong một số trường hợp phẫu thuật nội soi còn cho phép xử trí tổn thương tạng. Cần có những nghiên cứu sâu hơn việc ứng dụng nội soi trong chẩn đoán, điều trị vết thương thấu bụng để có thể xây dựng 1 phác đồ thống nhất, được ứng dụng rộng rãi ở các bệnh viện trong cả nước.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, vết thương thấu bụng.

SUMMARY

EVALUATION OF LAPAROSCOPIC ROLE IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ABDOMINAL PENETRATING WOUND

Objectives: Describe the clinical and subclinical characteristics of abdominal wounds. Evaluation of laparoscopic role in diagnosis and treatment of abdominal wounds at Saigon General Hospital 2013-2017. **Materials and method:** Retrospective studies of abdominal wounds were diagnosed and treated at Saigon General Hospital from 1 January 2013 to 31 December 2017. **Results:** A total of 129 cases of abdominal wounds were diagnosed and operated at Saigon General Hospital from January 1, 2013 to December 31, 2017, accounting for 2.16% of the total number of surgeries. We performed laparoscopic surgery in 84 cases (77.6%). **Conclusions:** The application of laparoscopic surgery to diagnose and treat abdominal wounds has significantly reduced the rate of white abdomen opening and unnecessary abdomen opening, delayed abdomen. In some cases, laparoscopic surgery also allows the management of organ damage. Further research is needed on endoscopic application in diagnosis and treatment of abdominal wounds so that a uniform regimen can be

developed and widely applied in hospitals throughout the country.

Key word: Laparoscopic surgery, abdominal wound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương thấu bụng (VTTB) được định nghĩa là những vết thương gây thủng phúc mạc làm cho ổ bụng thông thương với môi trường bên ngoài. Để chẩn đoán vết thương thấu bụng ngoài việc thăm khám phát hiện các dấu hiệu thành bụng và các biện pháp thăm dò bổ sung khác như siêu âm, CT scan, chọc rửa ổ bụng đặc biệt là nội soi ổ bụng thì việc thăm dò tại chỗ vết thương là động tác quyết định chẩn đoán vết thương có thấu bụng hay không. Mở bụng thăm sát là phương pháp an toàn và rõ ràng để xác định, đánh giá.

Phẫu thuật nội soi (PTNS) là một tiến bộ của y học, là thành tựu của khoa học kỹ thuật hiện đại. Với đường vào xâm hại tối thiểu, qua những lỗ nhỏ đặt Trocart người ta đưa camera, các dụng cụ phẫu thuật để có thể quan sát rõ các tạng và thực hiện các phẫu thuật.

Trước đây, khi phẫu thuật nội soi chưa phát triển, đã thành quy luật vết thương thấu bụng là phải mổ bụng thăm dò. Tuy nhiên một số trường hợp tổn thương chỉ là thủng phúc mạc đơn thuần (mổ bụng trắng) hoặc có tổn thương nhẹ không cần can thiệp (mổ bụng không cần thiết). Nội soi ổ bụng với lợi thế của nó cũng là một phương pháp đã được áp dụng ở nhiều trung tâm và hứa hẹn mang lại nhiều lợi ích để chẩn đoán và xử lý vết thương thấu bụng. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của vết thương thấu bụng và Đánh giá vai trò nội soi ổ bụng trong chẩn đoán và điều trị vết thương thấu bụng tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn 2013-2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu, mẫu: Bao gồm tất cả những bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, nơi cư trú, tác nhân gây bệnh được điều trị vì vết thương thấu bụng tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn từ tháng 1/1/2013 đến 31/12/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu hồ sơ bệnh án, thu thập, tổng kết, nhập dữ liệu bằng phần mềm Excel. Dùng toán thống kê, phần mềm SPSS 17 for windows để xử lý các dữ liệu. Dùng phép kiểm χ^2 và T Test để kiểm định.

*Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Linh

Email: linhnguyen1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/2/2019

Ngày phản biện khoa học: 7/3/2019

Ngày duyệt bài: 11/3/2019

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi-Giới: Tuổi trẻ nhất 18, lớn nhất 76. Nam 87 bệnh nhân, nữ 42 bệnh nhân. Tỷ lệ nam/nữ = 2.07 (P<0,01)

3.2. Lý do vào viện:

Lý do vào viện	Số ca	Tỉ lệ (%)
Rối ro	15	11,6
Tai nạn	12	9,3
Tự đâm	39	30,2
Đã thương	63	48,8
Tổng cộng	129	100,0

3.3. Bệnh sử: Thời gian từ lúc bị thương đến khi vào viện: Trong nghiên cứu của chúng tôi 90 trường hợp (69,8%) nhập viện trong 2 giờ đầu.

Cơ chế chấn thương: 100% trường hợp ghi nhận cơ chế chấn thương trực tiếp.

3.4. Lâm sàng - Mạch:

Mạch	Số ca	Tỉ lệ (%)
< 100 lần/phút	96	74,4
> 100 lần/phút	24	18,6
Không bắt được	9	7
Tổng cộng	129	100,0

- Huyết áp:

Huyết áp	Số ca	Tỉ lệ (%)
< 90 mmHg	54	41,9
> 90 mmHg	66	51,2
Không đo được	9	7
Tổng cộng	43	100,0

- Số vết thương: Chúng tôi ghi nhận chỉ có 1 vết thương có 84 ca (65,1%), có 2 vết thương 30 ca (23,3%), có trên 3 vết thương 15 ca (11,6%)

- Các cơ quan tổn thương ngoài bụng:

Cơ quan	Số ca	Tỉ lệ (%)
Bụng	78	60,5
Đầu cổ	12	9,3
Ngực	15	11,6
Chi	24	18,6
Tổng cộng	129	100,0

- Vết thương phôi nội tạng: Kết quả quan sát chúng tôi ghi nhận 25 trường hợp (58,1%) có phôi nội tạng.

- Thời gian từ khi nhập viện đến lúc mổ:

Thời gian mổ	Số ca	Tỉ lệ (%)
< 2 giờ	48	37,2
2- 6 giờ	30	23,3
6-24 giờ	33	25,5
> 24 giờ	18	14
Tổng cộng	129	100,0

3.5. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu: Do thời điểm bệnh nhân tới bệnh viện sớm nên khoảng 60% các trường hợp Hb và Hct chưa có biến đổi. Chúng tôi ghi nhận có 1133 trường hợp (25,6%) có sự biến động Hct giảm.

- X quang bụng đứng: Ghi nhận có 15 trường hợp (11,6%) có hình ảnh liềm hơi tự do dưới vòm hoành

- Siêu âm bụng: Chúng tôi chỉ thực hiện được siêu âm bụng cho 99 trường hợp (76,7%)

Siêu âm phát hiện có dịch tự do ổ bụng và nghi ngờ tổn thương tạng 60 trường hợp trong tổng số 99 trường hợp siêu âm (60,6%)

- Chụp CT scan bụng: Chúng tôi chỉ thực hiện được CT scan bụng cho 54 trường hợp (41,9%). CT scan phát hiện có dịch tự do ổ bụng và tổn thương tạng 14 trường hợp trong tổng số 54 trường hợp chụp CT scan (77,8%)

3.6. Phẫu thuật

- Lượng máu trong bụng:

Lượng máu trong ổ bụng	Số ca	Tỉ lệ (%)
< 0,5 L	63	48,8
0,5- 1 L	36	27,9
1-2 L	21	16,3
> 2 L	9	7
Tổng cộng	129	100,0

- Lượng máu truyền: Qua nghiên cứu chúng tôi không truyền máu trong 90 trường hợp (70%), có 15 trường hợp phải truyền 2000ml máu (11,6%)

- Cơ quan bị tổn thương:

Cơ quan bị tổn thương	Số ca	Tỉ lệ %
Tạng đặc	15	11,6
Tạng rỗng	18	14
Mạc nối, mạc treo	9	7
Sinh dục, tiết niệu	6	4,6
Chỉ thủng phúc mạc	45	34,9
Đa cơ quan	38	27,9
Tổng cộng	129	100,0

Tổn thương tạng đặc chúng tôi ghi nhận gan là cơ quan dễ bị tổn thương chiếm 15 trường hợp (11,6%). Trong khi đối với tạng rỗng thì ruột non và dạ dày dễ bị tổn thương chiếm 9 trường hợp mỗi loại (7%).

- Thời gian phẫu thuật: Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 60 trường hợp thời gian phẫu thuật < 60 phút (46,5%), có 24 trường hợp thời gian phẫu thuật > 120 phút (18,6%)

- Xử trí:

Cách xử trí	Số ca	Tỉ lệ (%)
Chỉ khâu phúc mạc	45	34,9
Khâu tạng	60	46,5
Cắt nối ruột	18	14
Hậu môn nhân tạo	6	4,6
Tổng cộng	129	100,0

- Thương tổn tạng qua nội soi

Thương tổn	Số ca	Tỉ lệ (%)
Vết thương thành bụng	30	35,7
Chỉ thủng phúc mạc	12	14,3

Thủng gan	9	10,7
Thủng dạ dày	12	14,3
Thủng ruột non	15	17,9
Rách mạc treo	6	7,1
Tổng cộng	84	100,0

- Mức độ can thiệp PTNS

Can thiệp	Số ca	Tỉ lệ (%)
Thăm sát chẩn đoán	45	53,6
Điều trị	18	21,4
Hỗ trợ điều trị	9	10,7
Chuyển mổ mở	12	14,3
Tổng cộng	84	100,0

Lý do mổ bụng lớn: 12 ca

- 3 ca vỡ gan độ 4.
- 3 vỡ nhiều tạng: gan vỡ độ 3 + rách nát mạc treo và thanh mạc ruột non.
- 6 thủng ruột non nhiều nơi, dịch tiêu hoá và giả mạc nhiều.
- **Rửa bụng:** Chúng tôi ghi nhận có 69 trường hợp rửa bụng trong mổ (53,5%)
- **Dẫn lưu:** Chúng tôi ghi nhận có 66 trường hợp được đặt ống dẫn lưu trong mổ (51,2%).

3.7. Hậu phẫu

- **Rút ống dẫn lưu:** Chúng tôi ghi nhận 90% được rút sau 2 ngày.

- **Trung tiện:** có 87 trường hợp (67,4%) có trung tiện trong 48 giờ đầu sau mổ.

- **3.8. Tiên lượng:** Trong loạt nghiên cứu của chúng tôi có 12 trường hợp tử vong (9,3%). Đây là trường hợp tổn thương nặng, đa cơ quan có vết thương mạch máu lớn trong bụng.

- 6 trường hợp phải làm hậu môn nhân tạo (4,6%) được đóng sau 3 tháng.

- 12 trường hợp phải mổ lại trong thời gian hậu phẫu (9,3%) do bỏ sót thương tổn và chảy máu. Trong đó có 3 trường hợp PTNS sót thương tổn mặt sau dạ dày phải mổ lại (25%)

IV. BÀN LUẬN

Thực tế lâm sàng có rất nhiều trường hợp sau một thời gian theo dõi kết hợp các phương tiện chẩn đoán như Xquang bụng không sửa soạn, siêu âm bụng, CT scan bụng, dung tích hồng cầu, nhiều trường hợp vẫn chưa tìm ra hướng điều trị thích hợp. Trong các tình huống này, luôn có sự cân nhắc giữa tiếp tục theo dõi, đợi khi các triệu chứng thật rõ ràng rồi mổ hay mổ bụng thăm sát nếu nghi ngờ có tổn thương tạng. Cả hai cách giải quyết đều có những ưu-khuyết điểm như: tỉ lệ biến chứng sau mổ cao hay tỉ lệ mổ bụng không điều trị cao. Để làm giảm tỉ lệ biến chứng sau mổ cũng như giảm tỉ lệ mổ bụng không điều trị, từ 1995 đến nay có nhiều tác giả áp dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng vào bệnh cảnh chấn thương – vết thương bụng.

4.1. Vết thương bụng: Chỉ định mổ bụng

thăm sát thường quy cho vết thương thấu bụng hay nghi ngờ thấu bụng không còn được ủng hộ trên thế giới. Tại BV Chợ Rẫy, con số này còn ở mức 35% (2008-2009). Vì thế chúng tôi lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn trên nhằm giảm số ca mổ bụng không điều trị.

4.2. Nghi ngờ vết thương thấu bụng: Đối với vết thương thành bụng trước, thăm sát tính chất thấu bụng tương đối dễ dàng. Đối với vết thương tiếp tuyến, việc thăm sát lại rất khó khăn do đường đi của vết thương xuyên thành bụng một đoạn dài. Vì thế chỉ định nội soi những trường hợp này nhằm xác định lá phúc mạc có bị tổn thương hay không và tìm tạng thương tổn.

Trong 84 ca, PTNS cho thấy 30 ca không tổn thương lá phúc mạc. Chúng tôi chỉ cần 1 trocar ở rốn và ống soi 30o đủ cho phép thăm sát toàn bộ lá phúc mạc và tình trạng chung ổ bụng. Hậu phẫu nhẹ nhàng, bệnh nhân có thể xuất viện sau 1 ngày. Thiết nghĩ cần triển khai rộng rãi nội soi ổ bụng cho chỉ định này. Còn lại 54 ca có thủng phúc mạc, thêm 2 trocar nữa để đánh giá chi tiết thương tổn; kết quả 12 ca không tổn thương tạng. 6 ca rách gan, 12 ca thủng dạ dày, 15 ca thủng ruột non, 3 ca rách gan kèm thủng túi mật và rách động mạch vị mạc nối phải đang chảy máu, 6 ca rách mạc treo. Trong đó 27 trường hợp xử trí được bằng PTNS. Tỉ lệ xử trí bằng PTNS là 27/42 ca (64,3%).

4.3. Nghi ngờ tổn thương tạng ở bệnh nhân có bằng chứng vết thương thấu bụng

Vết thương được gọi là thấu bụng khi có tổn thương phúc mạc thành, biểu hiện lâm sàng bằng các triệu chứng như lòi tạng ra ngoài vết thương, thăm sát tại chỗ thấy thủng lá phúc mạc thành hay các dấu hiệu tổn thương tạng trong ổ bụng như nôn ra máu, tiêu- tiểu- tiểu ra máu, tụt huyết áp hoặc có các biểu hiện thấu bụng trên chẩn đoán hình ảnh như liềm hơi tự do trên Xquang bụng hay CT scan, dịch tự do trong ổ bụng trên siêu âm hay CT scan. Tuy nhiên, vết thương thấu bụng không có nghĩa là có tổn thương tạng. Kết quả có 12 ca chỉ rách phúc mạc rất nhỏ, chủ yếu là tụ máu sau phúc mạc, thủng phúc mạc nhưng tạng ổ bụng không bị tổn thương, nghĩa là 12 ca (14,3%) trong chỉ định này là đơn thuần là PTNS chẩn đoán. Thời gian nằm viện trung bình 4 ngày, chỉ một trường hợp tự dịch trong gan sau PTNS được điều trị nội khoa ổn định. Không có biến chứng phẫu thuật và tử vong. Rõ ràng tính an toàn và chất lượng điều trị được đảm bảo. Không chỉ thế, kết quả 64,3% xử trí hoàn toàn bằng PTNS rút ngắn thời gian nằm viện, giảm số lượng mổ bụng không điều trị. Sẹo mổ rất nhỏ cũng là một ưu điểm nổi

bật của PTNS trong chỉ định này.

4.4. Giá trị xử trí thương tổn tạng bằng PTNS - Đối với tạng đặc

+ **Gan:** Có 6 tổn thương gan, trong đó 3 vết thương gan nông chỉ may mũi chữ X

Trong nghiên cứu có 3 trường hợp vỡ gan độ 3-4 chảy máu nhiều có hay không đang kèm rách thanh mạc ruột non phức tạp, không cầm máu qua nội soi được phải chuyển sang mổ kinh điển.

+ **Lách:** Lách khó quan sát hơn gan, đặc biệt bờ sau trên và mặt sau rốn nhưng các dấu hiệu gián tiếp như máu cục dưới hoành trái là chỉ điểm tốt thương tổn lách.

+ **Tụy:** Tụy nằm sau phúc mạc cũng không nằm ngoài tầm kiểm soát của nội soi. Vào hậu cung mạc nối qua dây chằng vị đại tràng, tạo cửa sổ ở vùng võ mạch của dây chằng, sau đó dùng hai kẹp không sang chắn để nâng bờ cong lớn của dạ dày và cho ống soi vào hậu cung mạc nối qua cửa sổ này là có thể quan sát được toàn bộ mặt trước tụy. Chỉ kiểm tra hậu cung mạc nối khi nghi ngờ thương tổn tụy với các dấu hiệu gián tiếp ở phía trước như dạ dày bị đội lên cao ra phía trước (tư thế nằm), vậy nên hay có dịch máu trong bụng mà không phát hiện thương tổn nào khác.

- **Đối với tạng rỗng:** Vì vấn đề này còn mới, chỉ chọn các lỗ thủng vỡ ống tiêu hoá có mép gọn và nhỏ hơn $\frac{1}{2}$ khẩu kính. Đối với các thương tổn cần cắt đoạn hay nối ống tiêu hoá, chọn vị trí gần thành bụng, tạo một đường mổ nhỏ để đưa thương tổn ra ngoài xử lý; sau đó đưa lại vào trong ổ bụng cũng mang một ý nghĩa nhất định của nội soi. Đặc biệt, tất cả các vỡ bàng quang trong phúc mạc đều có thể xử trí tốt bằng nội soi.

+ **Ruột non:** Khâu ruột bằng vicryl 3.0 hoặc PDS 4.0, rồi đưa lại vào ổ bụng. 9 ca thương tổn ruột non (60%) xử trí được bằng PTNS hay PTNS hỗ trợ. Xử trí bao gồm khâu đơn giản một lớp bằng vicryl 3.0 qua PTNS và đưa ruột non tổn thương ra ngoài qua vết rạch thành bụng 3 – 4cm bờ ngoài cơ thẳng bụng, cắt nối. 6 thủng ruột non nhiều nơi, dịch tiêu hóa và giả mạc nhiều (40%) chuyển mổ mở để an toàn cho bệnh nhân. 6 ca (96,6%) tổn thương thanh mạc hay mạc treo ruột non trong nghiên cứu được xử trí hoàn toàn bằng PTNS khâu bằng chỉ vicryl 3.0.

+ **Ruột già:** 6 trường hợp tổn thương đại tràng đều được mở hở làm HMNT

+ **Dạ dày:** 12 ca tổn thương dạ dày mặt trước hay sau khâu được qua PTNS. Kỹ thuật khâu mặt trước đơn giản 2 lớp bằng vicryl 3.0; mặt sau phải vào được hậu cung mạc nối qua ngà bờ cong lớn dạ dày thăm sát và khâu 2 lớp bằng vicryl 3.0. Tổn thương dạ dày thường xử trí được

bằng PTNS trừ khi tổn thương dài trên 3cm, bắn, hay nằm ở mặt sau gần tâm vị, hoặc vùng hang vị sát đầu tụy khiến khó tiếp cận để xử trí. Chúng tôi có bỏ sót thương tổn mặt sau dạ dày phải mổ mở vào hậu phẫu ngày thứ 3 (25%)

4.5. Biến chứng: Nếu tính theo biến chứng liên quan PTNS, có 3 trường hợp (3,6%) bỏ sót thương tổn mặt sau dạ dày.

4.6. Thời gian nằm viện: Nhóm nội soi không có thương tổn tạng là $2,00 \pm 1,25$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 3 ngày. Nếu so sánh với thời gian nằm viện trung bình 7 ngày trong 45 ca mổ bụng không điều trị của Feliciano thì khác biệt có ý nghĩa thống kê (độ tin cậy 95%).

4.7. Tử vong: Tử vong trong lô nghiên cứu không do tai biến hay biến chứng của nội soi mà do tình trạng thương tổn nặng, vào viện trễ, sốc không hồi phục

V. KẾT LUẬN

Việc áp dụng PTNS vào chẩn đoán và điều trị VTTB đã làm giảm đáng kể tỷ lệ mổ bụng trắng và mổ bụng không cần thiết, mổ bụng muộn. Trong một số trường hợp PTNS còn cho phép xử trí tổn thương tạng.

Cần có những nghiên cứu sâu hơn việc ứng dụng nội soi trong chẩn đoán, điều trị VTTB để có thể xây dựng 1 phác đồ thống nhất, được ứng dụng rộng rãi ở các bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bình Giang, Tôn Thất Bách (2004)**, *Bài giảng phẫu thuật nội soi ổ bụng*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội. tr 5-156
2. **Lê Tư Hoàng (2009)** "Nghiên cứu ứng dụng nội soi ổ bụng trong chẩn đoán và điều trị chấn thương bụng kín" tr 2 – 39.
3. **Phạm Văn Phúc (2001)**, *"Chấn thương và vết thương bụng"*, *Bệnh học ngoại*, Nhà xuất bản Y học, Tập I, tr.81 -90
4. **Nguyễn Trung Tín (2001)**, *"Vết thương đại tràng nhỏ và vừa khâu thì đầu so với thực hiện hậu môn nhân tạo"*, *Tập San ngoại khoa*, Tổng Hội Y được học Việt Nam, Tập 45 (1), tr. 39 –
5. **Chiu W.C., Shanmuganathan K., Mirvis S.E., Scalea T.M. (2001)**, "Determining the need for laparotomy in penetrating torso trauma", *J Trauma Nov.*, 51 (1), pp. 860-868.
6. **Dente C.J., Tyburski J., Wilson R.F. et al (2000)**, "Non – operative management of penetrating liver injuries", *Br J Surg*, Sep, 73 (9), pp. 736-737
7. **Ozturk H., Dokucu A.I., Ötücü S., Onen A. (2012)**. "The prognostic importance of trauma scoring systems for morbidity in children with penetrating abdominal wounds", *J pediatr Surg*, Jan, 37 (1), pp. 93-98.
8. **Sikic N., Korac Z., Krajacic I., Zunic J. (2011)**, "War abdominal trauma: Usefulness of penetrating abdominal trauma index, injury severity score, and number of injured abdominal organs as predictive factors", *Military medicine*, Mar, 166(3), pp.226-230.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

Vũ Minh Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín thân xương cánh tay. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 57 bệnh nhân được chẩn đoán là gãy kín thân xương cánh tay và được kết hợp xương bằng nẹp vít. **Kết quả:** 57 bệnh nhân (38 bệnh nhân nam, 19 bệnh nhân nữ), tuổi trung bình: $37,41 \pm 16,42$. Liên vết mổ kỳ đầu 100%. Nắn chỉnh xương gãy về đúng vị trí giải phẫu đạt 98,2%. Chậm liền xương chiếm tỷ lệ 7%. Khớp giả chiếm tỷ lệ 6,4%. Liệt thần kinh quay sau mổ 3,6% do sang chấn và phục hồi liệt sau mổ 3 tháng. Kết quả chung theo Neer cải tiến: Rất tốt: 91,3%; Tốt: 5,3%; Trung bình: 1,7%; Kém: 1,7%. **Kết luận:** Điều trị gãy kín thân xương cánh tay bằng nẹp vít có kết quả liền xương cao. Tuy nhiên cần thận trọng khi phẫu tích để tránh sang chấn thần kinh quay.

Từ khóa: Gãy kín thân xương cánh tay

SUMMARY

RESULTS OF CLOSED HUMERAL FRACTURE FIXATION

Objective: To assess the results of closed humeral fracture fixation with plates. **Method:** Cross-sectional study was conducted among 57 patients diagnosed with closed humeral fracture and fixated with plates. **Results:** 57 patients (38 males, 19 females), average age: 37.41 ± 16.42 . Primary intention achieved 100%. Correct anatomical reduction reached 98.2%. delayed union accounted for 7%. Pseudarthrosis made up 6.4%. radial nerve palsy due to surgery was 3.6% and recovered after 3 months. Overall results according to improved Neer classification system: Very good: 91.3%. Good: 5.3%; moderate: 1.7%; Poor: 1.7%. **Conclusion:** closed humeral fracture fixation with plates has high bone healing. However, caution in dissection is required in order to avoid radial nerve injury.

Keywords: closed humeral fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương cánh tay là gãy đoạn từ dưới chỗ bám cơ ngực lớn đến đoạn trên lồi cầu xương cánh tay (4 khoát ngón tay trên khe khớp khuỷu). Có nhiều phương tiện cố định xương điều trị gãy kín thân xương cánh tay như đóng đinh nội tuỷ có chốt, đinh đàn hồi, nẹp vít, mỗi loại đều có ưu nhược điểm riêng. Điều trị gãy kín thân xương cánh tay bằng kết hợp xương nẹp vít

hiện được áp dụng phổ biến tại nước ta. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình và Bệnh viện Đại học Y Thái Bình đã phẫu thuật cho nhiều trường hợp gãy thân xương cánh tay bằng nhiều phương tiện kết hợp xương khác nhau trong đó nẹp vít là phương tiện được ưa sử dụng. Chúng tôi tiến hành đề tài nhằm đánh giá kết quả kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín xương cánh tay nhằm nâng cao chất lượng điều trị loại gãy xương này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu: Khoa Chấn thương Chỉnh hình – Bệnh viện Đa khoa Thái Bình và khoa Chấn thương Bệnh viện Đại học Y Thái Bình

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 57 bệnh nhân gồm 38 nam, 19 nữ gãy kín thân xương cánh tay không liệt thần kinh quay được mổ kết hợp xương nẹp vít.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, phân tích kết quả sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân loại theo tuổi và giới tính (n = 57)

Tuổi	Giới			
	Nam	Nữ	Tổng cộng	Tỷ lệ %
16 - 40	25	13	38	66,7
41 - 59	10	4	14	24,5
≥60	3	2	5	8,8
Tổng số	38	19	57	100

Nhận xét: - Tỷ lệ nam là 66,7%; nữ là 33,4%
- Độ tuổi từ 16 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%)

- Độ tuổi trung bình của nhóm là: $37,41 \pm 16,42$

Bảng 3.2. Hình ảnh XQ phân loại gãy xương theo AO theo từng vị trí (n = 57)

Loại gãy	Gãy 1/3 trên	Gãy 1/3 giữa	Gãy 1/3 dưới	Tổng cộng	Tỷ lệ %
Loại A	10	14	11	35	61,4
Loại B	5	8	5	18	31,6
Loại C	1	1	2	4	7,0
Tổng Số	16	23	18	57	100

Loại A là loại chiếm nhiều nhất ở cả 3 vị trí gãy chiếm 61,4%. Loại B chiếm 31,6%. Loại C chỉ chiếm 7%. Trên tổng thể, gãy 1/3 giữa có 23 ca chiếm tỷ lệ cao nhất: 40,3%, sau đó đến 1/3 dưới 18 ca chiếm 31,7% và 1/3 trên 16 ca chiếm tỷ lệ 28%.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải
Email: vuminhhai777@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.1.2019
Ngày phản biện khoa học: 28.2.2019
Ngày duyệt bài: 11.3.2019

Bảng 3.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tháng (n=57)

Các nội dung	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Kết quả tốt	54	94,7
XQ sau mổ xương lệch trục	1	1,7
Liệt TK quay sau phẫu thuật	2	3,6
Tổng cộng	57	100
XQ sau mổ xương thẳng trục	56	98,2
XQ sau mổ xương lệch trục	1	1,8
Tổng cộng	57	100

- Kết quả tốt ngay sau mổ chiếm tỷ lệ cao: 94,7%.

- Có 2 trường hợp biểu hiện liệt thần kinh quay sau phẫu thuật, chiếm 3,6%. Cả 2 trường hợp này đều phục hồi thần kinh quay sau 3 tháng

- Tỷ lệ nắn chỉnh về đúng với giải phẫu trên xquang là 98,2%. Một trường hợp XQ sau mổ xương lệch trục và gập góc ra ngoài 30° chiếm 1,8%

Bảng 3.4 Kết quả liền xương sau phẫu thuật 6 tháng (n=31)

Kết quả liền xương	Số lượng	Tỷ lệ %
Liền xương tốt	29	93,6%
Khớp giả	2	6,4%
Tổng	31	100%

Tỷ lệ liền xương chiếm 93,6%. Có 2 bệnh nhân bị khớp giả chiếm 6,4%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả liền vết mổ: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thì tất cả các ca đều liền vết mổ kỳ đầu tốt. So sánh với các kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi về liền vết mổ kỳ đầu là tương đương với Nguyễn Văn Mận [1] liền vết mổ kỳ đầu chiếm 94,9%, có 2 bệnh nhân chiếm 5,1% liền vết mổ kỳ 2. Vũ Đình Sử [2]. Liền vết mổ kỳ đầu chiếm 97,5%, có 1 trường hợp liền vết mổ kỳ 2 do nhiễm khuẩn chiếm 2,5%. Kết quả này là do tuân thủ tốt các nguyên tắc vô trùng trong việc khử khuẩn và tiết khuẩn dụng cụ cũng như vai trò của phẫu thuật viên.

4.2. Kết quả liền xương: Tỷ lệ liền xương của chúng tôi là 93,6%, Có 2 bệnh nhân bị khớp giả chiếm 6,4% trong đó có một bệnh nhân cao tuổi do sau mổ không tuân thủ tốt thời gian bất động và 1 bệnh nhân sau kết hợp xương bị di lệch gập góc 30° ra trước thì thấy không liền, tạo thành khớp giả sau này phải phẫu thuật lần 2 có ghép xương tự thân. Fjalestad T (2000) với 156 bệnh nhân cho tỷ lệ liền xương là 94,2% [3]. Nguyễn Văn Mận [1]. Liền xương tốt và rất tốt

chiếm 97,4%, khớp giả 01 trường hợp chiếm 2,6%. Vũ Đình Sử [2]. Liền xương tốt và rất tốt chiếm 97,5%, khớp giả 01 trường hợp chiếm 2,5%.

Như vậy tỷ lệ liền xương sau kết hợp xương cánh tay của chúng tôi cũng tương tự như tác giả. Điều này chứng tỏ sự ưu việt của nẹp vít trong kết hợp xương cánh tay. Nhờ sự cố định vững chắc, nên đã tạo điều kiện tốt cho sự liền xương tốt hơn.

4.3. Biến chứng khớp giả: Chúng tôi gặp hai trường hợp khớp giả, tỷ lệ này là 6,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân nam 56 tuổi, gãy kín 1/3 giữa thân xương cánh tay trái loại A3, do tai nạn giao thông, có tiền sử đang dùng thuốc điều trị tiểu đường, đã được mổ kết hợp xương bằng nẹp vít, mổ theo đường trước ngoài, dùng nẹp DCP 6 lỗ bản hẹp, bắt 6 vít 4,5mm, khám lại theo giấy hẹn hàng tháng và theo dõi bệnh nhân có dấu hiệu đau tại ổ gãy, chụp xquang sau mổ 3 tháng thấy hai đầu xương gãy chưa có can mặc dù nẹp vít vẫn cố định tốt, tiếp tục cho làm bột cánh cẳng bàn tay rạch dọc. Sau 8 tháng kiểm tra lại không thấy dấu hiệu liền xương nên đã được chỉ định phẫu thuật lại bằng nẹp vít và ghép xương tự thân ngày. Hiện tại sau mổ lần 2 được 4 tháng chụp xquang thấy xương liền tốt, bệnh nhân hết đau tại ổ gãy.

Trường hợp thứ hai là bệnh nhân nữ 59 tuổi bị gãy kín 1/3 giữa xương cánh tay trái loại B2 theo AO do tai nạn sinh hoạt, bệnh nhân đã được mổ kết hợp xương bằng nẹp vít, mổ theo đường ngoài, dùng nẹp DCP 8 lỗ bản hẹp, bắt 7 vít 4,5mm kèm theo có buộc chỉ thép tăng cường vì có mảnh rời. Bệnh nhân được chụp xquang sau mổ thấy xương bị gập góc ra trước 30° và bị xoay trục. khám lại theo giấy hẹn hàng tháng và theo dõi bệnh nhân thấy hồi phục thần kinh quay sau mổ 3 tháng nhưng bệnh nhân vẫn có dấu hiệu đau tại ổ gãy, các động tác dạng, khép cánh tay khó khăn, chụp xquang sau mổ 3 tháng thấy hai đầu xương gãy có can ít mặc dù nẹp vít vẫn cố định tốt, tiếp tục cho làm bột cánh cẳng bàn tay rạch dọc. Sau 7 tháng kiểm tra lại không thấy dấu hiệu liền xương nên đã được chỉ định phẫu thuật lại bằng nẹp vít và ghép xương tự thân. Hiện tại sau mổ lần 2 được 6 tháng chụp xquang thấy xương liền tốt, bệnh nhân hết đau tại ổ gãy.

So sánh với các tác giả trong nước Nguyễn Văn Mận [1] có một bệnh nhân khớp giả chiếm tỷ lệ 2,6%. Vũ Đình Sử [2] có một trường hợp

khớp giả vô khuẩn chiếm 2,5%. Theo Brumback R.H (1986) [3] thì khớp giả có thể do cố định không vững chắc, mất lực ép, còn lỗ hổng giữa hai đầu xương gãy ở mặt đối diện với nếp; sử dụng nếp quá mỏng, không đủ vít gây ra không vững.

4.4. Biến chứng liệt thần kinh quay sau mổ: Tỷ lệ liệt quay sau phẫu thuật của chúng tôi là 3,6% trong khi đó tỷ lệ liệt quay trung bình sau phẫu thuật nếp vít của Chapman J.R (2000) là 5,1%. Tuy nhiên, liệt thần kinh quay sau phẫu thuật chỉ là tạm thời, hầu hết hồi phục hoàn toàn sau phẫu thuật 4-6 tháng. Trong nhóm của tôi cả 2 trường hợp phục hồi hoàn toàn sau mổ 3 tháng. Trong thực hành, người ta có thể làm giảm biến chứng này bằng các phương pháp dự phòng như vị trí của nếp có thể đặt ở mặt trước trong cho gãy 1/3 giữa. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì hầu hết nếp được đặt ở mặt trước chiếm 68,5%, còn đặt nếp vít ở mặt sau chiếm 31,5% và cố gắng tránh không để cho thần kinh đi qua phía trên của nếp như một cái cầu. Đối với gãy 1/3 giữa không có liệt thần kinh quay thì không cần thiết phải bóc lộ thần kinh quay nhưng với gãy 1/3 dưới thì nhất thiết phải tìm rõ thần kinh. Tuy nhiên, không nên bóc trần thần kinh mà nên để lại vài thứ cơ cánh tay trước làm đệm.

So sánh với các tác giả trong nước Nguyễn Văn Mận [1]. Không có ca nào liệt quay sau phẫu thuật. Vũ Đình Sử [2] có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 2,5%. Phục hồi hoàn toàn sau mổ 2 tháng. Như vậy tỷ lệ liệt quay sau mổ của chúng

tôi không khác biệt các tác giả. Tuy vậy cũng cần lưu ý rằng kỹ thuật trong khi mổ là rất quan trọng, chỉ một động tác thô bạo khi đục chạm vào thần kinh quay làm căng giãn là có thể gây liệt thần kinh quay vì thể đối với các loại gãy ở 1/3 dưới cần hết sức cẩn thận khi phẫu tích tránh làm tổn thương thần kinh quay.

V. KẾT LUẬN

Điều trị gãy kín thân xương cánh tay bằng nếp vít có kết quả liền xương cao. Tuy nhiên cần thận trọng khi phẫu tích để tránh sang chấn thần kinh quay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Mận (2010).** Đánh giá đã kết quả điều trị gãy kín thân xương cánh tay ở người lớn bằng phương pháp kết xương nếp vít tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam- Cu Ba Đồng Hới.
2. **Vũ Đình Sử (2009).** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương cánh tay người lớn bằng nếp vít tại Bệnh viện 87.
3. **Brumback R.H., Bosse M.J., Poka A., Burgess A.R. (1986),** "Intramedullary stabilization of humeral shaft fractures in patients with
4. **Chapman J.R., Henley M.B., Agel J., Banca B.J.(2000),** "Randomised prospective study of humeral shaft fracture fixation: Intramedullary versus plate", J Orthop Trauma, 14(3), pp.162- 166.
5. **Fjalestad T., Stromsoe K., Salvesen p., Rostad B., (2000),** Abstract of "Functional results of braced humeral diaphyseal fractures: why do 38% lose external rotation of the shoulder?", Arch Orthop Trauma Surg, 120(5-6), pp. 281-285.

PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm văn Bình*, Phan hữu Huỳnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả gần của phẫu thuật nội soi 3D điều trị ung thư đại trực tràng ở người cao tuổi. Phân tích các biến chứng của phẫu thuật nội soi 3D với một số yếu tố liên quan của người cao tuổi. **Phương pháp:** mô tả tiền cứu. **Kết quả:** 72 bệnh nhân UTĐTT cao tuổi được phẫu thuật nội soi 3D. Thời gian mổ là $160 \pm 40,4$ phút. Thời gian có nhu động ruột trở lại $3,4 \pm 2,6$ ngày. Thời gian nằm viện $10,4 \pm 4,6$ ngày. Tỷ lệ biến chứng sau

mổ: 5,5% rò miệng nối, 2,8% tắc ruột sớm trong đó 1 ca mổ lại 1,38%; 9,6% nhiễm trùng vết mổ. Viêm phổi sau mổ chiếm 8,3%, huyết khối tĩnh mạch chi dưới 1,38%, suy tim 1,38%. Corticosteroid là yếu tố nguy cơ rò miệng nối (OR=33); COPD là yếu tố nguy cơ viêm phổi sau mổ (OR=15,25). **Kết luận:** PTNS3D điều trị UTĐTT ở người cao tuổi là an toàn và khả thi

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi 3D, người cao tuổi, ung thư đại trực tràng.

SUMMARY

3D LAPAROSCOPIC SURGERY FOR COLORECTAL CANCER IN ELDERLY AT K HOSPITAL

Objects: Evaluation of early outcome of 3D laparoscopic surgery for colorectal cancer in elderly. Analyze relation between complications of 3D

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 15.1.2019

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2019

Ngày duyệt bài: 12.3.2019

laparoscopic surgery for gastric and colorectal cancer and some factors in elderly. **Method:** prospective descriptive study. **Results:** 72 elderly cancer patients underwent 3D laparoscopic surgery. Operation time is 160 ± 40.4 minutes. The time of bowel movement is 3.4 ± 2.6 days. Hospital stay is 10.4 ± 4.6 days. Proportion of postoperative complications includes anastomosis leakage 5.5%, early bowel obstruction 2.8% with 1 case (1.4%) having re-operation; wound infection 9.6%. Postoperative pneumonia accounts for 8.3%, venous thrombosis 1.4%, heart failure 1.4%. Use of corticosteroids is a risk factor for anastomosis leakage (OR = 33); COPD is risk factor for postoperative pneumonia (OR = 15.25). Conclusion: 3D laparoscopic surgery for colorectal cancer in the elderly is safe and feasible

Keywords: 3D endoscopic surgery, elderly, colorectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm người cao tuổi được Tổ chức y tế thế giới và pháp lệnh người cao tuổi Việt nam quy định người cao tuổi là người từ 60 tuổi trở lên. Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh ung thư trong nhóm thường gặp nhất và có số ca mới mắc cùng tỷ lệ tử vong tăng dần theo thời gian và theo tuổi đời. Theo số liệu của GLOBOCAN 2018 ước tính, số ca mới mắc bệnh là 1.849.518 chiếm khoảng 10,2% trong tổng số bệnh lý ung thư và sẽ có khoảng 785.600 ca tử vong [1]. Nhưng một thực tế rõ ràng rằng tuổi là một yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc UTĐTT, bệnh thường ít được phát hiện ở độ tuổi dưới 40, nhóm tuổi từ 60 trở lên được coi là nhóm có nguy cơ mắc bệnh cao nhất với tỷ lệ khoảng 70,75%[2]. Cùng với sự tiến bộ của y học và điều kiện sống ngày càng nâng cao, tỷ lệ người cao tuổi ở nước ta cũng ngày càng tăng. Theo số liệu của cục thống kê năm 2011, người cao tuổi chiếm 10% dân số, vì vậy tỷ lệ mắc các bệnh ung thư nói chung và UTĐTT nói riêng cũng sẽ tăng lên. Điều trị UTĐTT là điều trị đa mô thức với 3 vũ khí chính: phẫu thuật, hoá chất và xạ trị. Trong đó phẫu thuật luôn đóng vai trò quan trọng. Trải qua hơn 2 thập kỷ, phẫu thuật nội soi (PTNS) đã chứng tỏ ưu thế vượt trội so với phẫu thuật kinh điển và được coi là một bước tiến dài của ngoại khoa ung thư [7];[8]. Tại Việt Nam những báo cáo về kết quả của PTNS3D mổ UTĐTT ở bệnh nhân cao tuổi chưa được ghi nhận nhiều. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành đề tài "Phẫu thuật nội soi 3D điều trị ung thư đại trực tràng ở người cao tuổi tại

bệnh viện K" nhằm 2 mục tiêu:

- Đánh giá kết quả gần của phẫu thuật nội soi 3D điều trị ung thư đại trực tràng ở người cao tuổi.

- Phân tích các biến chứng của phẫu thuật nội soi 3D với một số yếu tố liên quan của người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

• Các bệnh nhân UTĐTT từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định bằng kết quả mô bệnh học sinh thiết U trước mổ: ung thư biểu mô tuyến

• Giai đoạn bệnh T1 đến T4a, Kích thước u < 6cm, chưa có di căn xa

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiền cứu

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm tuổi, giới: 44,4% bệnh nhân nam; 55,6% bệnh nhân nữ

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %
60 - 75	64	88,9
Trên 75	8	11,1
Tổng	72	100

3.2. Tình trạng trước mổ

Bảng 3.2. Tình trạng bệnh lý kèm theo trước mổ

Tình trạng	n	Tỷ lệ %
Tiền sử, bệnh phổi hợp		
Tim mạch	11	15,3
Tăng huyết áp	28	38,8
COPD	9	12,5
Đái tháo đường	11	15,3
Có sử dụng Corticoid	4	5,6
ASA		
I	6	8,3
II	58	80,6
III	8	11,1

Bảng 3.3. Kết quả sống

Thời gian phẫu thuật trung bình	160 $\pm$ 40,4 phút
Thời gian có nhu động ruột trở lại trung bình	3,4 $\pm$ 2,6 ngày
Thời gian nằm viện	10,4 $\pm$ 4,6 ngày

Bảng 3.4. Tỷ lệ biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Nhóm I		
Viêm phổi	6	8,3
Suy tim	1	1,38
Tắc mạch chi	1	1,38
Nhóm II		
Rò tiêu hoá	4	5,5
Tắc ruột sớm	2	2,8
Nhiễm trùng vết mổ	7	9,6
Tổng số	21	29,1%

Tỷ lệ biến chứng sau mổ phải can thiệp ngoại khoa lại là (1/72) 1,4%: trường hợp tắc ruột sau mổ. (4/72) 5,5% ca rò miệng nối đều được điều trị nội khoa thành công.

Bảng 3.5. Mối tương quan giữa rò tiêu hoá và bệnh nội khoa kèm theo

Tiền sử	Rò tiêu hoá	Có n = 4	Không n = 68	OR	95%CI
Đái tháo đường	Có	2	9	6,55	0,81-52,56

	Không	2	59		
Dùng Corticosteroid	Có	2	2	33	2,95-368,37
	Không	2	66		

Bảng 3.6. Môi trường quan giữa viêm phổi sau mổ với tuổi và tiền sử COPD

Viêm phổi sau mổ		Có n = 5	Không n = 67	OR	95%CI
Dấu hiệu	Tuổi				
	>75	1	7	2,14	0,20-21,95
	≤ 75	4	60		
COPD	Có	3	6	15,25	2.11-110.01
	Không	2	61		

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả gần của phẫu thuật nội soi 3D mổ ung thư đại trực tràng ở người cao tuổi

Ước tính đối với nhóm tuổi trên 60 chưa từng được tầm soát bệnh có khoảng 0,5% đến 2% có nguy cơ mang khối u đại trực tràng đã xâm lấn, 1% đến 1,6% có khả năng mang khối u tại chỗ, 7% đến 10% có nguy cơ mang khối u trên 1 cm và 25% đến 20% có khả năng mang khối u với bất kỳ kích thước nào [3]. Độ tuổi là yếu tố ảnh hưởng lớn nhất đến tỷ lệ mắc bệnh UTĐTT. Thực tế UTĐTT thường ít được phát hiện ở độ tuổi dưới 40, nhóm tuổi từ 60 trở lên được coi là nhóm có nguy cơ mắc bệnh cao nhất với tỷ lệ khoảng 70,75% [1];[2]. Nghiên cứu của chúng tôi có 72 bệnh nhân cao tuổi, tuổi trung bình là 68,3 (từ 60 đến 82 tuổi), nam giới 55,6%, nữ 44,4%. Tổn thương ghi nhận chủ yếu ở đại tràng trái, đại tràng sigma và trực tràng cao. Thời gian mổ PTNS 3D trung bình của chúng tôi là 160 ± 40,4 phút, thời gian có nhu động ruột sau mổ 3,4 ± 2,6 ngày và thời gian nằm viện 10,4 ± 4,6 ngày.

Nghiên cứu của Hermans có 36% bệnh nhân trên 75 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 100 tuổi, thời gian mổ nội soi trung bình là 180 ± 35,4 phút [3]. Nghiên cứu của Milone có nhóm bệnh nhân UTĐTT được PTNS tuổi trung bình là 78,02 với thời gian mổ nội soi là 190 ± 20,5 phút [8]. Trong nghiên cứu mới công bố gần đây của Itatani tác giả cũng rút ra kết luận thời gian mổ PTNS ở nhóm người cao tuổi không có sự khác biệt với nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi [4]. Trong nghiên cứu của Hermans, bệnh nội khoa kèm theo chủ yếu là tim mạch và viêm phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) với tỷ lệ mắc tăng theo tuổi, cụ thể nhóm dưới 75 tuổi chỉ có 25% có bệnh tim mạch và 9% COPD nhưng nhóm trên 75 tuổi thì tỷ lệ này lên đến 49% và 13%, tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 35% [3]. Nghiên cứu đầu tiên về PTNS cắt đại tràng ở người cao tuổi là của Vara-Thorbeck thực hiện trên 11 bệnh nhân tuổi trên 70 với chẩn đoán ung thư đại tràng thì tỷ lệ biến chứng là 30% [6]. Sau khi vai

trò của PTNS được khẳng định dựa trên những nghiên cứu qua những ca bệnh trẻ tuổi, các phẫu thuật viên đang ngày càng mạnh dạn tiến hành PTNS áp dụng cho bệnh nhân cao tuổi và độ tuổi ngày càng tăng lên. Bài viết của Ng.Oliver và cộng sự với 105 bệnh nhân độ tuổi từ 85 đến 98, có đến 42 bệnh nhân (42%) được phẫu thuật triệt để thành công, trong đó 17% là PTNS có tỷ lệ biến chứng sau mổ là 32%.

Tỷ lệ biến chứng trên 72 bệnh nhân cao tuổi của chúng tôi là 29,1% bao gồm từ nhiễm trùng vết mổ 9,6%, huyết khối tĩnh mạch chi dưới 1,38%, viêm phổi 8,3%, rò miệng nối 5,5% và tắc ruột sau mổ 2,8%. Không có bệnh nhân nào tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ. Tuy nhiên trong nhóm biến chứng sau mổ này chúng tôi chỉ có 1 ca tắc ruột phải mổ lại chiếm 1,38%. Đây là một tỷ lệ thấp so với những nghiên cứu trong nước và trên thế giới.

4.2. Phân tích mối liên quan giữa biến chứng sau mổ phẫu thuật nội soi 3D với một số yếu tố liên quan với người cao tuổi:

Biến chứng nội khoa sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nhỏ: 6 bệnh nhân viêm phổi sau mổ (8,3%), 1 trường hợp suy tim (1,38%), 1 trường hợp tắc mạch chi (1,38%). Tất cả đều được phát hiện và điều trị nội khoa kịp thời có kết quả. Có 4 trường hợp rò tiêu hoá, chiếm tỷ lệ 5,5% và cả 4 ca này đều được điều trị bảo tồn thành công, 1(1,38%) trường hợp tắc ruột sớm sau mổ phải mở bụng để gỡ dính và cắt dây chằng.

Có nhiều biến chứng sau mổ UTĐTT được ghi nhận và báo cáo từ khi kỹ thuật này được hình thành, hoàn thiện và phát triển. Thống kê những báo cáo trong y văn, có thể phân chia thành 2 nhóm chính là: biến chứng do phẫu thuật (nhiễm trùng vết mổ, áp xe dư, rò miệng nối, tắc ruột sau mổ...) và biến chứng các hệ cơ quan khác (phổi, tim, thận, mạch máu, thần kinh, nội tiết) [5];[6]. Nghiên cứu của Kvasnovsky với 163 bệnh nhân có tỷ lệ biến chứng chung là 57,1%, mặc dù khá cao nhưng chỉ có 12,3% là biến

chứng nặng. Tác giả cho rằng nhóm dưới 65 tuổi có ít biến chứng hơn nhóm 65-80 tuổi (69,3%) và nhóm trên 80 tuổi (63,0%). Nhưng sự khác biệt trong 12,3% bệnh nhân có biến chứng nặng lại không liên quan có ý nghĩa với độ tuổi. Mặt khác, những biến chứng như tắc ruột sau mổ, rò tiêu hoá cũng không ghi nhận có liên quan với độ tuổi [6]. Một nghiên cứu đáng chú ý khác của Cleveland Clinic, Florida gồm một nhóm tuổi trung bình 73 so sánh với nhóm tuổi trung bình 44 cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng sau mổ. Báo cáo này ghi nhận nhóm bệnh nhân cao tuổi có khoảng thời gian liệt ruột lâu hơn nhóm trẻ tuổi (4,2 ngày - 2,8 ngày) [7]. Nghiên cứu của Marco Milone và cộng sự công bố năm 2017 với 477 bệnh nhân mổ trực tràng tuổi trên 75 có tỷ lệ viêm phổi sau mổ là 3,3 % ở nhóm mổ nội soi và 9,8% ở nhóm mổ mở, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [8]. Có nhiều cách lý giải cho sự khác biệt này, nhưng cần phải kể đến đầu tiên như nhiều nghiên cứu đã chứng minh là PTNS có ưu điểm làm giảm đau sau mổ. Một vết mổ dài có thể gây hiệu ứng domino sau mổ và dẫn đến hậu quả là viêm phổi. Tác giả lý giải, đau nhiều sau mổ sẽ làm kéo theo những nguy cơ viêm phổi như thuốc giảm đau, an thần, ức chế hoạt động các cơ hô hấp, làm bệnh nhân không dám vận động. Mặt khác thời gian mất liệt ruột cơ năng và thời gian nằm viện của bệnh nhân được mổ mở cũng dài hơn cũng sẽ làm tăng nguy cơ viêm phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi nguy cơ viêm phổi với yếu tố tuổi và tiền sử có COPD cho thấy COPD là yếu tố nguy cơ chính khi nguy cơ mắc bệnh gấp 15 lần với OR 15,5 (Bảng 3.6). Nghiên cứu của Sliejer và cộng sự trên 259 bệnh nhân, có tỷ lệ rò miệng nối là 7,3% trong đó 50% nhóm có dùng corticoid có rò miệng nối. Năm 2014, Eriksen và cộng sự công bố bài viết dựa trên 12 nghiên cứu gồm 9564 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ rò miệng nối là 6,77% trong nhóm có dùng corticosteroid so với 3,26% trong nhóm không dùng corticosteroid, tác giả ghi nhận 6 nghiên cứu cho rằng corticosteroid là một yếu tố nguy cơ của rò miệng nối [2].

Tỷ lệ rò miệng nối sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,5%. Có 2 trường hợp sau mổ cắt trực tràng - miệng nối thấp (LAR), 1 trường hợp sau mổ cắt đại tràng trái và 1 trường hợp cắt đại tràng phải. Rò miệng nối luôn là biến chứng đáng ngại nhất sau phẫu thuật tiêu hoá, theo các nghiên cứu lớn tỷ lệ rò khoảng từ 2,9%

đến 15,3%, ước tính khoảng một phần ba trong số ca tử vong sau mổ có nguyên nhân là rò tiêu hoá [2];[3], chúng tôi phân tích thấy tiền sử dùng corticoid có nguy cơ rò tiêu hoá sau mổ có ý nghĩa thống kê với OR = 33 và 95% CI > 1 (Bảng 3.5)

V. KẾT LUẬN

- Kết quả gần của phẫu thuật nội soi 3D
- Thời gian mổ là $160 \pm 40,4$ phút. Thời gian có nhu động ruột trở lại $3,4 \pm 2,6$ ngày. Thời gian nằm viện $10,4 \pm 4,6$ ngày
- Tỷ lệ biến chứng sau mổ: 5,5% có rò miệng nối, 2,8% có tắc ruột sớm trong đó 1 ca mổ lại 1,38%; 9,6% nhiễm trùng vết mổ. Viêm phổi sau mổ chiếm 8,3%, huyết khối tĩnh mạch chi dưới 1,38%, suy tim 1,38%.
- Yếu tố liên quan với các biến chứng sau mổ
- Dùng corticosteroid là yếu tố nguy cơ rò miệng nối (OR=33)
- COPD là yếu tố nguy cơ viêm phổi sau mổ (OR=15,25)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray.F, Ferlay.J, Soerjomataram.I et al (2018).** "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries". CA Cancer J Clin, doi: 10.3322/caac. 21492.
2. **Eriksen.TF, Lassen.CB, Gogenur I (2014).** "Treatment with corticosteroids and the risk of anastomotic leakage following lower gastrointestinal surgery: a literature survey". Colorectal Dis, 16(5): p. O154-160.
3. **Hermans.E, Van Schaik.PM, Prins.HA,et al (2010).** "Outcome of colonic surgery in elderly patients with colon cancers". Journal of Oncology, Article ID 865908.
4. **Itatani.Y, Kawada.K,Sakai.Y (2018).** "Treatment of elderly patients with colorectal cancer". BioMed Research International, Article ID 2176056.
5. **Kirchhoff.P, Clavien.PA, Hahnloser.D (2010).** "Complications in colorectal surgery: risk factors and preventive strategies". Patient Safety in Surgery, 4(1):5. doi:10.1186/1754-9493-4-5.
6. **Kvasnovsky.CL, Adams.K, Sideris.M et al (2016).** "Elderly patients have more infectious complications following laparoscopic colorectal cancer surgery". Colorectal Dis, 18(1): p. 94-100.
7. **Maceau.G, Hain.E, Maggiori.I et al (2016).** "Is the benefit of laparoscopy maintained in elderly patients undergoing rectal cancer resection?". Surgical Endoscopy, 31 no.2: p. 632-642.
8. **Milone.M, Elmore.U, Vignali.A et al (2017).** "Pulmonary Complications after Surgery for Rectal cancer in Elderly patients: Evaluation of laparoscopic versus open approach from a multicenter study on 477 consecutive cases". Hindawi, Gastroenterology Research and Practice, Article ID 5893890, 7 pages.

BẢO HIỂM Y TẾ THEO HỘ GIA ĐÌNH CỦA NGƯỜI DÂN HUYỆN YÊN KHÁNH, TỈNH NINH BÌNH

Hà Văn Thúy¹, Phạm Minh Hùng¹

TÓM TẮT

Bảo hiểm y tế hộ gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo tất cả người dân trong xã hội đều được hưởng lợi từ việc tham gia bảo hiểm y tế. Để tìm hiểu tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình tại huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình năm 2018, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ và tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình ở huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình năm 2018, và phân tích mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và việc tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình. Đề tài sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tại tỉnh Ninh Bình. Dữ liệu được thu thập bằng cách tiến hành phỏng vấn với các đại diện hộ gia đình dựa trên bảng hỏi. Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình là 61,4%. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức tốt với bảo hiểm y tế là 47,8%. Tỷ lệ đối tượng có thái độ tốt với bảo hiểm y tế là 94,6%. Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình cao hơn đối với những đối tượng có kiến thức tốt và thái độ tốt về bảo hiểm y tế hộ gia đình.

SUMMARY

SURVEY OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PARTICIPATION PROPORTION OF HOUSEHOLDS HEALTH INSURANCE IN YEN KHANH DISTRICT, NINH BINH PROVINCE

Household health insurance plays an important part in ensuring that all people in society have opportunity to be protected by Health Insurance. In order to find out the participation proportion of household health insurance in Yen Khanh district, Ninh Binh province in 2018, the research was carried out with two objectives: Describing knowledge, attitude and participation proportion of households health insurance in Yen Khanh district, Ninh Binh province in 2018 and analyzing the relationship between knowledge, attitudes and participation in household health insurance. The cross-sectional research was conducted in Ninh Binh province. Data was collected through interviews with household representatives based on questionnaires. Participation proportion of household health insurance was 61.4%. Good knowledge rate was 47.8%. The rate of good attitude was 94.6%. The rate of participation in household health insurance was higher in those with good knowledge and good attitude about household health insurance.

Keywords: bảo hiểm y tế, hộ gia đình, kiến thức, thái độ, Ninh Bình

¹Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy

Email: Hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.1.2019

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2019

Ngày duyệt bài: 8.3.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế là một chính sách xã hội nhằm huy động sự đóng góp của cộng đồng nhằm thực hiện công bằng và nhân đạo trong lĩnh vực bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân. Trong những năm gần đây, số người tham gia bảo hiểm y tế tăng nhanh và đạt được mục tiêu mở rộng các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế; năm 2017 ước có khoảng 79,3 triệu người tham gia Bảo hiểm y tế, chiếm 84,9% dân số [1].

Người dân không thuộc các nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế có sự hỗ trợ trực tiếp một phần hoặc toàn bộ phí tham gia bảo hiểm y tế từ người sử dụng lao động, tổ chức BHXH hay Nhà nước thì sẽ tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình bằng cách tự đóng góp phí Bảo hiểm y tế. Bảo hiểm y tế theo hộ gia đình như là tấm "lưới đỡ" sau cùng cho những người dân chưa thuộc bất kỳ nhóm đối tượng tham gia Bảo hiểm y tế nào khác, đảm bảo mọi người dân trong xã hội đều có cơ hội được bảo vệ bởi Bảo hiểm y tế. Quyền lợi hưởng Bảo hiểm y tế theo hộ gia đình cơ bản đầy đủ, tương đồng với những nhóm đối tượng khác tham gia Bảo hiểm y tế, mặc dù mức phí tham gia Bảo hiểm y tế theo hộ gia đình khá có lợi đối với các hộ gia đình. Ở mức cao nhất, Quỹ Bảo hiểm y tế có thể chi trả tới 80% chi phí khám, chữa bệnh Bảo hiểm y tế và bệnh nhân có thể Bảo hiểm y tế chỉ cần thực hiện đồng chi trả 20% chi phí. Tuy nhiên, theo các báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình có tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế còn thấp. Trong năm 2016, nhóm này có 11,37 triệu người đang tham gia bảo hiểm y tế và còn khoảng 5-7 triệu người chưa tham gia bảo hiểm y tế [1]. Nguyên nhân của thực trạng này bắt nguồn từ nhiều lý do khác nhau, bao gồm hoàn cảnh khách quan và cả các yếu tố chủ quan từ kiến thức và thái độ của người dân. Nhằm tìm hiểu thực trạng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình và một số yếu tố liên quan tại huyện Yên Khánh, Ninh Bình năm 2018, đề tài được thực hiện với 2 mục tiêu:

1. Mô tả kiến thức, thái độ và thực trạng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình tại 2 xã - huyện Yên Khánh, Ninh Bình năm 2018.

2. Phân tích mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và việc tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình của đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Để tài sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng nghiên cứu là hộ gia đình sinh sống tại huyện Yên Khánh, Ninh Bình thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn người đại diện của hộ gia đình dựa trên bộ câu hỏi. Người đại diện được yêu cầu trên 18 tuổi, không phân biệt giới tính, còn minh mẫn, có khả năng giao tiếp bình thường, được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mẫu được chọn theo phương pháp phân tầng theo tỷ lệ.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tích cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n: là cỡ mẫu tối thiểu; p: 0,6 (tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình toàn quốc năm 2016 [1]); $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% ($\alpha=0,05$) $\rightarrow Z_{1-\alpha/2}=1,96$; d là sai số cho phép: lấy $d=0,05 \Rightarrow$ cỡ mẫu $n=369$, dự kiến 10% bỏ cuộc hoặc từ chối trả lời hoặc chất lượng thông tin không đạt yêu cầu, do đó nhóm nghiên cứu đã phỏng vấn 407 đối tượng.

• Kiến thức của người bệnh được đánh giá về 4 nội dung: hiểu biết về đối tượng tham gia bảo

hiểm, mức đóng bảo hiểm, quyền lợi khi tham gia bảo hiểm y tế, quyền lợi khi khám chữa bệnh thông tuyến, trái tuyến. Tổng điểm Kiến thức về bảo hiểm y tế: 11, mức điểm Tốt: $\geq 5,5$ điểm; Không tốt: $< 5,5$ điểm

• Đánh giá thái độ về bảo hiểm y tế của đối tượng về ý nghĩa, tầm quan trọng, vai trò của bảo hiểm y tế. Tổng điểm Thái độ về bảo hiểm y tế: 11, mức điểm Tốt: $\geq 5,5$ điểm; Không tốt: $< 5,5$ điểm.

Phân tích và xử lý số liệu: Biến định lượng được mô tả thống kê để đưa ra giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max. Biến định tính được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Kiểm định với biến định tính: sử dụng test so sánh Khi bình phương, các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (sử dụng test Fisher-exact có hiệu chỉnh khi hệ số mong đợi nhỏ hơn 5). Kiểm định với biến định lượng: t-test để so sánh giá trị trung bình phân bố chuẩn, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

+ Các yếu tố liên quan được đánh giá thông qua sử dụng phân tích hồi quy logistics đơn biến và tính tỷ suất chênh OR với khoảng tin cậy 95% (95% CI). Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được sử dụng để đánh giá mối liên có ý nghĩa trong thống kê phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

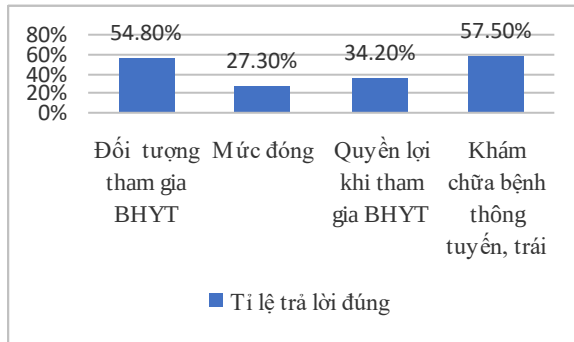
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=407)

Đặc điểm		Không tham gia		Tham gia			
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	18-29	66	45,8	78	54,2	144	35,4
	30-39	38	40,9	55	59,1	93	22,9
	40-49	25	33,8	49	66,2	74	18,2
	50-60	15	27,8	39	72,2	54	13,3
	60+	13	31,0	29	69,0	42	10,3
Giới	Nam	94	40,3	139	59,7	174	42,7
	Nữ	63	36,2	111	63,8	233	57,3
Trình độ học vấn	Dưới THPT	46	45,5	55	54,5	101	24,8
	Trên THPT	111	36,3	195	63,7	306	75,2
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	56	48,7	59	51,3	116	28,3
	Kết hôn	101	34,6	191	65,4	292	71,7
Mức sống	Nghèo/cận nghèo	16	75,0	8	25,0	24	5,9
	Khá giả	130	35,9	232	64,1	338	83,1
	Không có thông tin	11	52,4	10	47,6	24	5,9
Số thành viên trong gia đình	≤ 4 người	32	58,2	23	41,8	352	86,5
	> 4 người	125	35,5	227	64,5	55	13,5

Nghiên cứu tiến hành trên 407 cá nhân đại diện cho 407 hộ gia đình tại huyện Yên Khánh, Ninh Bình. Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 38 tuổi, trong đó, nhóm tuổi từ 18-29 chiếm tỷ lệ cao nhất (35,4%) và nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,3%). Phần lớn đối tượng đã kết hôn 71,7%. Về nghề nghiệp có

tỷ lệ cao nhất ở nhóm lao động gia đình 31,0%. Đa số các hộ gia đình có dưới 4 người 96,5%; trung bình có $3,53 \pm 1,20$ /hộ gia đình. Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế của mẫu nghiên cứu là 61,4%. Tỷ lệ này của các hộ gia đình thuộc nhóm tuổi 50-60 cao hơn so với nhóm các gia đình trẻ với 72,2%. 65,4% các đối tượng đã kết hôn có tham

gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình trong khi tỉ lệ này ở nhóm độc thân chỉ đạt 51,3%. Các hộ thuộc nhóm khá giả cũng tham gia bảo hiểm với tỉ lệ cao hơn nhóm các gia đình có mức sống trung bình và dưới trung bình.



Hình 1: Tỉ lệ trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức liên quan đến BHYT

Tỉ lệ người tham gia nghiên cứu có kiến thức tốt là 47,8%. Cụ thể, 54,8% đối tượng có kiến thức đúng và đầy đủ về các nhóm đối tượng tham gia Bảo hiểm y tế. Trong khi, chỉ có 34,6% biết đúng mức đóng Bảo hiểm y tế hằng năm. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về quyền lợi được hưởng khi khám chữa bệnh bằng Bảo hiểm y tế đúng tuyến tại cơ sở khám chữa bệnh ban đầu còn thấp 34,2%. Tuy nhiên tỷ lệ đối tượng có kiến thức về khám chữa bệnh thông tuyến, trái tuyến khá cao 57,5%.

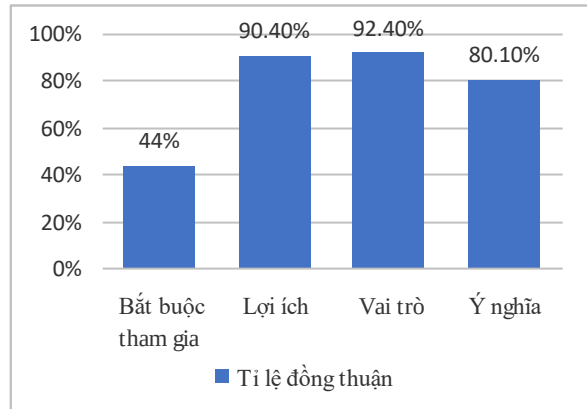
Bảng 2. Mối liên quan giữa thái độ chung về bảo hiểm y tế và thực trạng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình

Tham gia BHYT hộ gia đình		Không		Có		OR (95%CI)	P
		SL	%	SL	%		
Kiến thức	Không tốt	92	44,0	117	56,0	1,61 (1,05-2,46)	0,02
	Tốt	65	32,8	133	67,2		
Thái độ	Không tốt	14	63,6	8	36,4	2,96 (1,21-7,23)	0,02
	Tốt	143	37,1	242	62,9		
Chung		157	38,6	250	61,4		

Nhóm có kiến thức tốt có 67,2% đã đang tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình trong khi tỉ lệ này ở nhóm kiến thức không tốt là 56%. Tỷ lệ tham gia Bảo hiểm y tế hộ gia đình cao hơn ở đối tượng có kiến thức bảo hiểm y tế đạt OR=1,61 (95%CI: 1,05-2,46). Tương tự, tỷ lệ tham gia Bảo hiểm y tế hộ gia đình cao hơn ở đối tượng có thái độ tốt với OR=2,96 (95%CI: 1,21-7,23). Cả hai mối liên quan này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong tổng số 407 người tham gia vào nghiên cứu, có 250 người (61,4%) hiện đang tham gia Bảo hiểm y tế hộ gia đình. Kết quả này cao hơn rất nhiều so với một số nghiên cứu: Lê Ngọc Quỳnh (20,4%), Viện Chiến lược và chính sách y tế (33,4%), nghiên cứu của Bùi Thị Tú Quỳnh (21,2%) [3]. Tuy nhiên, so với nghiên cứu trên địa bàn Hà Nội cho thấy tỷ lệ tham gia Bảo hiểm



Hình 2: Tỉ lệ đồng thuận về các khía cạnh liên quan đến BHYT

Phần lớn đối tượng có thái độ tốt với Bảo hiểm y tế với 94,6% đạt điểm từ 5 trở lên. Cụ thể, 90,4% ý thức được lợi ích của việc tham gia bảo hiểm y tế, 80,1% đối tượng cho biết đồng ý với các giá trị và ý nghĩa cộng đồng của bảo hiểm y tế. 92,4% đồng ý rằng Bảo hiểm y tế mang tính dự phòng rủi ro, và chia sẻ trong cộng đồng, thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân; cần thiết cho mọi đối tượng, bệnh nhân bảo hiểm y tế không bị phân biệt đối xử khi khám chữa bệnh. Tuy nhiên, chỉ có 44% đồng ý rằng nên bắt buộc mọi người tham gia Bảo hiểm y tế.

y tế (66,4%), cao hơn tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế trên cả nước [2] và kết quả của nghiên cứu này.

Theo báo cáo năm 2017 cho thấy, một trong những nguyên nhân tỷ lệ tham gia Bảo hiểm y tế theo hộ gia đình còn thấp là giá dịch vụ khám chữa bệnh không thuộc phạm vi chi trả từ quỹ Bảo hiểm y tế thời gian qua thấp hơn giá dịch vụ khám chữa bệnh Bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, cùng với lộ trình điều chỉnh giá dịch vụ KCB và duy trì nguồn lực cho công tác tuyên truyền như hiện

nay, tỉ lệ người tham gia Bảo hiểm y tế trong nhóm này chắc chắn sẽ gia tăng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 48,7% đối tượng có kiến thức về bảo hiểm y tế tốt. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Ngọc Quỳnh (2012) cho thấy điểm kiến thức chung của nông dân là 36,9% có kiến thức về bảo hiểm y tế đạt [4]. Tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ 66% nông dân có kiến thức đạt của nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách y tế, tại Chí Linh, Hải Dương năm 2008. Phần lớn đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có thái độ tốt với Bảo hiểm y tế song tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Lê Ngọc Quỳnh (2012) [4] cho thấy tới 97,6% đối tượng nghiên cứu cho biết họ có quan tâm đến Bảo hiểm y tế, tuy nhiên cao hơn nhiều so với kết quả 86,8% tại Nam Sách, Hải Dương; 67% tại Chí Linh, Hải Dương; 74,7% tại Việt Yên, Bắc Giang; 78,64 tại Yên Dũng, Bắc Giang theo nghiên cứu của Viện Chiến lược và chính sách y tế.

Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình cao hơn ở đối tượng có kiến thức Bảo hiểm y tế. Vì nhiều lí do mà người dân chưa có nhận thức chưa đúng hoặc hiểu sai về giá trị tấm thẻ bảo hiểm y tế. Lúc cần đến thì đã quá muộn, nhất là trong bối cảnh các cơ sở y tế công lập đang áp dụng giá viện phí mới theo Thông tư 02/2017/TT-BYT của Bộ Y tế đối với người không có thẻ bảo hiểm y tế. Kết quả này cùng xu hướng với nghiên cứu của Lammers và Wamerdam, 2010. Tỷ lệ tham gia Bảo hiểm y tế hộ gia đình cao hơn ở đối tượng có thái độ tốt. Điều này phản ánh ảnh hưởng khá rõ rệt của

niềm tin về bảo hiểm y tế của đối tượng với sự tham gia bảo hiểm y tế gia đình của họ. Niềm tin này sẽ chịu ảnh hưởng lớn bởi chất lượng khám chữa bệnh liên quan đến Bảo hiểm y tế.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình của mẫu nghiên cứu là 61,4%. Tỉ lệ có kiến thức tốt là 47,8%. Tỷ lệ có thái độ tốt về việc tham gia Bảo hiểm y tế là 94,6%. Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình cao hơn ở đối tượng có kiến thức tốt và thái độ tốt về Bảo hiểm y tế theo hộ gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chính phủ (2017).** *Báo cáo số 456/BC-CP - Việc thực hiện Nghị quyết số 68/2013/QH13 của Quốc hội về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân.*
2. **Nguyễn Thị Kim Hoa và Mai Linh (2015).** Thực trạng sử dụng bảo hiểm y tế của người dân. *Tạp chí xã hội học* 2, 2 (130), 76-85.
3. **Bùi Thị Tú Quyên và Nguyễn Thị Kim Ngân (2016).** Thực trạng bao phủ Bảo hiểm Y tế tại và một số yếu tố liên quan ở người lao động phi chính thức quận Long Biên, Hà Nội. *Tạp chí Y tế công cộng*, 42 (6), 48-55.
4. **Lê Ngọc Quỳnh (2012).** *Thực trạng tham gia bảo hiểm y tế của nông dân thị xã Sơn Tây, Hà Nội, năm 2012 và một số yếu tố liên quan*, Thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.
5. **Viện chiến lược và chính sách y tế (2012).** *Đánh giá 2 năm triển khai thực hiện Chỉ thị 38-CT/TW của Ban Bí thư về đẩy mạnh bảo hiểm y tế trong tình hình mới*,
6. **Judith Lammers, Susan Warmerdam và Rotterdam Ecorys (2010).** Adverse selection in voluntary micro health insurance in Nigeria. *AIDS Research Series*, 6,

VAI TRÒ CỦA NT-proBNP TRONG DỰ ĐOÁN HỘI CHỨNG CUNG LƯỢNG TIM THẤP Ở TRẺ EM SAU PHẪU THUẬT TIM MỞ TIM BẨM SINH

Đặng Văn Thúc¹, Trần Minh Điền¹,
Trần Thị Chi Mai², Cao Việt Tùng¹, Phạm Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình trạng rối loạn huyết động và suy tim cung lượng tim thấp là biến chứng thường gặp trong hồi sức sau phẫu thuật tim mở, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị. **Mục tiêu:** xác định vai trò dự

đoán hội chứng cung lượng tim thấp của NT-proBNP ở bệnh nhân sau phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu 212 bệnh nhân sau phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh. NT-proBNP huyết tương được định lượng tại các thời điểm trước phẫu thuật (T0), sau 1 giờ (T1), sau 12 giờ (T2), sau 24 giờ (T3), sau 48 giờ (T4) sau phẫu thuật. Đánh giá mối liên quan của NT-proBNP với tình trạng huyết động và hội chứng cung lượng tim thấp sau phẫu thuật. **Kết quả nghiên cứu:** Nồng độ NT-proBNP tăng cao nhất ở thời điểm T2 là 2133,4 pg/ml giảm dần ở các thời điểm T3, T4. Sự khác biệt nồng độ ở các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nồng độ NT-proBNP ở thời điểm sau 12 giờ sau phẫu thuật trên 1562 pg/ml có giá trị dự đoán tốt nhất hội chứng

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Thúc

Email: drthucnhp80@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2019

Ngày duyệt bài: 11.3.2019

cung lượng tim thấp với độ nhạy 0,88, độ đặc hiệu 0,72, diện tích dưới đường cong AUC 0,866. Khi tiến hành phân tích đơn biến và chạy mô hình hồi quy đa biến các yếu tố giúp tiên lượng HCCLTT thấy rằng nồng độ NT-proBNP tại thời điểm T2 trên 1562 pg/ml là một yếu tố dự đoán độc lập hội chứng cung lượng tim thấp với OR 12,18 (95%CI 4,29-34,5), $p < 0,001$.

Kết luận: NT-proBNP huyết tương là dấu ấn sinh học của tim có giá trị dự đoán độc lập hội chứng cung lượng tim thấp bệnh nhân sau phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh.

Từ khóa: NT-proBNP; hội chứng cung lượng tim thấp; phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh trẻ em;

SUMMARY

THE ROLE OF NT-proBNP IN PREDICTING THE LOW CARDIAC OUTPUT SYNDROME IN THE CHILDREN AFTER OPEN HEART SURGERY

Background: Hemodynamic disorders and low cardiac output syndrome are common complications in resuscitation after open heart surgery. These complications affect the results of treatment. **Objectives:** To determine the role of predicting low cardiac output syndrome of plasma NT-proBNP in patients after congenital heart surgery. **Subjects and Methods:** The study was conducted on 212 congenital heart disease patients undergoing open heart surgery. Plasma NT-proBNP was measured at 5 different points in time: preoperative (T0), after 1 hour (T1), 12 hours (T2), 24 hours (T3), 48 hours (T4) post operative. The association of NT-proBNP with hemodynamic status and low cardiac output syndrome was investigated. **Research results:** The NT-proBNP concentration was highest at T2 time (2133.4pg/ml), decreasing gradually at T3 and T4. The difference in NT-proBNP concentrations at different times was statistically significant with $p < 0.01$. The NT-proBNP concentration after 12 hours after surgery at the threshold of 1562 pg/ml has the best predictive value of low cardiac output syndrome with a sensitivity 0.88, specificity 0.72, area under the curve AUC 0.866. When conducting univariate analysis and running multivariate regression models with the factors that help predict low cardiac output syndrome, the results showed that NT-proBNP concentration of 1562 pg/ml at T2 was an independent predictor of low cardiac output syndrome with OR 12.18 (95% CI 4.29-34.5), $p < 0.001$. **Conclusion:** Plasma NT-proBNP is an independent predictor of low cardiac output syndrome in patients after congenital heart surgery.

Key words: NT-proBNP, congenital open heart surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cung lượng tim thấp (HCCLTT) là một trong những biến chứng thường gặp trong phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị [1],[5],[3]. Việc đánh giá sớm mức độ tổn thương cơ tim, dự đoán hội chứng cung lượng tim thấp luôn là một thách thức của các nhà hồi sức tim mạch.

NT-proBNP là một trong những dấu ấn sinh

học của tim có giá trị tiên lượng một số biến chứng và kết quả điều trị. Thế giới đã có những công trình nghiên cứu tìm hiểu sự biến đổi nồng độ và vai trò của NT-proBNP trong tiên lượng một số bệnh như hội chứng nhồi máu cơ tim, phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh. Kết quả cho thấy NT-proBNP có mối tương quan với tỷ lệ tử vong, các biến chứng tim mạch, HCCLTT, là một yếu tố độc lập với các yếu tố nguy cơ khác, là yếu tố giúp theo dõi và dự đoán kết quả điều trị sớm [1],[4],[5].

Tại Việt Nam chưa có nhiều công trình nghiên cứu về vai trò của NT-proBNP ở trẻ em nói chung đặc biệt là trẻ được phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định vai trò của NT-proBNP trong dự đoán hội chứng cung lượng tim thấp ở trẻ em sau phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Gồm các bệnh nhân dưới 5 tuổi chẩn đoán tim bẩm sinh bằng siêu âm hoặc thông tim đã được phẫu thuật dưới tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT), được hồi sức tại khoa Hồi sức Ngoại tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung Ương. Loại trừ trường hợp có suy thận trước mổ hoặc tử vong trước khi ra phòng hồi sức sau mổ.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu phân tích, tiến cứu: theo dõi diễn tiến nồng độ NT-proBNP huyết tương theo thời gian hồi sức sau phẫu thuật và tìm hiểu mối tương quan của NT-proBNP với hội chứng cung lượng tim thấp và tình trạng huyết động sau phẫu thuật.

2.2. Nội dung nghiên cứu: NT-proBNP huyết tương được định lượng tại 5 thời điểm: trước mổ T0, sau 1 giờ (T1), sau 12 giờ (T2), sau 24 giờ (T3), sau 48 giờ (T4) sau khi kết thúc phẫu thuật.

Xét nghiệm định lượng NT-proBNP được thực hiện tại khoa Sinh hóa Bệnh viện Nhi Trung ương bằng phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang theo nguyên lý sandwich trên máy Cobas e601 (Roche).

Chẩn đoán HCCLTT bởi sự hiện diện của ít nhất hai trong số những tiêu chí sau đây tại bất kỳ thời điểm trong hậu phẫu [1]: (1) Lâm sàng và / hoặc xét nghiệm gợi ý dấu hiệu cung lượng tim thấp: Mạch nhanh yếu, đầu chi lạnh, thời gian làm đầy mao mạch ≥ 3 s, hạ huyết áp (huyết áp tâm thu dưới 5 bách phân vị theo tuổi), lượng nước tiểu ít (< 1 ml/kg/giờ trong vòng ít nhất 6 giờ, không đáp ứng với các thuốc lợi tiểu), nồng độ lactate máu liên tục tăng > 2 mg/dl trong 2 lần khí máu liên tiếp, toan chuyển hóa; (2) Chỉ số

thuốc vận mạch > 20; (3) Tử vong do tim trong vòng 48 giờ sau khi phẫu thuật; (4) Phân suất tống máu thất trái (LVEF) < 50% đánh giá qua siêu âm tim.

Thang điểm thuốc vận mạch - tăng cơ bóp cơ tim (*vasoactive inotropic score -VIS*) = Liều Dopamin mcg/kg/phút + liều Dobutamin mcg/kg/phút + 100 x liều Adrenalin mcg/kg/phút + 100 x liều Noradrenalin mcg/kg/phút + 10 x liều Milrinon mcg/kg/phút + 10000 x liều Vasopressin mcg/kg/phút[6].

Các chỉ số về tình trạng huyết động sau phẫu thuật được theo dõi và ghi chép hàng giờ theo bảng theo dõi đầu giường: mạch, huyết áp, CVP, áp lực nhĩ trái, nước tiểu, lactate, liều lượng các thuốc vận mạch... từ đó có thể xác định liều thuốc vận mạch lớn nhất trong các thời điểm và

tổng thời gian sử dụng thuốc vận mạch của mỗi bệnh nhân.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Số liệu được nhập phần mềm Epidata 13.0 và xử lý trên phần mềm STATA 14.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 212 bệnh nhân sau phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh kết quả cho thấy có 134 bệnh nhân là nam (63%), 88 bệnh nhân nữ (27%), chủ yếu là nhóm tim bẩm sinh phức tạp có tím 147/212 bệnh nhân (69,3%). Có 177/212 bệnh nhân (83,49%) bệnh nhân dưới 12 tháng tuổi trong đó có 48 bệnh nhân (22,64%) dưới 1 tháng tuổi. Có 120/212 bệnh nhân dưới 5kg.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng

Biến số	Trung bình	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Min	Max
Tuổi phẫu thuật (ngày)	108	92,5 (35-272)	1	1559
Cân nặng (kg)	5,09	4,2 (3,3-7)	1,7	14
Thời gian cấp ĐMC (phút)	101,6	95 (78-124)	27	252
Thời gian THNCT (phút)	143,9	141 (118-165)	47	427
Thời gian thở máy (giờ)	96,06	60 (38-103)	5	760
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	6,05	5 (3-7)	2	32
Thời gian nằm viện (ngày)	19,1	16 (12-23)	3	74

Bảng 2. Phân loại tim bẩm sinh của đối tượng nghiên cứu

Loại tim bẩm sinh	n	%
Tứ chứng Fallot	61	28,77
Đảo gốc động mạch	50	23,58
Bất thường tĩnh mạch phổi	21	9,91
Thất phải hai đường ra	21	9,91
Thông liên thất, thông liên nhĩ	18	8,49
Thông liên thất+ hẹp eo, thiếu sản, gián đoạn quai	17	8,02
Thông thất teo phổi	9	4,25
Khác	15	7,08

Bảng 3. Phân bố nồng độ của NT-proBNP theo thời gian

Thời gian	(T0)	(T1)	(T2)	(T3)	(T4)	p
Mean	1308,3	971,4	2133,4	1694,03	1476,6	0,0005
Trung vị (khoảng tứ phân vị)	327,9 (42,5-151,5)	276,15 (52,06-1195)	1393 (718,3-2521)	932,6 (528,3-1905)	979 (509-1752)	
Min	2,65	4,42	155	116	147,3	
Max	15990	11303	15240	17014	11843	

Bảng 4. Khả năng dự đoán HCCLTT của NT-proBNP các thời điểm

Thời điểm	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %	AUC %	Điểm cắt (pg/ml)
NT-proBNP (T0)	0,73	0,64	0,68	450
NT-proBNP (T1)	0,6	0,7	0,698	591
NT-proBNP (T2)	0,88	0,72	0,866	1562
NT-proBNP (T3)	0,6	0,91	0,76	2126
NT-proBNP (T4)	0,66	0,76	0,71	1160

Nhận xét: - Ở thời điểm trước mổ, NT-proBNP tại T0 có khả năng dự đoán HCCLTT của với điểm cắt 450 pg/ml, độ nhạy 0,73 độ đặc hiệu 0,64 diện tích dưới đường cong là 0,68

- Ở thời điểm sau mổ, nồng độ NT-proBNP các thời điểm đều có khả năng dự đoán HCCLTT nhưng thời điểm T2 có khả năng dự đoán cao nhất với AUC=0,866.

Bảng 5. Phân tích đơn biến các yếu tố tiên lượng đến HCCLTT

Yếu tố	HCCLTT		
	Không n(%)	Có n(%)	p
Tuổi ≤6 tháng	87(57,62%)	45(77,59%)	0,0007
Cân nặng < 5kg	80(52,98%)	38(65,52%)	0,1
Rachs-1 ≥4	39(25,83%)	23(39,66%)	0,05
Suy tim trước mổ	57(37,75%)	43(74,14%)	0,0000
Thời gian THNCT ≥146 phút	58(38,41%)	37(63,79%)	0,001
Thời gian cấp ĐMC ≥142 phút	15(9,93%)	15(25,86%)	0,003
Lactate tại T2 ≥ 2,25 mmol/l	36(23,84%)	44(75,86%)	0,0000
NT-proBNP tại T2 ≥1562 pg/ml	45(29,8%)	51(87,93%)	0,0000
Troponin I tại T2 ≥24 ng/ml	48(31,71%)	30(51,72%)	0,008
Glucose tại T2 ≥11 mmol/l	27(17,88%)	31(53,45%)	0,000
Rối loạn nhịp sau phẫu thuật	26(17,33%)	22(40%)	0,001
EF sau phẫu thuật <50%	1(0,66)	19(32,76%)	0,000

Nhận xét: - Một số yếu tố lâm sàng như tuổi dưới 6 tháng, rối loạn nhịp, chỉ số EF sau mổ dưới 50 % là những yếu tố nguy cơ của HCCLTT sau phẫu thuật với $p < 0,001$

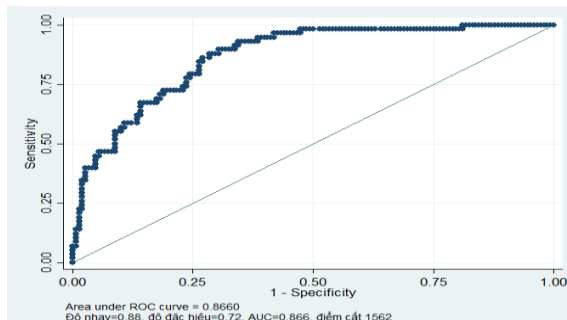
- Thời gian THNCT, thời gian cấp ĐMC, thời gian phẫu thuật trên các giá trị điểm cắt dự đoán HCCLTT là những yếu tố nguy cơ của HCCLTT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

- Một số chỉ số hóa sinh: NT-proBNP $T_2 > 1562$ pg/ml, lactat $T_2 > 2,25$ mmol/ml. Glucose $T_2 > 11$ và troponin I $T_2 > 24$ ng/ml là những yếu tố nguy cơ của HCCLTT với $p < 0,001$.

Bảng 6. Hồi quy đa biến các yếu tố tiên lượng của HCCLTT

Yếu tố	OR(95%CI)	P
NT-proBNP thời điểm T2 >1562pg/ml	12,18(4,29-34,50)	0,000
TroponinI thời điểm T2 >26 ng/ml	2,97(1,12-7,87)	0,02
Lactat ở thời điểm T2 >2,25 mmol/l	8,78(3,24-23,77)	0,000
Glucose thời điểm T2 >11 mmol/l	2,57(0,98-6,77)	0,01
EF sau phẫu thuật <50%	0,009(0,002-0,034)	0,001

Nhận xét: Phân tích hồi quy đa biến logistic các yếu tố nguy cơ của HCCLTT sau phẫu thuật cho thấy NT-proBNP tại $T_2 > 1562$ pg/ml, TroponinI $T_2 > 26$ ng/ml, lactat tại $T_2 > 2,25$ mmol/ml, glucose tại $T_2 > 11$ mmol/ml và chỉ số EF sau phẫu thuật <50% là những yếu tố tiên lượng HCCLTT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

**Biểu đồ 1. Giá trị dự đoán HCCLTT của NT-proBNP tại T2**

Nhận xét: Khả năng dự đoán HCCLTT của NT-proBNP tại T2 với điểm cắt 1562pg/ml có độ nhạy 0,88 độ đặc hiệu 0,72 diện tích dưới đường cong là 0,866.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này tuổi trung bình là 180 ngày, có 22,64% BN nằm trong độ tuổi sơ sinh, 83,49% bệnh nhân dưới 12 tháng. Có 56,6% bệnh nhân dưới 5 kg, đặc biệt bệnh nhân có cân nặng thấp nhất là 1.7kg, 5 ngày tuổi được sửa

chữa đảo gốc động mạch. Có 48/80 bệnh nhân tim bẩm sinh tím sớm (chiếm 60%) bao gồm những bệnh phức tạp như đảo gốc động mạch, bất thường tĩnh mạch phổi hoàn toàn có tắc nghẽn, taussigbing, thiếu sản tim trái, Fallo4...

Phẫu thuật tim với tuần hoàn ngoài cơ thể là một quá trình không sinh lý, tổn thương cơ tim là do sự can thiệp của phẫu thuật, bảo vệ cơ tim không tốt trong thời gian cấp chủ và thời điểm tái tưới máu, do tình trạng đáp ứng viêm hệ thống sau phẫu thuật [2],[3],[5]. Để đánh giá mức độ tổn thương cơ tim, tình trạng suy tim sau phẫu thuật người ta có thể dựa vào một số dấu ấn sinh học của tim.

Trong nghiên cứu này chúng tôi có đánh giá nồng độ của NT-proBNP để tìm hiểu khả năng dự đoán HCCLTT. Nồng độ NT-proBNP trước phẫu thuật là 1308,3 pg/ml đạt ngưỡng cao nhất ở thời điểm T2 khoảng sau 12 giờ sau phẫu thuật là 2133,4 pg/ml, sau đó giảm dần ở thời điểm T3,T4. Sự thay đổi nồng độ giữa các thời điểm có sự khác biệt ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi chúng tôi xét khả năng dự đoán HCCLTT của

NT-proBNP ở mỗi thời điểm thấy rằng ở thời điểm T2 (sau 12 giờ sau phẫu thuật) thì khả năng dự đoán HCCLTT cho kết quả tốt nhất với điểm cắt 1562 pg/ml, độ nhạy 0,88, độ đặc hiệu 0,72, diện tích dưới đường cong AUC 0,866 (bảng 4 và biểu đồ 1). Ở thời điểm trước PT nồng độ NT-proBNP > 450pg/ml có khả năng dự đoán HCCLTT với độ nhạy 0,73, độ đặc hiệu 0,64, diện tích dưới đường cong 0,68. ở thời điểm T3 và T4 có diện tích dưới đường cong AUC lần lượt là 0,76 và 0,71 tuy nhiên là những thời điểm muộn ít có ý nghĩa thực tiễn lâm sàng. Nghiên cứu về phân tầng nguy cơ của các yếu tố viêm, NT-proBNP, Troponin I ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị mắc bệnh tim bẩm sinh được phẫu thuật của tác giả Fabio Camona cho thấy NT-proBNP trước phẫu thuật > 455 fmol/ml có khả năng dự đoán HCCLTT với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 68% [1]. Tamass Breuer nghiên cứu mối quan hệ giữa peptid thải natri niệu và tình trạng huyết động sau phẫu thuật tim bẩm sinh ở trẻ em dưới 1 tuổi thấy rằng nồng độ đỉnh của NT-proBNP ở thời điểm 24 giờ sau mổ > 2051 có khả năng dự đoán cung lượng tim thấp với chỉ số tim CI < 3 l/m²/h với độ nhạy 0,79, độ đặc hiệu 0,95, diện tích dưới đường cong AUC 0,87 [3]. Khi tác giả nghiên cứu mối tương quan của nồng độ đỉnh của NT-proBNP với chỉ số tim ở 8 bệnh nhân đảo gốc động mạch sau phẫu thuật tim mở sửa toàn bộ cũng cho thấy có mối tương quan nghịch biến giữa nồng độ NT-proBNP đỉnh 12 giờ sau mổ với chỉ số tim (CI) với $r = -0,47$, $p = 0,03$. Tác giả đã đưa ra kết luận nồng độ NT-proBNP là một chỉ số đáng tin cậy của tình trạng huyết động và HCCLTT sau phẫu thuật tim [2].

HCCLTT thường gặp trong khoảng thời gian sau 12 giờ sau phẫu thuật và tiến triển trong vòng 48 giờ. Có nhiều yếu tố nguy cơ trước, trong và sau phẫu thuật của HCCLTT, những yếu tố nguy cơ này có thể giúp tiên lượng sớm HCCLTT và kết quả điều trị. Xuất phát từ lý do này chúng tôi tiến hành phân tích đơn biến một số yếu tố tiên lượng HCCLTT từ đó chạy mô hình hồi quy đa biến tìm yếu tố có khả năng dự đoán độc lập với HCCLTT sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu từ bảng 5 và 6 cho thấy: nồng độ NT-proBNP thời điểm T2 > 1562 pg/ml với OR = 12,18 (95%CI 4,29-34,5, $p = 0,000$; troponin I T2 > 26 ng/ml với OR = 2,97 (95%CI 1,12-7,87), $p = 0,02$; lactat ở thời điểm T2 > 2,25 mmol/l với OR 8,78 (95%CI 3,24-23,77), $p = 0,000$; glucose thời điểm T2 > 11mmol/l với OR = 2,57 (0,98-6,77), $p = 0,01$; EF thất trái sau mổ < 50% với OR = 0,009 (95%CI 0,002-0,034), $p = 0,001$ là những

yếu tố tiên lượng độc lập của HCCLTT. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy những kết quả tương đồng. Nghiên cứu của tác giả Fabio Camona về phân tầng nguy cơ của HCCLTT cho thấy tuổi phẫu thuật dưới 6 tháng, cân nặng dưới 4 kg, thời gian THNCT trên 90 phút, NT-proBNP trước mổ > 455fmol/ml NT-proBNP 4 giờ sau mổ > 470fmol/ml, lactat 4h sau mổ > 2,2 mmol/l và một số các yếu tố viêm khác là những yếu tố nguy cơ có khả năng dự đoán HCCLTT. Khi tác giả phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic thấy rằng NT-proBNP > 455fmol/ml là yếu tố độc lập dự đoán HCCLTT với OR = 8,1 (95% CI 1-65,4), $p = 0,04$ [1].

V. KẾT LUẬN

Nồng độ NT-proBNP thời điểm sau 12 giờ sau PT > 1562 pg/ml có khả năng dự đoán HCCLTT cao nhất trong các thời điểm với độ nhạy 0,88; độ đặc hiệu 0,72, AUC 0,866. Là yếu tố độc lập trong tiên đoán HCCLTT với OR 12,18 (95%CI 4,29-34,5), $p = 0,000$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carmona F, Manso PH, Vicente WV, et al. (2008).** "Risk stratification in neonates and infants submitted to cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: a multimarker approach combining inflammatory mediators, N-terminal pro-B-type natriuretic peptide and troponin I". *Cytokine*; Vol 42 pp 317-24.
2. **Breuer T, Sági E, Skoumal R, et al. (2007).** "N-terminal pro-brain natriuretic peptide level inversely correlates with cardiac index after arterial switch operation in neonates". *Pediatric Anesthesia* Vol 17 pp 782-8.
3. **Andrea Székely, Tamás Breuer and Béla Merkely (2012).** "Relationship Between Natriuretic Peptides and Hemodynamic Parameters Following Heart Surgery in Infancy". *Perioperative Considerations in Cardiac Surgery* pp 326-338, Prof. Cuneyt Narin (Ed.), ISBN: 978-953-51-0147-5.
4. **Walsh R, Boyer C, LaCorte J, et al (2008).** "N-terminal B-type natriuretic peptide levels in pediatrics with congestive heart failure undergoing cardiac surgery". *J Thorac Cardiovasc Surg*, 135:98-105.
5. **Gessler P, Knirsch W, Schmitt B, et al. (2006).** "Prognostic value of plasma n-terminal pro-brain natriuretic peptide in children with congenital heart defects and open-heart surgery". *J Pediatr*; 148:372-6.
6. **Gaies M.G, Gurney J.G, Yen A.H. et al (2010).** "Vasoactive-inotropic score as a predictor of morbidity and mortality in infants after cardiopulmonary bypass". *Pediatr Crit Care Med*, 11(2), 234-8.
7. **Maria Rosa Perez-Piaya, Elena Abarca, Virginia Soler, et al (2011).** "Levels of N-terminal-pro-brain natriuretic peptide in congenital heart disease surgery and its value as a predictive biomarker" *Interactive Cardio Vascular and Thoracic Surgery* 12, 461-466.

GÓP PHẦN NGHIÊN CỨU VỀ U VÙNG NỀN SÀN SỌ TRƯỚC BÊN TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Hạnh Uyên*, Trần Anh Bích*, Hoàng Bá Dũng*,
Trần Minh Trí*, Trần Minh Trường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, và hướng xử trí trên những bệnh nhân có u sàn sọ trước bên tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh Viện Chợ Rẫy. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên những bệnh nhân có chẩn đoán tổn thương tại hố thái dương và dưới thái dương được điều trị tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh Viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** 10 trường hợp bệnh nhân có chẩn đoán tổn thương tại hố thái dương và dưới thái dương: 02 trường hợp là carcinoma tế bào gai tuyến, 02 trường hợp u đại bào xương, 02 trường hợp Schwannoma, 01 cholesteatoma, 02 trường hợp là u nguyên bào men răng, 01 trường hợp u xơ vòm. Các triệu chứng không rõ ràng, đa phần là triệu chứng mượn đường thể hiện như nuốt vướng, đau đầu. Các triệu chứng khác như chảy máu mũi, chảy dịch tai, liệt mắt, tê mặt thường rất hiếm gặp. Điều trị đã lấy được khối u, tiếp tục xạ trị với những trường hợp u ác tính. **Kết luận:** Khối u vùng sàn sọ trước bên rất phức tạp và đa dạng. Phẫu thuật khó, đòi hỏi phải nắm vững giải phẫu bệnh lý và kết hợp các chuyên khoa khác và tại mũi họng. Nhiều trường hợp, việc phẫu thuật mang lại kết quả tốt về lấy u và tiên lượng sống còn

Từ khóa: u sàn sọ trước bên

SUMMARY

REVIEWING CASE - SERIES OF ANTEROLATERAL SKULL BASE LESION AT ENT DEPARTMENT OF CHO RAY HOSPITAL

Objective: Reviewing the clinical symptoms, diagnostic imaging, and treatment for patients with tumors at anterolateral skull base at ENT Department of Cho Ray Hospital. **Methods:** Cross-sectional study undertaken at ENT Department of Cho Ray Hospital from 10 patients with tumors at anterolateral skull base were enrolled in the study. **Results:** Tumors of anterolateral skull base in our study includes: 02 case of squamous cell carcinoma, 02 case giant cell tumor, 02 case Schwannoma, 02 ameloblastoma, 01 case of recurrent juvenile angiofibroma, 01 case of cholesteatoma. Clinical symptoms is insidious and very difficult to detect. Patients usually present with dysphagia, headache. Epistaxis, otorrhea, facial pain, paresis or paralysis is rarely seen. The treatment is the surgery, radiotherapy for malignant tumor. **Conclusion:** Tumor in this area is very difficult to make biopsy. Because the anatomy of this area is very

deep, well – concealed and closely related to another important structure such as ICA, cavernous sinus, cranial nerves... Several surgical approaches have been developed recent years. According to the extension of the tumor and histopathology of the tumor, the way of approaches need to be considered wisely and cooperate with other department like neurosurgeon to make a radical tumor excision.

Key words: anterolateral skull base.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật sàn sọ trước bên là những phẫu thuật tiếp cận khối u ở sàn sọ từ đường bên. Đường phẫu thuật kinh điển để tiếp cận khối u vùng sàn sọ bên được sáng tạo bởi Ugo Fisch tại Zurich vào năm 1977. Đây là đường phẫu thuật cơ bản để tiếp cận vùng sàn sọ dưới bên. Những đường phẫu thuật này có thể là những đường tiếp cận trước từ khu vực trán - ổ mắt, từ phía sau qua vùng sọ giữa (đường đi trong sọ), hay đi qua khu vực hố dưới thái dương (ngoài sọ), nhưng không đi xuyên qua xương thái dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.
- Phương tiện nghiên cứu: thu thập các số liệu từ hồ sơ bệnh án, theo mẫu khảo sát chuẩn, thực hiện bởi nhóm nghiên cứu.

2.2 Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân có bệnh lý u sàn sọ bên tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2017 đến tháng 3/2019.

2.3 Nội dung nghiên cứu: chúng tôi khảo sát những yếu tố sau

- Giới tính, tuổi
- Thời gian phát hiện bệnh
- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng
- Phương pháp điều trị (phẫu thuật, xạ trị)

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Giới: Nam giới là 05 trường hợp (50%), nữ giới có 05 trường hợp (50%).

3.2 Tuổi: tuổi nhỏ nhất 16, tuổi lớn nhất 55.

3.3 Bệnh cảnh lâm sàng

Triệu chứng thực thể (bảng 1)

Triệu chứng	Số ca (%)
Đau đầu	06
Chảy mũi tai	02
Nuốt vướng	05

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hạnh Uyên

Email: uyenent@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.1.2019

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2019

Ngày duyệt bài: 8.3.2019

Chảy máu mũi	01
Sưng đau, tê nửa mặt	01
Liệt mặt	01

Triệu chứng thăm khám lâm sàng (bảng 2)

Triệu chứng	Số ca (%)
Khối u vùng họng miệng	02
Khối u ở nửa bên mặt	01
Không có triệu chứng	06

3.4 Chẩn đoán hình ảnh học: Tất cả các bệnh nhân đều được chụp CT Scan và MRI. Kết quả cho thấy tất cả đều có huỷ xương sàn sọ và xâm lấn vào nội sọ, 02 trường hợp xâm lấn vào khớp thái dương hàm

Đặc điểm hình ảnh CT (bảng 3)

Đặc điểm hình ảnh CT	Số ca
Không tổn thương xương nền sọ	0
Bào mòn, huỷ xương, gãy khuyết xương nền sọ	9 (100%)
Xâm lấn vào các cấu trúc lân cận (khớp thái dương hàm...)	2

Đặc điểm hình ảnh MRI (bảng 4)

Đặc điểm hình ảnh MRI	Số ca
Chưa xâm lấn màng não	01
Xâm lấn màng não	08
Xâm lấn qua màng não	01

3.5 Kết quả Giải Phẫu bệnh (bảng 5)

Bệnh học	Số ca
Carcinoma tế bào gai, tuyến	2
U đại bào xương (Giant cell tumor)	2
Cholesteatoma	1
U nguyên bào men răng	2
U xơ vòm tái phát	1
Schwannoma	2

3.6 Điều trị và biến chứng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đã được phẫu thuật để lấy khối u. 90% sử dụng phẫu thuật đường mổ xuyên trán – thái dương – gò má, 10% sử dụng phẫu thuật xuyên xoang hàm. Sau mổ, bệnh nhân được điều trị nội khoa. Các biến chứng sau mổ như chảy máu, liệt mặt không ghi nhận. Có 1 trường hợp chảy dịch não tủy và được đặt dẫn lưu dịch não tủy thắt lưng 5 – 7 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Giải phẫu vùng sàn sọ là một trong những khu vực giải phẫu khó khăn nhất của người. Do vùng này nằm sâu và nằm gần các cấu trúc mạch máu và thần kinh quan trọng như: tuyến mang tai, dây thần kinh VII, IX, X và XII, dây thần kinh giao cảm, tĩnh mạch cảnh, động mạch cảnh. Các khối u sàn sọ trước bên thường xuất phát tại chỗ hoặc do sự xâm lấn từ những cấu trúc xung quanh như mũi xoang, tuyến mang tai^[2]. Những tổn thương do di căn rất hiếm gặp. Sinh thiết và phẫu thuật những khối u này gặp

rất nhiều khó khăn và thử thách. Do đó, lựa chọn các đường phẫu thuật để tiếp cận khối rất quan trọng.

Đặc điểm dịch tễ học: Về giới tính, không có sự chênh lệch rõ ràng giữa nam và nữ ở các trường hợp bệnh. Nhưng tỷ lệ mắc bệnh tập trung ở nhóm tuổi trung niên 40-60, có duy nhất 1 trường hợp bệnh nhân 16 tuổi với chẩn đoán u xơ vòm tái phát. Như vậy, u sàn sọ trước có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu là ở độ tuổi trung niên.

Triệu chứng: Theo bảng 2 và 3, triệu chứng thường gặp nhất trên những bệnh nhân có khối u sàn sọ trước bên là đau vùng đầu mặt (60%), nuốt vướng (50%) Nhưng phần lớn, không có phát hiện bất thường khi khám lâm sàng (60%). 02 trường hợp phát hiện được khối u đẩy phồng thành bên họng do khối u đã xâm lấn vào khoang bên họng. Chảy mủ tai thường gặp trong những trường hợp khối u đã xâm lấn vào xương thái dương hay ống tai.

Đối với 2 trường hợp u men răng, đây là loại u rất dễ tái phát, 2 bệnh nhân đều đã được mổ trước đó, nhưng bệnh lý vẫn tái phát, gây tổn thương và biến dạng mặt, nên có chỉ định phẫu thuật tiếp tục. Chúng tôi đã cố gắng lấy hết các mô bệnh, và nâng lên của xương hàm. Việc lấy bỏ các tổn thương này có làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ của người bệnh và chúng tôi vẫn đang tiếp tục theo dõi để có thể phát hiện sớm những khối u này nếu có tái phát.

Ung thư ở vùng sàn sọ bên thường ít gặp trong y văn nhưng đa phần là những ung thư có nguồn gốc phát triển từ mũi xoang, vòm mũi họng và di căn từ những chỗ khác. Có 1 trường hợp chúng tôi đã gặp trên lâm sàng là di căn từ tuyến tiền liệt. Nhưng sau đó đã được điều trị bằng xạ trị và nội tiết tố. Có 2 trường hợp sau khi mổ, bệnh nhân đã được tiếp tục xạ trị tại khoa ung bướu.

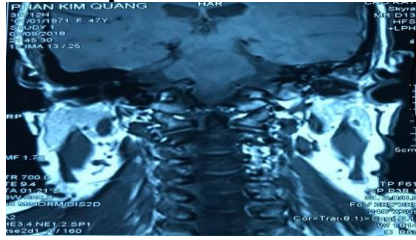


Hình 1: bệnh liệt mặt phải, khối u nửa mặt Phải

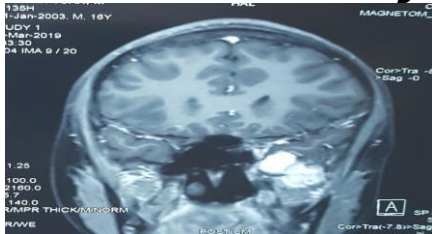
Tỉ lệ phần trăm hiện diện các triệu chứng khác nhau tùy vào từng nghiên cứu. Các triệu chứng của khối u sàn sọ trước bên thường không có triệu chứng rõ ràng, chủ yếu là triệu chứng mưng ở vùng đầu mặt và họng như nuốt

vướng, khối u ở vùng họng miệng, thay đổi giọng nói. Do khối u thường nằm ở vị trí sâu nên rất khó để phát hiện bằng thăm khám lâm sàng bình thường. Người bệnh thường phát hiện ra bệnh một cách tình cờ hoặc sau khi đi chụp phim do những bệnh lý khác [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 trường hợp bệnh nhân đã được mổ nhiều lần, cắt cả xương hàm dưới nhưng khối u tại vùng sàn sọ vẫn chưa được lấy hoàn toàn, và vẫn tái phát.

Hình ảnh học:



Hình 2: Khối u xâm lấn vào màng não



Hình 3: Khối u xâm lấn qua màng não, không còn rõ ràng ranh giới của màng não

CT Scan và MRI góp phần giúp chẩn đoán tương đối chính xác các nguyên nhân để định hướng kế hoạch điều trị thích hợp. Qua hình ảnh CT-Scan cho thấy tổn thương bào mòn hay huỷ xương nền sọ hoặc xương lân cận nền sọ. Tất cả các trường hợp nghiên cứu (100%) đều có vào mòn hoặc huỷ xương nền sọ trước bên, 2 ca huỷ một phần của xương thái dương, 1 trường hợp xâm lấn vào khớp thái dương hàm 1 bên. Nếu trên CT-Scan có dấu hiệu huỷ xương, chúng tôi sẽ tiến hành chụp MRI cho bệnh nhân để đánh giá sự xâm lấn của khối u.

Hình ảnh trên MRI trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có thể xác định khối u chưa xâm lấn vào màng não là 10%, dính vào màng não là 80% hoặc xâm lấn qua màng não là 10%. Không có trường hợp nào xâm lấn vào các cấu trúc xoang hang, động mạch cảnh. 1 trường hợp u xơ vòm cần phải được chụp tắc mạch để tắc mạch.

Qua hình ảnh CT-Scan cho thấy tổn thương bào mòn hay huỷ xương nền sọ hoặc xương lân cận nền sọ. Hình ảnh CT Scan cho thấy rõ giới hạn giữa khối u với các cấu trúc quan trọng xung quanh và cho cung cấp chi tiết về xương hơn cả MRI trong việc xác định sự ăn mòn xương của

nền sọ trước bên và các cấu trúc nền sọ lân cận. CT – Scan với lát mỏng 1mm có bơm thuốc cản quang có thể đánh giá được tình trạng mạch máu nuôi u và tình trạng khối u bắt thuốc tương phản phản ánh mật độ mạch máu trong u, giúp phẫu thuật viên tiên lượng u giàu mạch máu hoặc ít mạch máu cung cấp [7].

MRI cung cấp chi tiết các cấu trúc mô mềm nhiều hơn so với CT và hỗ trợ thêm cho CT -Scan. Tuy nhiên, MRI có giá trị trong việc xác định xâm lấn màng não hay xâm lấn qua màng não.

Giải phẫu bệnh: Các khối u vùng sàn sọ trước bên thường xuất phát từ những biểu mô tại chỗ, hay xâm lấn từ các vùng lân cận như tuyến mang tai. Phần lớn các khối u này là lành tính (65 – 75%), và xuất phát từ tuyến nước bọt chiếm 40 – 50% [1]. Còn lại là các khối u thần kinh (20%) và các dạng khác (20%)[1]. Các khối u do di căn thường rất hiếm gặp. Kết quả giải phẫu bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần là ung thư lành tính, và có 2 trường hợp u đại bào xương rất hiếm gặp.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, 2 ca là ung thư tế bào gai dạng tuyến, 2 u đại bào xương, 1 u xơ vòm, 2 u nguyên bào men răng, 2 trường hợp schwannoma. Các cấu trúc mô học khác nhau ở vùng nền sọ nên có một sự đa dạng khác nhau về mặt bệnh học. Ví dụ như niêm mạc vùng biểu mô gai bao phủ toàn bộ vùng mũi miệng, hay những mô vùng khuỷu giác là biểu mô khuỷu. Bên dưới các biểu mô này là biểu mô tuyến nhày, hạch bạch huyết và dây thần kinh ngoại biên và các lớp mô đệm. Bên trong sọ, vùng tuyến yên nằm ở vị trí trung tâm, được bao bọc bởi màng não, các mô não myelin hoặc không myelin hoá. Điều này giải thích được sự khác nhau của các bệnh lý.

Về vấn đề sinh thiết của khối u, việc xác định mô bệnh lý của khối u tại vùng sàn sọ bên có vai trò rất quan trọng vì sẽ giúp chúng ta có thể chọn lựa đường mổ, phương án điều trị phối hợp tốt nhất để đảm bảo cho an toàn của người bệnh. Nếu có thể sinh thiết được các mô này là tốt nhất, tuy nhiên, do các khối u thường nằm rất sâu, và có liên quan đến các cơ quan mạch máu, thần kinh, nên rất khó để sinh thiết. Sau khi chụp phim để loại trừ khối u có liên quan đến mạch máu, chúng tôi quyết định phương pháp mổ để lấy u và sinh thiết khối u thích hợp hơn.

Điều trị và biến chứng: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều đồng ý mổ để lấy khối u. Các đường phẫu thuật phải được chọn lựa cẩn thận để tiếp cận do vị trí của khối u nằm sâu, gần các cấu trúc giải phẫu quan trọng và bị che lấp xung quanh bởi các khối

xương^[3]. Đường phẫu thuật được chúng tôi lựa chọn dựa theo vị trí của khối u, sự tương quan với các dây thần kinh, mạch máu quan trọng và độ ác tính của khối u. Do phẫu thuật ở những vị trí sâu như vùng sàn sọ hay vùng mũi họng, ngoài đường mổ hở, chúng tôi còn sử dụng kết hợp với nội soi để có thể nhìn rõ các vị trí có liên quan đến khối u, hoặc xử lý các mạch máu, thần kinh liên quan đến khối u. Đặc biệt là khi mổ kết hợp để giải quyết các khối u sàn sọ bên qua đường mổ bên và xuyên xương hàm.



Hình 4: đường mổ xuyên trán-thái dương -gò má

V. KẾT LUẬN

Những bệnh nhân có khối u sàn sọ trước bên thường không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng. Thường là những triệu chứng mơ hồ như nuốt vướng, đau đầu. Vị trí của những khối u thường nằm sâu, gần những mạch máu, thần kinh quan trọng. CT-Scan và MRI đóng vai trò quan trọng trong việc xác định vị trí của khối u, độ hủy xương và ăn mòn xương sàn sọ. Do vị trí của khối u nằm sâu, gần các cấu trúc giải phẫu quan

trọng và bị che lấp xung quanh bởi các khối xương. Cần phải lựa chọn đường phẫu thuật tiếp cận khối u phù hợp để có thể lấy trọn khối u, và làm ít ảnh hưởng đến các cấu trúc mạch máu, thần kinh quan trọng xung quanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Papadogeorgakis N, Petsinis V, Goutzanis L, Kostakis G and Alexandridis C: Parapharyngeal space tumors: Surgical approaches in a series of 13 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 39: 243-250, 2010.
2. Betka J, Chovanec M, Kłozar J, Taudy M, Plzák J, Kodetová D and Lisý J: Transoral and combined transoral-transcervical approach in the surgery of parapharyngeal tumors. Eur Arch Otorhinolaryngol 267: 765-772, 2010.
3. Khafif A, Segev Y, Kaplan DM, Gil Z and Fliss DM: Surgical management of parapharyngeal space tumors: A 10-year review. Otolaryngol Head Neck Surg 132: 401-406, 2005.
4. Reid LB, Wong DS and Lyons B: Chondroblastoma of the temporal bone: A case series, review, and suggested management strategy. Skull Base Rep 1: 71-82, 2011.
5. Maire JP, Eimer S, San Galli F, Franco-Vidal V, Galland-Girodet S, Huchet A and Darrouzet V: Inflammatory myofibroblastic tumour of the skull base. Case Rep Otolaryngol 2013: 103646, 2013.
6. Cassoni A, Terenzi V, Della Monaca M, Bartoli D, Battisti A, Rajabtorik Zadeh O and Valentini V: Parapharyngeal space benign tumours: Our experience. J Craniomaxillofac Surg 42: 101-105, 2014.
7. Jiang ZY, Allen K, Kutz JW Jr and Isaacson B: Clinical impact of early CT scans after lateral skull-base surgery. Otolaryngol Head Neck Surg 149: 786-788, 2013.

KẾT QUẢ BA NĂM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TẮC MẠCH HÓA DẦU VÀ TẮC MẠCH HÓA SỬ DỤNG HẠT VI CẦU DC-BEADS

Phạm Trung Dũng¹, Nguyễn Quang Duật¹, Vũ Văn Khiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh về hiệu quả điều trị và tác dụng phụ của tắc mạch hóa dầu (TACE) và tắc mạch hóa dầu sử dụng hạt vi cầu (DEB-TACE) ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 280 bệnh nhân UTBMTBG chia thành 2 nhóm điều trị: TACE (n= 121) và DEB-TACE (n = 159). Thông số đánh giá sau điều trị: kích thước khối u, nồng độ AFP huyết thanh, thời gian

sống và tác dụng phụ. **Kết quả:** Giảm kích thước khối u sau 1-3 tháng nhóm TACE là 26,4% và nhóm DEB-TACE là 40,2%, sự khác nhau có ý nghĩa (p= 0,048). Giảm nồng độ AFP huyết thanh nhóm TACE là 36,7%, nhóm DEB-TACE là 50,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p= 0,002). Thời gian sống thêm trung bình nhóm TACE là 17,1 ± 1,3 (tháng), nhóm DEB-TACE là 21,6 ± 1,3 (tháng), sự khác nhau có ý nghĩa ($\chi^2= 7,1$, p= 0,008). Các tác dụng phụ: Đau vùng gan, sốt, mệt mỏi nôn-buồn nôn cho nhóm TACE tương ứng là (73,7%; 30,9%; 42,5%, 2,0%), cho nhóm DEB-TACE tương ứng là: 81,6%; 18,7%, 28,2%; 3,0%. **Kết luận:** Tắc mạch hóa dầu sử dụng vi cầu (DEB-TACE) có hiệu quả điều trị tốt hơn so với tắc mạch truyền thống (TACE). Tuy nhiên, tác dụng phụ của 2 nhóm còn trái ngược nhau.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, tắc mạch hóa dầu, tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu.

¹Bộ môn Nội Tiêu hóa-Học viện Quân Y

²Bộ môn Nội Tiêu hóa-Viện NCKH Y-Dược lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trung Dũng

Email: phamtrungdung82@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.1.2019

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2019

Ngày duyệt bài: 8.3.2019

SUMMARY**RESULTS OF THREE YEAR OF TREATMENT FOR PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA BY TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION (TACE) AND TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION USING DRUG- LOADED MICROSPHERES DC-BEADS (DEB-TACE)**

Aims: Comparison of treatment efficacy and side effects of TACE and DEB-TACE for patient with hepatocellular carcinoma (HCC). **Subjects and methods:** 280 HCC patients divided into 2 treatment groups: TACE (n = 121) and DEB-TACE (n = 159). Evaluation parameters after treatment: tumor size, serum AFP concentration, survival time and side effects. **Results:** Tumor size reduction after 1-3 months TACE group was 26.4% and DEB-TACE group was 40.2%, significant differences (p = 0.048). Decreasing serum AFP level of TACE group was 36.7%, DEB-TACE group was 50.2%, significant differences (p = 0.0002). Average survival time of TACE group was 17.1 ± 1.3 (month), DEB-TACE group was 21.6 ± 1.3 (month), significant differences ($\chi^2=7.1$, p= 0,008). (p = 0.0002). Side effects: Pain in the liver, fever, fatigue and nausea-nausea for the TACE group were respectively (73.7%; 30.9%; 42.5%, 2.0%), for DEB-TACE group respectively: 81.6%, 18.7%, 28.2%; 3.0%. **Conclusion:** Drug-eluting bead transarterial chemoembolization (DEB-TACE) has a better therapeutic effect than traditional embolization (TACE). However, the side effects of the 2 groups are still contradictory.

Keywords: Hepatocellular carcinoma (HCC), Transarterial Chemoembolization (TACE), Drug-eluting bead transarterial chemoembolization (DEB-TACE).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là loại ung thư thường gặp, chiếm khoảng 95% các khối u gan ác tính. Trên thế giới, UTBMTBG đứng hàng thứ 6 (tại Việt Nam đứng hàng thứ 5) các loại ung thư ác tính và đứng thứ 3 gây tử vong do ung thư [1], [2]. Tiên lượng xấu với tỉ lệ sống 5 năm 5% [3]. Năm 2002, hóa tắc mạch qua đường động mạch gan đã được chấp nhận rộng rãi như một phương pháp điều trị tạm thời cơ bản cho bệnh nhân UTBMTBG không còn chỉ định phẫu thuật. Phương pháp tắc mạch hóa dầu (TACE) được định nghĩa là tiêm thuốc chống ung thư vào động mạch gan có hoặc không có Lipiodol, tiếp sau là gây tắc mạch nuôi khối u. Phương pháp tắc mạch sử dụng hạt vi cầu tải hóa chất (DEB-TACE) được phát triển trên cơ sở kỹ thuật hóa tắc mạch truyền thống, với việc sử dụng các hạt vi cầu với hai vai trò vật liệu gây tắc mạch và chất mang hóa chất giải phóng hóa chất một cách bền vững cho phép duy trì nồng độ hóa chất cao và lâu dài hơn trong khối u và giảm nồng độ thuốc ở vòng tuần hoàn chung.

Tại Việt Nam, phương pháp tắc mạch hóa dầu đã thực hiện tại hầu hết các cơ sở can thiệp mạch, phương pháp tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu mới chỉ thực hiện được ở một số trung tâm can thiệp mạch lớn ở Việt Nam. Việc so sánh về hiệu quả điều trị và tác dụng phụ không mong muốn của hai phương pháp này vẫn chưa được nghiên cứu đồng bộ. Do vậy, đề tài nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu sau:

- *Đánh giá kết quả điều trị UTBMTBG bằng kỹ thuật TACE và DEB-TACE.*

- *Đánh độ an toàn của hai phương pháp điều trị: TACE và DEB-TACE.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 280 bệnh nhân bị UTBMTBG chia thành 2 nhóm: TACE (n = 121) và DEB-TACE (n = 159), được thực hiện tại khoa Nội tiêu hóa - Bệnh viện 103 (Học viện Quân Y) và khoa Nội Tiêu hóa - Bệnh viện TƯQĐ 108, từ 5/2014 đến 12/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

*Chẩn đoán UTBMTBG dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- *Kết quả mô bệnh học: UTBMTBG.*

- *Hoặc dựa trên chẩn đoán hình ảnh có khối u gan và nồng độ AFP huyết thanh > 400 ng/ml.*

***Tiêu chuẩn điều trị TACE và DEB-TACE**

- Chẩn đoán xác định: UTBMTBG

- Chức năng gan còn tốt: Child-Pugh A hoặc Child-Pugh B

- Không có huyết khối tĩnh mạch cửa

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Xơ gan Child-Pugh C, ECOG 3-4 điểm. Có di căn ngoài gan, có huyết khối tĩnh mạch cửa. Đang chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Rối loạn đông máu: tỉ lệ Prothrombin <60%; Tiểu cầu <50G/l. Có bệnh nặng kết hợp (suy tim, suy thận, suy hô hấp), bệnh nhân già yếu, phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, can thiệp có đối chứng không ngẫu nhiên.

***Kỹ thuật can thiệp mạch:** thực hiện theo kỹ thuật truyền thống.

+ TACE: Lipiodol tính bằng ml, liều lipiodol bằng đường kính lớn nhất của khối u. Hoá chất chống ung thư Doxorubicin tính bằng ml (1 ml chứa 2mg Doxorubicin) gấp 1,5 lần kích thước u tính bằng cm (1,5 ml Doxorubicin cho 1 cm đường kính khối u). Tạo nhũ tương Doxorubicin - lipiodol dưới áp lực của hai bơm tiêm 20ml và 10 ml, nối thông bằng một trục ba. Bơm tắc động mạch nuôi khối u bằng Spongel: Spongel đã trộn nhuyễn với thuốc cản quang tan trong nước được bơm qua ống thông bằng bơm tiêm 1ml cho đến khi nó dừng lại ở đầu ống thông.

+ DEB-TACE: các bước cơ bản tương tự như đối với hóa tắc mạch truyền thống. Hóa chất là Doxorubicin (Ebewe, Áo) được tải với hạt DC-Beads (Biocompatibles, Anh) 90-120 phút trước can thiệp. *Liều hóa chất*: Doxorubicin 50-150mg/lần can thiệp theo theo khuyến cáo chung, sử dụng 1 hoặc 2 trong 3 loại kích cỡ hạt DC-Beads (100-300µm, 300-500µm, 500-700µm).

*Các thông số theo dõi sau điều trị: Đánh giá đáp ứng trên lâm sàng Giảm kích thước khối u theo RECIST (đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một

phần...), nồng độ AFP huyết thanh và thời gian sống... Theo dõi các tác dụng không mong muốn sau điều trị của 2 nhóm.

***Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

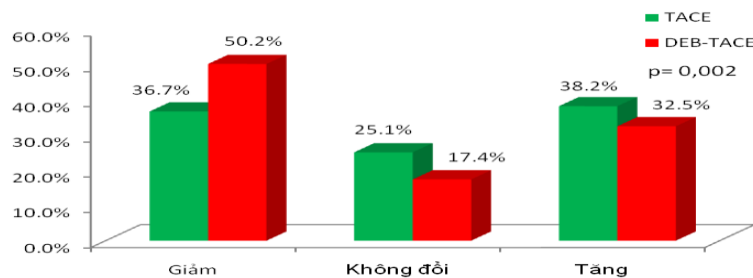
Gồm 280 bệnh nhân bị UTBMTBG chia thành 2 nhóm: TACE (n = 121) và DEB-TACE (n = 159). Hai nhóm này tương đồng về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Sau đây là kết quả điều trị của 2 nhóm:

3.1. Giảm kích thước khối u và giảm nồng độ AFP huyết thanh.

Bảng 3.1. Đáp ứng của khối u 1-3 tháng sau điều trị lần 1.

Đáp ứng khối u theo RECIST cải tiến	TACE		DEB-TACE		p	P12-34
	Số BN (n= 121)	Tỉ lệ (%)	Số BN (n= 159)	Tỉ lệ (%)		
Đáp ứng hoàn toàn (CR) (1)	16	13,2	32	20,1	0,11	0,048
Đáp ứng 1 phần (PR)(2)	16	13,2	32	20,1		
Không thay đổi (SD)(3)	52	43,0	59	37,2		
Bệnh tiến triển (PD)(4)	37	30,6	36	22,6		

Nhận xét: DEB-TACE có tỉ lệ đáp ứng khối u cao hơn so với nhóm TACE (p= 0,048).



Biểu đồ 3.1. Theo dõi nồng độ AFP huyết thanh giữa 2 nhóm điều trị

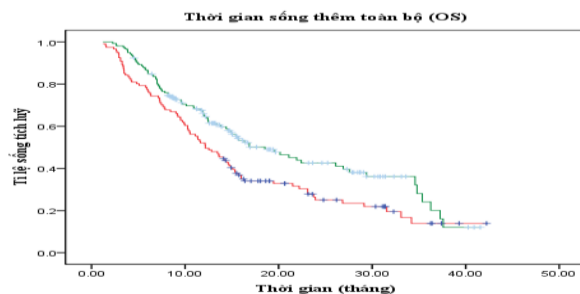
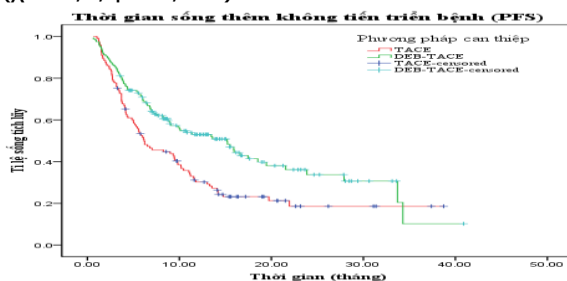
Nhận xét: DEB-TACE có tỉ lệ giảm nồng độ AFP huyết thanh tốt hơn có ý nghĩa so với TACE (p= 0,002).

3.2. Thời gian sống sau điều trị: Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, có 176 bệnh nhân đã chết và 104 bệnh nhân còn tiếp tục theo dõi. Thời gian theo dõi trung bình là 14,3 tháng.

Bảng 3.2. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS), sống thêm không tiến triển (PFS).

		Thời gian sống TB (tháng) (95% CI)	p	Tỷ lệ sống thêm tại các thời điểm (%)		
				1 năm	2 năm	3 năm
OS	TACE	17,1 ± 1,3	0,008	52,1	25,0	13,9
	DEB-TACE	21,6 ± 1,3		65,3	42,6	24,1
PFS	TACE	12,7 ± 1,3	0,001	30,2	18,6	18,6
	DEB-TACE	17,7 ± 1,4		53,0	33,7	10,2

Nhận xét: Thời gian sống thêm nhóm điều trị bằng DEB-TACE dài hơn có ý nghĩa so với TACE ($\chi^2 = 7,1$, p= 0,008).



Biểu đồ 3.2. Đường cong sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không tiến triển (PFS).

3.3. Thời gian sống sau điều trị

Bảng 3.3. Tác dụng phụ sau điều trị giữa 2 nhóm.

Diễn biến sau TACE	TACE		DEB-TACE		p
	Số lần (n= 346)	Tỉ lệ (%)	Số lần (n= 305)	Tỉ lệ (%)	
Đau vùng gan	255	73,7	249	81,6	0,016
Sốt	107	30,9	57	18,7	0,001
Mệt mỏi	147	42,5	86	28,2	0,001
Buồn nôn, nôn	7	2,0	9	3,0	0,45

Nhận xét: Đau vùng gan, sốt, mệt mỏi đều gặp ở cả 2 nhóm điều trị

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đáp ứng khối u sau điều trị: Đáp ứng khối u là một chỉ tiêu quan trọng trong điều trị UTBMTBG. Giảm kích thước khối u có liên quan đến tiên lượng sống và thời gian sống của bệnh nhân. Hiện nay, Hiệp hội gan mật Châu Âu khuyến cáo sử dụng tiêu chuẩn mRECIST để đánh giá đáp ứng sau điều trị. Các thông số này chia rất cụ thể là: Đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, không thay đổi và bệnh tiến triển.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: nhóm TACE có tỉ lệ đáp ứng khối u sau điều trị 1-3 tháng đáp ứng hoàn toàn là 13,2%, đáp ứng một phần là 13,2%, bệnh ổn định là 43%, bệnh tiến triển là 30,6%; nhóm DEB-TACE có tỉ lệ đáp ứng lần lượt là 20,1%, 20,1%, 37,2% và 22,6%. Như vậy, hiệu quả đáp ứng khối u gan sau điều trị ở nhóm DEB-TACE tốt hơn so với nhóm TACE, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Tuy nhiên, việc lựa chọn bệnh nhân, thời điểm can thiệp điều trị và kinh nghiệm người làm thủ thuật... liên quan đến hiệu quả điều trị. Thái Doãn Kỳ thực hiện kỹ thuật DEB-TACE cho bệnh nhân UTBMTBG cho biết hiệu quả đáp ứng khối u khá cao: Đáp ứng hoàn toàn là 32,4%, đáp ứng một phần là 40,0%, bệnh ổn định là 17,1%, bệnh tiến triển là 10,5%.

Để đánh đúng về hiệu quả đáp ứng khối u sau điều trị DEB-TACE cần phải theo dõi lâu dài. Kết quả nghiên cứu của Varela M và cs cho biết: Tỉ lệ đáp ứng khối u tại các thời điểm 1-6 tháng sau điều trị đạt 75% [4]. Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm PRECISION V ở châu Âu cho biết: Tỉ lệ đáp ứng, đáp ứng hoàn toàn và tỉ lệ kiểm soát khối u nhóm điều trị DEB-TACE đều cao hơn nhóm TACE [5].

4.2. Đáp ứng về nồng độ AFP huyết thanh. Alpha-Fetoprotein (AFP) huyết thanh là một dấu ấn ung thư (tumor marker) rất thông dụng và đã được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng giúp chẩn đoán, theo dõi và tiên lượng sau điều trị. Giảm nồng độ AFP huyết thanh có tiên lượng tốt và thường song hành với giảm kích thước khối u gan. Sự biến đổi nồng độ AFP huyết thanh phụ thuộc vào các phương pháp

điều trị cho bệnh nhân UTBMTBG.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.1) theo dõi 1-3 tháng điều trị, nồng độ AFP huyết thanh giảm, không đổi, tăng so với trước điều trị ở nhóm TACE là: 36,7%, 25,1%, 38,2%; và nhóm DEB-TACE tương ứng là: 50,2%, 17,4%, 32,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Song MJ và cs (2012), tỉ lệ đáp ứng AFP ở nhóm DEB-TACE cao hơn có ý nghĩa so với nhóm được điều trị bằng phương pháp tắc mạch hóa chất truyền thống (77,4% so với 45,4%, $p = 0,011$) [6].

Lê Văn Trường thực hiện TACE cho 108 bệnh nhân UTBMTBG với kích thước u trung bình 9,4 cm, kết quả cho biết: chỉ có 30% giảm nồng độ AFP huyết thanh, 50% không thay đổi và 15% có tăng AFP sau điều trị [7]. Nghiên cứu Thái Doãn Kỳ trên 105 bệnh nhân điều trị DEB-TACE có gần 50% số trường hợp giảm nồng độ AFP huyết thanh, 39% không thay đổi và có 13,3% tăng so với trước điều trị.

4.3. Thời gian sống sau điều trị. Thời gian sống thêm là một tiêu chí quan trọng đánh giá hiệu quả điều trị cho bệnh nhân UTBMTBG. Thời gian sống thêm và thời gian sống trung bình phụ thuộc rất nhiều yếu tố khách quan và chủ quan. Đặc điểm khối u, tình trạng xơ gan, thể trạng bệnh nhân và phương pháp điều trị có liên quan đến thời gian sống của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trình bày trong bảng 3.2 cho biết: Thời gian sống thêm trung bình của nhóm TACE là $17,1 \pm 1,3$ tháng, nhóm DEB-TACE là $21,6 \pm 1,3$ tháng; tỉ lệ sống thêm sau 1 năm, 2 năm và 3 năm của nhóm TACE tương ứng là: 52,1%; 25,0%, 13,9%; nhóm DEB-TACE tương ứng là 65,3%; 42,6%, 24,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 7,1$, $p = 0,008$). Biểu đồ 3.2 cho biết: Thời gian sống thêm không tiến triển bệnh trung bình của nhóm TACE là $12,7 \pm 1,3$ tháng, nhóm DEB-TACE là $17,7 \pm 1,4$ tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 11,11$, $p = 0,001$).

Nghiên cứu của Lê Văn Trường cho biết thời gian sống sau điều trị TACE cho 108 bệnh nhân UTBMTBG sau: 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 55,6%; 21,3% và 11,2% [7]. Phần lớn các

bệnh nhân trong nghiên cứu này đều có kích thước khối u lớn và kèm theo xơ gan.

Phân tích tổng hợp của Huang K (2014) trên 7 nghiên cứu với 700 bệnh nhân UTBMTBG cho biết: Tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm, 3 năm cũng cao hơn có ý nghĩa ở nhóm điều trị DEB-TACE so với nhóm TACE ($p = 0,001$).

4.4. Tác dụng phụ sau điều trị: Các tác dụng phụ sau điều trị đều có thể gặp ở cả hai phương pháp điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.3) cho biết: Sốt, mệt mỏi gặp ít hơn ở nhóm điều trị bằng DEB-TACE. Tuy nhiên, triệu chứng đau vùng gan lại gặp nhiều ở bệnh nhân dùng DEB-TACE. Các tác dụng phụ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu trong nước [7],[8].

V. KẾT LUẬN

Tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu (DEB-TACE) có hiệu quả tốt hơn so có ý nghĩa so với tắc mạch truyền thống (TACE) về đáp ứng khối, giảm nồng độ AFP huyết thanh và thời gian sống. Các tác dụng phụ đều gặp cả 2 nhóm điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Ung thư - Trường Đại học Y Hà Nội

- (1997), *Ung thư gan nguyên phát*, Bài giảng ung thư học, Nhà xuất bản Y học, 205.
- Hiệp hội quốc tế chống ung thư** (1991), "*Ung thư học lâm sàng*", Nhà xuất bản Y học, tr. 382-386.
- SC Ulmer.** (2000), "Hepatocellular carcinoma: A concise guide to its status and management", *Postgrad Med*, 107(5), pp. 117-124.
- Varela M., Isabel RM., et al** (2007), "Chemoembolization of hepatocellular carcinoma with drug eluting beads: Efficacy and doxorubicin pharmacokinetics", *Journal of Hepatology*, 46(3), pp. 474-481.
- Lammer J, Malagari K., et al** (2010), "Prospective Randomized Study of Doxorubicin-Eluting-Bead Embolization in the Treatment of Hepatocellular Carcinoma: Results of the PRECISION V Study", *Cardiovascular Intervention Radiology*, 33, pp. 41-52.
- Song MJ, Chun HJ, Song D., et al** (2012), "Comparative study between Doxorubicin-eluting beads and conventional transarterial chemoembolization for treatment of hepatocellular carcinoma", *Journal of Hepatology*, 57(6), pp. 1244-1250.
- Lê Văn Trường** (2006), "Nghiên cứu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan kích thước trên 5 cm bằng phương pháp tắc mạch hóa dầu chọn lọc", Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
- Thái Doãn Kỳ** (2015), "Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu DC Beads", Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y dược Lâm sàng 108.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ĐUỐI NƯỚC TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Ngọc Tú*, Trần Thị Quỳnh Chi**, Phạm Thị Ngọc Thảo*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đuối nước là nguyên nhân đứng hàng thứ ba gây tử vong không chủ ý trên toàn thế giới. Nghiên cứu các kiến thức để dự phòng và điều trị đuối nước là việc làm cần thiết và cấp bách. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân đuối nước nhập bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu. Tiêu chuẩn chọn là bệnh nhân có chẩn đoán đuối nước nhập bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 06 năm 2018. **Kết quả:** Có 37 trường hợp được đưa vào nghiên cứu. Nhóm tuổi cao nhất từ 21-60 tuổi, chiếm 59,5%, có 95% là nam. Tình huống xảy ra tai nạn đa số là do uống rượu bia chiếm 37,8%. Ngưng hô hấp tuần hoàn chiếm 24,3%. Tỷ lệ có suy hô hấp, ARDS, viêm phổi, tổn thương thận cấp, toan chuyển hóa, tổn thương não cấp lần lượt là: 100%, 51,4%, 89,2%,

29,7%, 61,1%, 54,1%. Bất thường trên X-quang ghi nhận ở 91,9% bệnh nhân. Nội soi phế quản bất thường là 62,2% bệnh nhân. Có 13,5% bệnh nhân được phát hiện phù não trên CT-scan. Tỷ lệ tử vong là 35,1%, hồi phục hoàn toàn là: 59,5%, chuyển tuyến cơ sở khác điều trị tiếp là 5,4%. **Kết luận:** Đuối nước là bệnh lý có tỷ lệ tử vong cao. Cần khuyến cáo người dân hạn chế uống rượu bia, đồng thời tiếp tục tuyên truyền, huấn luyện kỹ năng sơ cứu đuối nước cho cộng đồng.

Từ khóa: đuối nước, đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị.

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORY FINDINGS AND RESULTS OF DROWNING PATIENTS AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Drowning is not only the third leading cause of unintentional injury death worldwide but also one of the most common reasons causing neurologic morbidity. Studying the knowledge and for preventing and treating drowning. **Objectives:** We aimed to describe epidemiologic characteristics, clinical manifestations, laboratory tests, radiology findings and the outcomes of drowning patients treated at Cho Ray hospital. **Methods:** A

*Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.

**Viện Y Học Biển Việt Nam.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Tú

Email: drnguyengoctu1604@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.1.2019

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2019

Ngày duyệt bài: 4.3.2019

retrospective cross sectional study was done in all patients admitted to Cho Ray hospital from January 2015 to June 2018 with diagnosis of drowning. **Results:** There were 37 patients enrolled. The most common age group was 21-60 years old, accounting for 59.5%, male was 95%. A leading cause of drowning was alcohol consumption (37.8%). Respiratory and circulatory depression accounted for 24.3%. The proportions of respiratory failure, ARDS, pneumonia, acute kidney injury, metabolic acidosis, brain damage were: 100%, 51.4%, 89.2%, 29.7%, 61.1%, 54.1% respectively. Abnormal findings on chest X-rays were recorded in 91.9% of patients. Abnormalities at bronchoscopy were recorded in 62.2% of patients. Cerebral edema diagnosed on head CT-scan was 13.5%. The mortality was 35.1%, fully recovery rate was 59.5% and referral rate to other hospitals was 5.4%. **Conclusions:** The mortality rate in drowning patients was high. Recommendation for limited alcohol and basic life support for community should be done to prevent and early treatment for these patients.

Keywords: drowning, clinical signs, treatment results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) có khoảng 360.000 người chết vì đuối nước hàng năm trên toàn thế giới. Tại Việt Nam mỗi năm có khoảng 6,400 người bị chết đuối nước [5] con số thực tế còn nhiều hơn vì có nhiều trường hợp không được báo cáo. Có nhiều hoàn cảnh xảy ra đuối nước, nguyên nhân cả chủ quan và khách quan nhưng trước hết là môi trường sống không an toàn, nước ta có nhiều sông, suối, ao, hồ, bờ biển dài nên nguy cơ đuối nước ngày càng gia tăng [6]. Cơ chế bệnh sinh chính của đuối nước là làm tổn thương màng phế nang-mao mạch, bất thông hợp giữa thông khí và tưới máu dẫn đến thiếu oxy máu. Từ đó gây ra nhiều hậu quả gồm: suy đa cơ quan, phù não, hội chứng nguy kịch hô hấp cấp... Tác dụng của những biện pháp cấp cứu ban đầu nhằm khôi phục hoạt động của hệ tuần hoàn và hô hấp, điều này có ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị sau này. Hiện nay trên thế giới và tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu về đuối nước. Trên bản đồ đuối nước của WHO, Việt Nam là một trong số các quốc gia chưa có số liệu chính thức. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân đuối nước nhập bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 6 năm 2018. Qua đó đóng góp một phần kiến thức cho việc dự phòng và điều trị đuối nước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có chẩn đoán đuối nước theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới năm 2005.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chẩn đoán chậm phát triển tâm thần vận động trước đó, bệnh nhân không đủ thông tin ghi nhận trong hồ sơ bệnh án theo mẫu thu thập số liệu.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Chợ Rẫy.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 06 năm 2018.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu dựa vào phiếu thu thập xây dựng sẵn. Các biến số thu thập dựa vào hồ sơ lưu trữ.

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập từ phiếu thu thập dữ liệu được nhập vào máy tính thông qua phần mềm Epidata phiên bản 3.1. Sau đó dữ liệu được chuyển sang định dạng sử dụng cho phần mềm STATA 13 để kiểm tra, biên tập và phân tích.

Phân tích dữ liệu: Quá trình phân tích dữ liệu được thực hiện trên phần mềm STATA 13

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân bố theo tuổi và giới tính: Tuổi có tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là nhóm tuổi trong độ tuổi lao động từ 21-60 tuổi, chiếm 59,5%. Tiếp đến là nhóm tuổi từ 20 tuổi trở xuống chiếm tỷ lệ 21,6%. Nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ 18,9%. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ trong mọi nhóm tuổi, giới tính nam chiếm 95%, nữ chiếm 5%.

Nghề nghiệp: Nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,5%, tiếp đến là học sinh - sinh viên và không lao động chiếm tỷ lệ 16,2%. Ngư nghiệp chiếm 10,8% trong nghiên cứu. Ngoài ra các nghề nghiệp khác chiếm 24,3% trong các bệnh nhân đuối nước.

Nơi sinh sống: Khu vực đồng bằng sông Cửu Long chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là 43%. Trong khi đó, nơi sinh sống của nạn nhân bị đuối nước tại Đông Nam Bộ chiếm 38%. Các khu vực khác bao gồm Miền Trung, Tây Nguyên, Bắc Bộ chiếm tỷ lệ 19%.

Phân bố theo thời gian: Thời điểm xảy ra tai nạn nhiều nhất là quý 2 trong năm chiếm 46%. Kế đến là thời điểm quý 1 chiếm 32,4%. Quý 4 và quý 3 lần lượt chiếm tỷ lệ 16,2% và 5,4%. Tai nạn đuối nước xảy ra nhiều nhất từ 12 giờ đến 18 giờ trong ngày với tỷ lệ là 49%. Thời điểm từ 06 giờ sáng đến 12 giờ trưa chiếm tỷ lệ 27%, từ 18 đến 0 giờ sáng chiếm 13%, và không rõ thời gian xảy ra tai nạn chiếm 11%.

Trong tuần thời điểm xảy ra tai nạn nhiều nhất là thứ 4 chiếm 21,6%, kế đến là thứ 7 chiếm 18,9%. Các ngày khác bao gồm thứ 2, thứ

3, thứ 5, thứ 6, chủ nhật chiếm tỷ lệ lần lượt là 13,5%, 10,8%, 18,9%, 5,4%, 10,8%.

Địa điểm xảy ra tai nạn: Nơi xảy ra tai nạn đuối nước có tỷ lệ cao nhất là xảy ra tại sông, ao, hồ chiếm 40,6%. Tiếp theo là các tai nạn đuối nước xảy ra tại biển chiếm 32,4%. Tai nạn tại kênh mương, hồ bơi chiếm tỷ lệ lần lượt là 18,9% và 5,4%. Nơi xảy ra tai nạn thấp nhất là các vật dụng chứa nước chiếm tỷ lệ 2,7%.

Tình huống xảy ra tai nạn: Sau uống rượu bia là tình huống xảy ra cao nhất chiếm tỷ lệ 37,8%. Các tình huống khác bao gồm đi bơi, vấp ngã, tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ lần lượt 27%, 24,3%, 5,4%. Ngoài ra còn có các tai nạn khác chiếm tỷ lệ 5,4%.

Thời gian bệnh nhân bị chìm trong nước: Nghiên cứu ghi nhận 16 đối tượng có thời gian chìm trong nước dưới 3 phút chiếm khoảng 43%, số bệnh nhân chìm trong nước từ 4-5 phút chiếm tỷ lệ 33%, số bệnh nhân chìm trong nước trên 6 phút là 9 chiếm tỷ lệ lên đến 24%.

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng bệnh nhân đuối nước (n=37)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Ngưng hô hấp tuần hoàn		
Có	9	24,3%
Không	28	75,7%
Được đặt Nội khí quản khi nhập cấp cứu		
Có	21	56,8%
Không	16	43,2%
Điểm Glasgow		
14-15 điểm	13	35,1%
9-13 điểm	6	16,2%
Dưới 9 điểm	18	48,7%
Thân nhiệt lúc nhập viện ($^{\circ}\text{C}$)		
36,5-38,5	31	83,8%
>38,5	6	16,2%
Suy hô hấp	37	100%
Viêm phổi	33	89,2%
Tổn thương não cấp	20	54,1%
Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp (ARDS)	19	51,4%
Tổn thương thận cấp	11	29,7%
Có chấn thương đi kèm	6	16,2%

Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Một số đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân đuối nước (n=37)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
PaO₂/FiO₂		
<100	15	40,6%
100-199	14	37,8%
200-299	4	10,8%
300-400	4	10,8%
>400	0	0

pH < 7,35	22	59,5%
PaCO ₂ > 45 mmHg	2	5,4%
Tổn thương trên X-quang ngực thẳng	34	91,9%
Bất thường trên hình ảnh nội soi phế quản	23	62,2%
Hình ảnh phù não trên CT-scan.	5	13,5%
Tăng Hct	7	18,9%
Tăng bạch cầu	26	70,3%
Tăng AST	32	86,5%
Tăng ALT	22	59,5%
Tăng BUN	16	43,2%
Tăng Creatinin máu	15	40,5%
Tăng CRP	36	97,3%

Natri máu bình thường chiếm tỷ lệ 62,2%, số trường hợp có tăng natri máu và hạ natri máu lần lượt là 2,7% và 35,1%. Tăng kali máu chiếm tỷ lệ 8,0%, trong khi đó giảm kali máu và kali máu bình thường đều có tỷ lệ là 46% trên tổng số các trường hợp bệnh nhân đuối nước được khảo sát.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đuối nước ngọt với tăng Kali máu (n=37)

Đặc điểm	K+		p-Fisher's
	Tăng	Không tăng	
Nước mặn	1	11	1,000
Nước ngọt	2	23	

Bảng 4. Mối liên quan giữa đuối nước mặn với tăng Hct (n=37)

Đặc điểm	Hct		p-Fisher's
	Tăng	Không tăng	
Nước mặn	2	10	1,000
Nước ngọt	5	20	

Kết quả điều trị: Trong nghiên cứu chỉ có 21,6% trường hợp ứng với 8 bệnh nhân được sơ cứu đúng cách tại hiện trường với các kỹ thuật hà hơi thổi ngạt và ép tim ngoài lồng ngực. Tỷ lệ không sơ cứu lên đến 75,7% ứng với 28 bệnh nhân. Có 1 bệnh nhân khác được sơ cứu nhưng không đúng cách chiếm tỷ lệ 2,7%.

Có 46% bệnh nhân đuối nước được điều trị tại khoa ICU (sân sóc đặc biệt). Còn lại bệnh nhân nằm điều trị tại các khoa khác chiếm tỷ lệ 54% bệnh nhân. Có 57% bệnh nhân có thời gian điều trị trên 7 ngày, và 43% bệnh nhân có thời gian điều trị trên 7 ngày.

Các phương pháp điều trị được áp dụng trên bệnh nhân bao gồm hỗ trợ oxy, đặt nội khí quản, xoa bóp tim ngoài lồng ngực, sử dụng thuốc vận mạch, kháng sinh chiếm tỷ lệ lần lượt là 100%, 70,3%, 21,6%, 48,7%, 97,3%. Hai phương pháp sử dụng lọc máu và tuần hoàn ngoài cơ thể không thấy có chỉ định trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 5. Kết quả điều trị bệnh nhân đuối

nước (n=37)

Kết quả điều trị	Số lượng	Tỷ lệ
Hồi phục hoàn toàn	22	59,5%
Tử vong (bao gồm nặng xin về)	13	35,1%
Chuyển tuyến cơ sở	2	5,4%

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này cũng phù hợp với báo cáo về đuối nước của WHO 2015 [5]. Nguyên nhân này được cho là do nam giới là đối tượng có liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ của đuối nước: lao động trên các tàu thuyền đánh cá, tham gia các hoạt động thể lực dưới nước, và các hành vi có liên quan đến nguy cơ té ngã xuống nước như sau uống rượu bia và tai nạn giao thông. Nhóm tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu là 21-60 tuổi, với độ tuổi trung bình là 31 tuổi, nguyên nhân được giải thích do đây là độ tuổi lao động và có nhiều hoạt động thể lực nên tiếp xúc cao với các yếu tố nguy cơ đuối nước.

Nghề nghiệp chính chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là nông dân, ngư dân là những người thường xuyên tiếp xúc với sông, ao, hồ, biển nên có nguy cơ đuối nước cao hơn. Sự xuất hiện ngày càng nhiều của các thiên tai, bão lũ đã làm tăng hơn tình trạng đuối nước.

Thời điểm xảy ra tai nạn thường vào quý 1 và quý 2 trong năm (78,4%). Bên cạnh các nguyên nhân do các tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt, quý 1 và quý 2 còn có liên quan đến các hoạt động vui chơi, bơi lội làm tăng tỷ lệ đuối nước trên tất cả các đối tượng. Có 76% các trường hợp xảy ra từ 06 đến 18 giờ, đây là thời gian diễn ra các sinh hoạt hằng ngày mà đối tượng có thể tiếp xúc với nguy cơ đuối nước. Trong đó phổ biến nhất là tai nạn xảy ra vào buổi chiều từ 12 đến 18 giờ. Thời điểm này liên quan đến các hành vi uống rượu bia sau giờ làm việc, và liên quan đến các hoạt động đánh bắt cá trên các ngư trường. Đồng thời các hoạt động tắm biển, vui chơi giải trí trên mặt nước cũng xảy ra vào thời gian trên.

Nghiên cứu ghi nhận có tới 40,6% địa điểm xảy ra tại các sông, ao, hồ. Phù hợp với đặc điểm lao động, sinh hoạt của người dân khu vực miền Nam. Có 32,4% là tai nạn xảy ra tại biển, liên quan đến các hoạt động tắm biển, giải trí tại các bãi biển vùng Đông Nam Bộ. Còn lại là xảy ra tại kênh mương, hồ bơi và vật dụng chứa nước. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình huống xảy ra tai nạn phổ biến chủ yếu liên quan đến các tai nạn không chủ đích tiếp xúc với nước gồm tai nạn do say xỉn, vấp ngã, tai nạn giao

thông với tổng tỷ lệ đến 67%. Các trường hợp tai nạn xảy ra trong lúc đi bơi chỉ chiếm 27%. Phù hợp với các tình huống xảy ra tai nạn trên, các địa điểm tai nạn chủ yếu là sông, ao hồ, biển và kênh mương. Các nghiên cứu tại Việt Nam và thế giới cũng cho thấy các địa điểm tai nạn phần lớn là các vùng nước tự nhiên. Đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi đuối nước do tình trạng say xỉn chiếm tỷ lệ cao nhất lên đến 38%. Sử dụng rượu bia dẫn đến tai nạn thương tích là một vấn đề phổ biến đáng lưu ý.

Thời gian chìm trong nước dưới 3 phút chiếm tỷ lệ 43%, chỉ có 24% số bệnh nhân chìm trong nước trên 6 phút. Nhìn chung, trên đối tượng người lớn, thời gian chìm trong nước ngắn hơn so với các nghiên cứu trên trẻ em. Thời gian chìm trong nước càng dài, tiên lượng nặng càng cao. Chính vì vậy nhiều nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ tử vong và di chứng trên đối tượng nhi cao hơn người lớn [1].

Tại thời điểm nhập viện, các tình trạng bất lợi liên quan đến hô hấp tuần hoàn biểu hiện rõ. Trong số 37 bệnh nhân, có 9 trường hợp bệnh nhân có biểu hiện ngưng hô hấp tuần hoàn; 28 trường hợp còn lại ứng với 76% vẫn duy trì hô hấp tuần hoàn. Mặc dù vẫn duy trì được hô hấp, có 58,8% bệnh nhân được chỉ định hỗ trợ hô hấp bằng nội khí quản. Tỷ lệ được đặt nội khí quản cao này chứng tỏ hệ hô hấp là hệ bị ảnh hưởng chính và trực tiếp trên bệnh nhân đuối nước. Bên cạnh vấn đề hô hấp, có bệnh nhân được can thiệp vận mạch nhằm đảm bảo hoạt động tuần hoàn. Trong 94,6% bệnh nhân không chỉ định vận mạch, có 65,7% gặp tình trạng mạch nhanh từ 100 nhịp/phút trở lên. Huyết áp lúc nhập viện của đối tượng thấp hơn bình thường cả ở tâm thu và tâm trương. Tình trạng mạch nhanh và huyết áp thấp là kết quả của thiếu hụt oxy máu do suy hô hấp.

Tỷ số Oxy hóa máu PaO_2/FiO_2 giảm mạnh ở tất cả các trường hợp, hơn 75% được xác định suy hô hấp cấp mức độ nặng ($PaO_2/FiO_2 < 200$ mmHg). Các cơ chế nhằm giải thích cho tình trạng giảm oxy hóa máu bao gồm: co thắt phế quản, hư surfactant, tổn thương hàng rào phế nang – mao mạch, tắc nghẽn đường thở do chất hít, bất thông hợp thông khí tưới máu, giảm độ đàn hồi của phổi...[2]. Bệnh nhân có thể có những biểu hiện của tình trạng suy hô hấp, hội chứng nguy kịch hô hấp cấp, hay phù phổi cấp... Chỉ số $PaCO_2$ trong nghiên cứu đa số ở mức bình thường (59,5%). Điều này được giải thích do khi bị đuối nước, tình trạng giảm thông khí hoặc ngưng hô hấp sẽ làm cho chỉ số $PaCO_2$ tăng nhanh, biểu hiện tình trạng toan hô hấp. Do đó,

khí máu động mạch thường thể hiện tình trạng toan chuyển hóa, có hoặc không có kiềm hô hấp bù trừ (PaCO_2 bình thường hoặc giảm) [3].

Các chỉ số về lượng hồng cầu, Hemoglobin và Hematocrit và tiểu cầu đều ở mức bình thường. Một số trường hợp có tăng Hematocrit, phù hợp với sinh bệnh học của tình trạng đuối nước mặn. Tuy nhiên phân tích số liệu trên nghiên cứu này thấy sự khác biệt chưa rõ ràng về tăng chỉ số Hematocrit giữa đuối nước ngọt và đuối nước mặn. Số đối tượng có bạch cầu tăng chiếm tỷ lệ 70,3% trong nghiên cứu. Hầu như rất ít các trường hợp giảm tiểu cầu làm rối loạn đông cầm máu.

Các chỉ số về Na^+ máu, K^+ máu, BUN và Creatinin đa số cũng đều ở mức bình thường. Một số trường hợp có biểu hiện tăng Kali máu có thể được giải thích do hai nguyên nhân: một là tình trạng thiếu oxy máu trong bệnh cảnh đuối nước có thể dẫn đến suy thận và làm tăng kali máu, hai là sinh bệnh học của đuối nước ngọt tạo nên tình trạng tán huyết và gây ra tăng kali máu [7]. Tuy nhiên phân tích số liệu trên nghiên cứu này cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tăng chỉ số kali máu giữa đuối nước ngọt và đuối nước mặn.

Đa số các đối tượng (75,7%) không được sơ cấp cứu trước khi đến cơ sở y tế, ngoài ra có 1 trường hợp (3%) được sơ cấp cứu sai cách. Như vậy, kỹ năng sơ cấp cứu tại cộng đồng còn cho thấy nhiều điểm hạn chế khi phần lớn các đối tượng không được sơ cấp cứu kịp thời và đúng cách.

Sau khi điều trị có 59,5% bệnh nhân khỏi hẳn, tuy nhiên tỷ lệ tử vong do đuối nước vẫn còn cao (35,1%) so với những nghiên cứu của nhiều tác giả khác [4]. Sự khác biệt tỷ lệ tử vong chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố. Nguyên nhân tỷ lệ tử vong của nghiên cứu này cao hơn nhiều so với các nghiên cứu các vì bệnh viện Chợ Rẫy

là tuyến cuối nên hầu hết bệnh nhân được chuyển đến trong tình trạng nặng và có nhiều biến chứng. Cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn với phân tích hồi quy đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến tử vong ở nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Đuối nước xảy ra chủ yếu trên nam giới, những người trong độ tuổi lao động và sống tại vùng sông nước. Đuối nước có thể ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan với những biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng phức tạp, gây nên tỷ lệ tử vong cao. Để góp phần phòng ngừa đuối nước cần khuyến cáo người dân hạn chế uống rượu bia đồng thời tuyên truyền, huấn luyện kỹ năng sơ cứu đuối nước cho cộng đồng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Thanh Uyên, Bùi Quốc Thắng (2009) "Đặc điểm Dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ngạt nước tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ năm 2003 đến năm 2007". *Tạp chí Y học TP HCM*, 13 (11), tr.1-7.
2. Phạm Thị Ngọc Thảo (2013) Ngạt nước. *Hồi sức cấp cứu và chống độc*. Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.220-223.
3. Jones N. S. (2017) "Competitive Diving Principles and Injuries". *Curr Sports Med Rep*, 16 (5), pp.351-356.
4. US Lifesaving Association (2018) *American Lifeguard Rescue And Drowning Statistics For Beaches*, www.usla.org/Statistics/public.asp, access on 4 Sep 2018.
5. World Health Organization (2015) *Global report on drowning: Preventing a leading killer*, Geneva, p.5.
6. World Health Organization (2018) *Fact sheet: Drowning*, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drowning>, access on 28 Oct 2018.
7. Xu J. (2014) "Unintentional drowning deaths in the United States, 1999-2010". *NCHS Data Brief*, (149), pp.1-8.

NGHIÊN CỨU TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG *ESCHERICHIA COLI* PHÂN LẬP Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Trần Viết Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ sinh ESBL (Extended Spectrum β lactamase) và tính kháng kháng sinh của

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Tiến

Email: tientv@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.1.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2019

Ngày duyệt bài: 11.3.2019

các chủng *E. Coli*. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 59 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2012 đến tháng 6/2015.

Kết quả và kết luận: Có 18/59 chủng sinh ESBL chiếm 30,5%. Vi khuẩn đã đề kháng cao với các kháng sinh cổ điển như: ampicillin 86,7%; trimethoprim + sulphamethoxazol 70,3%. Tiếp theo là các kháng sinh nhóm cephalosporin bị kháng từ 30,3% đến 44,2%; các kháng sinh nhóm quinolon bị kháng từ 28,6 đến 34%. Kháng sinh nhóm

carbapenem bị kháng với tỷ lệ thấp 2,5% - 5,9%.

Từ khóa: Kháng sinh, nhiễm khuẩn huyết, *E.coli*

SUMMARY

STUDY ON ANTIBIOTIC RESISTANCE LEVEL OF SOME *ESCHERICHIA COLI* STRAINS ISOLATED FROM SEPTIC PATIENTS IN 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: to study prevalence of Extended Spectrum β lactamase producing and antibiotic resistance level of some *E. coli* strains. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 59 septic patients caused by *E. coli* at 103 military hospital during period from 01/2012 to 6/2015. **Results and conclusion:** the prevalence of ESBL producing *E. coli* was 30.5% (18/59). The Bacteria were highly resistant to classical antibiotics such as ampicillin 86.7%; trimethoprim + sulphamethoxazole 70.3%; following by cephalosporin antibiotics from 30.3% to 44.2% and Quinolone antibiotics from 28.6% to 34.0%. The rate of Carbapenem resistance was quite low from 2.5% to 5.9%.

Key words: Antibiotics, Sepsis, *E.coli*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Escherichia coli (*E.coli*) là một trong những tác nhân hàng đầu trong nhóm vi khuẩn gram âm gây nhiễm khuẩn huyết. Bệnh cảnh lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* rất đa dạng, phức tạp, diễn biến nặng với tỷ lệ tử vong cao. Thực trạng lạm dụng kháng sinh hiện nay đã làm tăng những chủng vi khuẩn kháng thuốc nói chung là *E. coli* kháng thuốc nói riêng. Điều này làm cho việc điều trị nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* ngày càng khó khăn. Theo tổ chức hợp tác toàn cầu về đề kháng kháng sinh (GARP – Global Antibiotic Resistance Partnership): tại Việt Nam, vi khuẩn *E. coli* đã đề kháng cao với các kháng sinh thông thường như Chloramphenicol, Ampicillin, Doxycillin, Co-trimoxazol, Cephalosporin thế hệ 2,3. Đặc biệt đã xuất hiện những chủng kháng các kháng sinh nhóm carbapenem, đây là những kháng sinh hàng đầu trong điều trị những chủng vi khuẩn sinh enzyme β -lactamase phổ rộng (ESBL)[1]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: xác định tỷ lệ chủng *E.coli* sinh ESBL và tình trạng đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn này tại Bệnh viện Quân y 103 để giúp cho các bác sỹ lâm sàng lựa chọn được kháng sinh phù hợp và xác định được liều tối ưu để nâng cao hiệu quả điều trị, giảm tỷ lệ vi khuẩn kháng thuốc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 59 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2012 đến tháng 6/2015

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Máu của bệnh nhân được lấy theo đúng quy trình cấy máu, được nuôi cấy tại khoa Vi sinh trên máy cấy máu tự động Batec 9050- 1995-USA. Vi khuẩn được định danh trên hệ thống máy định danh tự động Vitek 2 BIOMÉRIEUX. Kháng sinh đồ được thực hiện tự động trên hệ thống máy định danh Vitek 2 – BIOMÉRIEUX hoặc thực hiện bằng kỹ thuật kháng sinh đồ định tính (Kirby – Bauer)

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. Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL. Kết quả sàng lọc các chủng *E. coli* sinh ESBL: Có 18 chủng sinh ESBL chiếm 30,5%; 41 chủng không sinh ESBL chiếm 69,5%.

Hiện nay, y học đang phải đối phó với vấn đề kháng thuốc của vi khuẩn. *E. coli* là một vi khuẩn đường ruột có khả năng tiết men beta lactamase phổ rộng để đề kháng với các thể hệ kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 và 4. Khi *E. coli* đã sản sinh ESBL thì vi khuẩn không chỉ có khả năng đề kháng với các kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin mà còn có thể đồng thời kháng lại các kháng sinh thuộc nhóm aminoglycosids, quinolones. Tỷ lệ các chủng *E. coli* sinh ESBL trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Lê Văn Nam 14/35 (40%)[2], Đoàn Mai Phương 56/164 (34,1%)[4], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Thủy (51,1%)[6].

3.2. Tình trạng đề kháng kháng sinh của các chủng *E. coli*

Bảng 1. Tỷ lệ kháng kháng sinh của các chủng *E. coli* theo kháng sinh đồ

Kháng sinh	Số chủng kháng	Số chủng được làm kháng sinh đồ	Tỷ lệ (%)
Ampicillin	26	30	86,7
Amoxicillin – Clavulanic acid	12	42	28,6
Cefepime	18	47	38,3
Cefotaxime	17	42	40,5
Ceftriaxone	10	33	30,3
Cefuroxime	6	16	37,5
Ceftazidime	23	52	44,2
Aztreonam	8	17	47,1
Ertapenem	2	34	5,9

Imipenem	1	40	2,5
Meropenem	1	41	2,4
Gentamycin	14	32	43,8
Tobramycin	3	21	14,3
Amikacin	4	47	8,5
Doxycycline	2	10	20,0
Ciprofloxacin	17	50	34,0
Levofloxacin	6	21	28,6
Norfloxacin	7	24	29,2

Trimethoprim – Sulfamethoxazole	26	37	70,3
Fosfomycin	3	36	8,3
Colistin	0	2	0

Trong nghiên cứu của chúng tôi, *E. coli* đã đề kháng tương đối cao với các kháng sinh cổ điển. Kết quả này cũng hoàn toàn giống với kết quả của một số nghiên cứu về nhiễm khuẩn huyết *E. coli* trong thời gian gần đây.

Bảng 2. So sánh tỷ lệ kháng kháng sinh của *E. coli* với một số kháng sinh thông thường ở một số bệnh viện

Kháng sinh	Bệnh viện (năm)		Quận y 103 (2015)		Nhiệt đới TW (2013)[6]		Hữu Nghị Hà Nội (2014)[3]	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ampixillin	30	86,7	35	94,3				
Amoxicillin + Clavunalic	42	28,6	35	68,57			22	81,8
Gentamycin	32	43,8	35	31,4			28	60,7
Trimethoprim+sulphamethosazol	37	70,3					53	41,5

Chú thích: n là số chủng được khảo sát; % là tỷ lệ kháng kháng sinh;

Chúng tôi cho rằng các kháng sinh này đã được sử dụng trong một thời gian dài không chỉ ở trong bệnh viện mà còn ở ngoài cộng đồng nên tỷ lệ đề kháng kháng sinh tương đối cao. Các kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin thế hệ 3, 4 và quinolon cũng đã bị kháng với tỷ lệ cao: ceftriaxone (30,3%); ceftazidim (44,2%); cefepime (38,3%); ciprofloxacin (34%); levofloxacin (28,6%). Kết quả này cũng tương đương với một số nghiên cứu của Lê Văn Nam, Vũ Hoài Nam và Hoàng Thị Thanh Thủy [2], [3], [6]. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với sự gia tăng của các chủng *E. coli* sinh ESBL.

Trong một số nghiên cứu như của Trần Minh Quân (2006–2008)[5], Đoàn Phương Mai (2011) [4], Hoàng Thị Thanh Thủy (2013)[6] không thấy có sự xuất hiện của chủng *E. coli* nào đề kháng với nhóm carbapenem thì trong nghiên cứu của chúng tôi đã xuất hiện một số chủng đề kháng với các kháng sinh thuộc nhóm này. Tỷ lệ kháng với imipenem (2,5%); kháng ertapenem (5,9%); kháng với meropenem (2,5%). Có một chủng vi khuẩn đề kháng với cả 3 kháng sinh kể trên. Chúng tôi cũng gặp kết quả tương tự trong nghiên cứu của Phạm Hùng Văn, Vũ Hoài Nam[3],[7]... Như vậy, các kháng sinh nhóm carbapenem là kháng sinh hàng đầu cho những chủng *E. coli* sinh ESBL đã đề kháng với kháng sinh cephalosporin và quinolon thì đến nay đã ghi nhận một số chủng đã đề kháng với các kháng sinh thuộc nhóm này. Đây thực sự là một thách thức lớn đối với các thầy thuốc lâm sàng.

IV. KẾT LUẬN

Có 18/59 chủng sinh ESBL chiếm 30,5%. Vi

khuẩn đã đề kháng cao với các kháng sinh cổ điển như: ampicillin 86,7%; trimethoprim + sulphamethoxazol 70,3%. Tiếp theo là các kháng sinh nhóm cephalosporin bị kháng từ 30,3% đến 44,2%; các kháng sinh nhóm quinolon bị kháng từ 28,6 đến 34%. Kháng sinh nhóm carbapenem bị kháng với tỷ lệ thấp 2,5% - 5,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Kính và cộng sự (2010), "Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam", *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*.
2. Lê Văn Nam, Trần Việt Tiên, Hoàng Vũ Hùng (2013), "Nghiên cứu mức độ nhạy cảm kháng sinh trên các chủng *Escherichia coli* phân lập được từ máu bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương", *Tạp chí Y dược học quân sự*, Số 3 năm 2014, 97 - 100.
3. Vũ Hoài Nam (2014), "Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết do *Escherichia coli* ở bệnh nhân cao tuổi được điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị", *Luận văn thạc sĩ, Học viện Quân y, Hà Nội*.
4. Đoàn Mai Phương, Nguyễn Quốc Anh (2012), "Đánh giá mức độ đề kháng kháng sinh của các tác nhân gây nhiễm trùng máu tại Bệnh viện Bạch Mai - năm 2011", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, năm 2012, 66 - 69.
5. Trần Minh Quân (2008), "Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* điều trị tại bệnh viện Bạch Mai 2006 - 2008", *Luận văn thạc sĩ, Học viện Quân y, Hà Nội*.
6. Hoàng Thị Thanh Thủy và cộng sự (2013), "Cần nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Nhiệt đới trung ương năm 2012", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2, 89 - 92.
7. Phạm Hùng Văn (2009), "Nghiên cứu đa trung tâm về tình hình đề kháng imipenem và meropenem của trực khuẩn gram âm dễ mọc kết quả trên 16 bệnh viện tại Việt Nam", *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh*, 14 (2), 280 - 286.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN CHỨC NĂNG ĐIỀU HÀNH TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH VÔ CĂN NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Văn Hương*, Lê Quang Cường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá một số yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng điều hành trên bệnh nhân động kinh vô căn ở người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** 200 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh vô căn dựa vào lâm sàng và chụp cộng hưởng từ sọ não. Các bệnh nhân được làm trắc nghiệm đánh giá chức năng điều hành của hội Tâm thần học Hoa kỳ. **Kết quả:** Rối loạn chức năng điều hành ở động kinh cục phức hợp có tỷ lệ cao hơn nhóm động kinh toàn bộ có ý nghĩa thống kê (với $p=0,0004$). Rối loạn chức năng điều hành ở tuổi khởi phát 6 đến 17 tuổi có tỷ lệ cao nhất. Nhóm tần suất cơn dày có nguy cơ rối loạn chức năng điều hành cao gấp 5,88 lần so với nhóm cơn thưa (với $OR=5,88$ 95%CI 2,356÷14,66, $p=0,0000$). Ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao hơn gấp 3,7 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 5 năm (với $OR=3,7$ 95%CI 1,34÷11,7, $p=0,0053$) và cao gấp 3,08 lần so với nhóm có thời gian mắc dưới 1 năm (với $OR=3,08$ 95%CI 1,22÷8,45, $p=0,0089$). Thuốc kháng động kinh không thấy ảnh hưởng đến rối loạn chức năng điều hành. **Kết luận:** Rối loạn chức năng điều hành: gấp cao ở nhóm động kinh cục phức hợp và nhóm bệnh nhân có tuổi khởi phát động kinh dưới 6 tuổi. Tần suất cơn càng dày nguy cơ rối loạn càng cao. Ở nhóm thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao gấp 3,8 lần so với nhóm dưới 1 năm.

Từ khóa: Động kinh, rối loạn chức năng điều hành

SUMMARY

THE STUDY SOME RELATED FACTORS TO EXECUTIVE DYSFUNCTION IN IDIOPATHIC EPILEPSY IN ADULTS

Objective: The study to evaluate some related factors to executive dysfunction in idiopathic epilepsy in adults. **Subjects and methods:** 200 patients were diagnosed with idiopathic epilepsy based on clinical and cranial magnetic resonance imaging (MRI). The patients were given the executive function test assessment of the American Psychiatric Association. **Results:** Executive dysfunction in complex epilepsy had a significantly higher rate of generalize seizure group (with $p = 0.0004$). Executive dysfunction at the onset of age 6 to 17 years has the highest rate. The thickening frequency group had a 5.88 times higher risk of executive dysfunction compared to sparse episodes (with $OR = 5.88$ 95% CI 2.356, 14.66, $p =$

0.0000). Having a disease duration of more than 5 years is 3.7 times higher than that of patients with disease duration of 1 to 5 years (with $OR = 3.7$ 95% CI 1.34 ÷ 11.7, $p = 0, 0053$) and 3.08 times higher than the group with duration of less than 1 year (with $OR = 3.08$ 95% CI 1.22÷8.45, $p = 0.0089$). Antiepileptic drugs have no effect on executive dysfunction. **Conclusion:** Executive dysfunction: high prevalence in complex local epileptic group and group of onset of age epilepsy less than 6 years old. The thickening frequency of bouts, the higher the risk of disorder. In the group with the duration of disease over 5 years, 3.8 times higher than the group of less than 1 year.

Keywords: Epilepsy, executive dysfunction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là bệnh lý mạn tính của não, chiếm khoảng một phần tư trong tổng số bệnh lý thần kinh. Là bệnh lý xuất phát từ tổn thương ở não nên ngoài các cơn động kinh, bệnh nhân động kinh còn có thể bị tổn thương các chức năng cao cấp của não trong đó có chức năng nhận thức [1],[2],[3]. Chức năng điều hành là một lĩnh vực của nhận thức, khi rối loạn chức năng điều hành bệnh nhân thường có suy giảm các khả năng thực hiện nhiệm vụ [4], như khả năng tổ chức, lên kế hoạch và theo dõi các hành vi giải quyết vấn đề. Các chức năng này chủ yếu thông qua hệ thống não trước, mặc dù tổn thương các hệ thống não khác cũng làm cho bệnh nhân không có khả năng thực hiện các nhiệm vụ phức tạp trong bộ trắc nghiệm được sử dụng để đánh giá chức năng này. Khả năng thực hiện nhiệm vụ phụ thuộc nhiều vào kỹ năng nhận thức hỗ trợ [5;6;7]. Dodril [2] cho thấy có đến 45% bệnh nhân động kinh có biểu hiện rối loạn chức năng điều hành, biểu hiện rối loạn tập trung khi thực hiện một vấn đề cụ thể hay hướng dẫn thực hiện một vấn đề. Aldenkamp [1] cho rằng rối loạn chức năng điều hành và rối loạn trí nhớ việc làm và trí nhớ học tập có tỷ lệ tương đương nhau, điều này được tác giả cho rằng trong động kinh cũng như trong rối loạn nhận thức khác, trí nhớ và chức năng điều hành có mối liên quan mật thiết. Rối loạn chức năng điều hành thường gặp trong động kinh kháng thuốc và động kinh thái dương [8]. Thường bệnh nhân không có khả năng hoặc giảm khả năng lên kế hoạch, tổ chức, sắp xếp theo thứ tự tổng hợp một công việc cụ thể. Khi đánh giá chức năng điều hành bằng bộ

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hương

Email: vanhuong73@hotmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2019

Ngày duyệt bài: 5.3.2019

trắc nghiệm đánh giá chức năng này có đến 36/350(10%) bệnh nhân động kinh trong nghiên cứu của Meador KJ có biểu hiện bất thường [5]. Trên cơ sở đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *"Đánh giá một số yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng điều hành trên bệnh nhân động kinh vô căn người trưởng thành"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 200 bệnh nhân được chẩn đoán xác định động kinh theo tiêu chuẩn ILEA. Các bệnh nhân đều có tuổi từ 18 trở lên. Loại trừ các trường hợp bệnh nhân bị động kinh mắc một số bệnh liên quan đến rối loạn chú ý trước đó và những bệnh lý tổn thương não khác:

- Tất cả các bệnh nhân đều được chụp chụp cộng hưởng từ sọ não để loại trừ các nguyên nhân thực tổn ở não.

- Tiến hành khám lâm sàng để loại trừ các bệnh liên quan đến rối loạn chú ý trước đó như: bệnh alzheimer, sa sút trí tuệ do mạch máu, các bệnh lý tâm thần, bệnh mù chữ, khiếm thị hoặc khiếm thính.

- Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đánh giá chức năng điều hành.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: phương pháp mô tả cắt ngang. Là phương pháp nghiên cứu hồi cứu với nguồn thông tin từ bệnh nhân, những người thân và gia đình bệnh. Mẫu nghiên cứu có 200 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Cỡ mẫu:** Thuận tiện

- **Phương pháp thu nhập thông tin nghiên cứu**

- Yêu cầu đối tượng nêu điểm chung hoặc sự giống nhau giữa các cặp từ: cam và chuối; bàn và ghế; hoa hồng, hoa lan và hoa cúc. Nếu trả lời đúng được ba cặp cho 3 điểm, đúng hai cặp cho 2 điểm, đúng một cặp cho 1 điểm, không có cặp nào đúng cho 0 điểm.

- Kể tên con vật: trong vòng 60 giây, yêu cầu bệnh nhân kể tên các con vật bất kỳ. Nếu kể tên được trên mười hai con vật cho 3 điểm, từ tám đến mười một con vật cho 2 điểm, từ bốn đến bảy con vật cho 1 điểm, dưới ba con vật cho 0 điểm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1 Liên quan giữa thể động kinh với rối loạn chức năng điều hành (n=200)

Nhóm tuổi	Động kinh toàn bộ		Động kinh cục phức tạp		Động kinh cục toàn thể hóa		Cục bộ đơn giản	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Có rối loạn	25	23,15	12	63,16	1	1,72	5	33,33
Không rối loạn	83	76,85	7	36,84	57	98,28	10	66,67

Nhận xét: Rối loạn chức năng điều hành ở động kinh cục phức tạp có tỷ lệ cao hơn nhóm động kinh toàn bộ và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p=0,0004$), nhưng không có sự khác biệt với nhóm cục bộ đơn giản ($p > 0,05$).

Bảng 3.2 Liên quan giữa tần suất cơn và tuổi khởi phát cơn với rối loạn chức năng điều hành

- Yêu cầu bệnh nhân thực hiện một loạt động tác "Nắm- Mở- Úp", bàn tay phải. Nếu tự làm đúng sáu lần cho 3 điểm, tự làm đúng ít nhất ba lần cho 2 điểm, không tự làm được nhưng làm theo đúng cùng người khám ít nhất ba lần cho 1 điểm, không thể thực hiện được cho 0 điểm.

- Gõ tay xuống bàn: yêu cầu bệnh nhân "gõ hai khi tôi gõ một" và "gõ một khi tôi gõ hai". Thực hiện gõ theo thứ tự 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Nếu không có lỗi cho 3 điểm, một đến hai lỗi cho 2 điểm, trên hai lỗi cho 1 điểm, gõ giống người khám ít nhất bốn lần cho 0 điểm.

- Yêu cầu bệnh nhân "gõ một khi tôi gõ một" và "không gõ khi tôi gõ hai". Thực hiện gõ theo thứ tự 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Nếu không có lỗi cho 3 điểm, một đến hai lỗi cho 2 điểm, trên hai lỗi cho 1 điểm, gõ giống người khám ít nhất bốn lần cho 0 điểm.

- Yêu cầu bệnh nhân "không nắm tay tôi". Hai tay người khám vượt nhẹ hai tay đối tượng từ cánh tay đến bàn tay, nếu không nắm tay người khám cho 3 điểm, do dự và hỏi phải làm gì cho 2 điểm, tự động nắm tay người khám cho 1 điểm, nắm tay người khám ngay cả khi yêu cầu không làm như vậy cho 0 điểm. Tổng điểm tối đa của trắc nghiệm này là 18 điểm. Giới hạn thấp của trắc nghiệm này là 12 điểm.

- Đánh giá các yếu tố liên quan như: Tuổi khởi phát cơn, tần xuất cơn, thể động kinh, thời gian mắc bệnh và thuốc kháng động kinh đến tình trạng rối loạn chú ý.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được nhập thông tin vào máy tính, sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 15.0 và phần mềm STATA 8.0. So sánh các tỷ lệ dựng trắc nghiệm χ^2 .

Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng tham gia được giải thích về mục đích, nội dung, phương pháp nghiên cứu, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu... Thông tin cá nhân sẽ được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

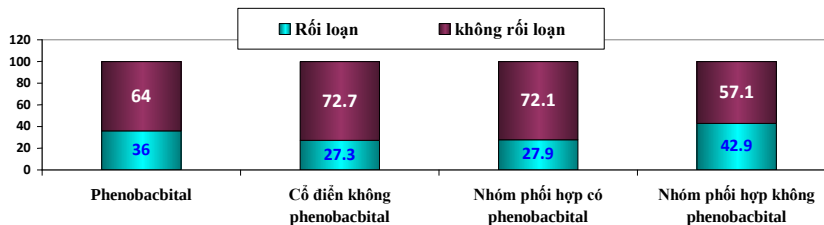
Tần suất cơn	Cơn dày			Cơn trung bình			Cơn thưa		
Tuổi khởi phát	< 6 n=12	6-17 n=10	≥18 n=17	< 6 n=5	6-17 n=8	≥18 n=30	< 6 n=5	6-17 n=19	≥ 18 n=94
Có rối loạn	10	6	1	4	2	4	4	4	7
Không rối loạn	2	4	16	1	6	26	1	15	87

Nhận xét: Rối loạn chức năng điều hành ở tuổi khởi phát 6 đến 17 tuổi có tỷ lệ cao hơn nhóm 3 (với $p=0,000$). Nhóm tần suất cơn dày có nguy cơ rối loạn chức năng điều hành cao gấp 5,88 lần so với nhóm cơn thưa (với $OR=5,88$ 95%CI 2,356÷14,66, $p=0,0000$). Nhóm có cơn trung bình và cơn thưa không có sự khác biệt (với $p>0,05$).

Bảng 3.3. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh với rối loạn chức năng điều hành

Thời gian mắc bệnh	Dưới 1 năm		1 đến 5 năm		Trên 5 năm	
	n=59	%	n=52	%	n=89	%
Có rối loạn	8	13,56	6	11,54	29	32,58
Không rối loạn	51	86,44	46	88,46	60	67,42

Nhận xét: Rối loạn chức năng điều hành ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao hơn gấp 3,7 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 5 năm (với $OR=3,7$ 95%CI 1,34÷11,7, $p=0,0053$) và cao gấp 3,08 lần so với nhóm có thời gian mắc dưới 1 năm (với $OR=3,08$ 95%CI 1,22÷8,45, $p=0,0089$).



Biểu đồ 3.4 Liên quan giữa thuốc kháng động kinh với rối loạn chức năng điều hành

Nhận xét: Có 36% bệnh nhân sử dụng phenobarbital có biểu hiện rối loạn chức năng điều hành, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm kháng động kinh cổ điển không phải phenobarbital là 27,3%. Trong hai nhóm phối hợp thuốc nhóm phối hợp có phenobarbital 27,9% có biểu hiện rối loạn chức năng điều hành thấp hơn so với nhóm phối hợp thuốc không có phenobarbital (42,9%). Tuy nhiên giữa các nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($OR_1=1,5$ 95%CI 0,52÷4,47 $p_1=0,4062$; $OR_2=0,516$ (0,075÷4,105, $p_2=0,4234$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi rối loạn chức năng điều hành chúng tôi nhận thấy ở động kinh cục bộ phức tạp có tỷ lệ cao hơn nhóm động kinh toàn bộ và cục bộ đơn giản. Trong nghiên cứu của Helmstaedter C và cộng sự [5] trên bệnh nhân động kinh người trưởng thành, tác giả nhận thấy động kinh thái dương (Động kinh cục bộ phức tạp) rối loạn chức năng thực hiện các nhiệm vụ cụ thể ít gặp nhất trong các thể động kinh. Theo tác giả, rối loạn chức năng điều hành liên quan mật thiết đến cấu trúc chức năng giải phẫu vùng thái dương. Dodrill và cộng sự [1] cho thấy rối loạn chức năng điều hành tỷ lệ cao

hơn ở động kinh cục bộ phức tạp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn chức năng điều hành cũng cho thấy nhóm bệnh nhân có tần suất cơn dày có nguy cơ cao hơn các nhóm khác. Jokeit H và cộng sự (2004) [7] nghiên cứu ảnh hưởng của cơn động kinh đến chức năng nhận thức tác giả nhận thấy chức năng điều hành bị ảnh hưởng đáng kể bởi sự lên cơn động kinh, bởi vì tác giả nhận thấy ở nhóm bệnh nhân có cơn hàng tuần tỷ lệ rối loạn các chức năng nói trên cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm hàng năm chỉ xuất hiện một vài cơn. Đánh giá về sự liên quan tuổi khởi phát động kinh đến các chức năng như định hướng, ngôn ngữ, sự chú ý và khả năng điều hành, Meador KJ và cộng sự [8] cho thấy biểu hiện rõ nhất về rối loạn chức năng điều hành cao trên đối tượng có tuổi khởi phát dưới 6 tuổi cao gấp 7,2 lần so với nhóm khởi phát từ 6 tuổi trở lên. Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.3) cho thấy nhóm khởi phát < 6 tuổi có nguy cơ rối loạn chức năng điều hành cao gấp 5,9 lần so với hai nhóm tuổi khởi phát còn lại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, rối loạn chức năng điều hành ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao hơn gấp 3,7 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm ($p=0,0000$). Như vậy kết quả nghiên cứu

của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Có 36% bệnh nhân sử dụng phenolbital có biểu hiện rối loạn chức năng điều hành, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm kháng động kinh cổ điển không phải phenolbital là 27,3%. Tác giả Rausch R(2003) không thấy có sự khác biệt về rối loạn chức năng điều hành ở nhóm sử dụng Carbamazepine với Epanutin. Theo Shehata G A và cộng sự việc đánh giá tác dụng phụ của thuốc kháng động kinh đến các chức năng nhận thức nói chung và chức năng điều hành nói riêng để lựa chọn thuốc cho phù hợp phải đánh giá hai mặt vấn đề, đó là: Thứ nhất giá thành của thuốc phải phù hợp với hoàn cảnh kinh tế của từng bệnh nhân cụ thể, bởi vì quá trình điều trị động kinh là quá trình lâu dài và bền bỉ. Thứ hai nên xem xét lợi ích của việc cắt cơn động kinh với tác dụng phụ về mặt nhận thức của loại thuốc đang sử dụng.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn chức năng điều hành: gặp cao ở nhóm động kinh cục bộ phức hợp và nhóm bệnh nhân có tuổi khởi phát động kinh dưới 6 tuổi.

Tần suất cơn càng dày nguy cơ rối loạn càng cao. Ở nhóm thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao gấp 3,8 lần so với nhóm dưới 1 năm. Thuốc kháng động kinh không có sự khác biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aldenkamp AP, Arends J (2004), "Effects of epileptiform EEG discharges on cognitive function: is the concept of "transient cognitive impairment" still valid", *Epilepsy Behav*, 5(Suppl. 1), S25-S34.
2. Dodrill CB (2004), "Neuropsychological effects of seizures", *Epilepsy Behav*, 5(Suppl. 1), S21
3. Helmstaedter C (2002), "Effects of chronic epilepsy on declarative memory systems", *Prog Brain Res*, 135 (8), 439-453.
4. American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Ed. (DSM - IV)*, Washington DC: American Psychiatric Association.
5. Helmstaedter C (2007), "Cognitive outcome of epileptic in adults", *Epilepsia*, 48(Suppl. 8), 85-90.
6. International League Against Epilepsy (1993), "Guideline for epidemiological study on epilepsy", *Epilepsia*, 13 (2), pp96-592.
7. Jokeit H, Ebner A (2002), "Effects of chronic epilepsy on intellectual functions", *Prog Brain Res*, 135: 455-463.
8. Meador KJ, Loring DW, Huh K, et al (2011), "Comparative cognitive effects of anticonvulsants", *Neurology*, 40, 391-394.

ĐÁNH GIÁ VIỆC KÊ ĐƠN THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI BẰNG TIÊU CHUẨN STOPP VÀ START TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,2}, Nguyễn Ngọc Khôi¹,
Trần Hữu Hiệp^{1,3}, Nguyễn Như Hồ^{1,4}

TÓM TẮT

Tiêu chuẩn STOPP và START là tiêu chuẩn dùng để phát hiện các thuốc được kê đơn có thể không hợp lý (potentially inappropriate medications, PIM) và thiếu sót trong điều trị (potential prescribing omissions, PPO). Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến việc xảy ra PIM và PPO theo tiêu chuẩn STOPP và START trên bệnh nhân cao tuổi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 8554 đơn thuốc của 6756 bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ 15/11/2017 đến 30/11/2017. Tỷ lệ đơn thuốc có ít nhất một PIM là 21,48% và tỷ lệ đơn thuốc

có ít nhất một PPO là 8,04%. Các yếu tố như giới tính nam, tuổi bệnh nhân trên 75 tuổi, tuổi bác sĩ càng cao càng làm giảm số PIM trên bệnh nhân, ngược lại, các yếu tố như số bệnh kèm càng tăng, dùng nhiều thuốc và bác sĩ nam có liên quan đến việc làm tăng kê đơn có PIM. Giới tính bệnh nhân là nam, tuổi bệnh nhân trên 75, số bệnh kèm nhiều, số thuốc dùng trong đơn nhiều làm tăng khả năng gặp PPO, ngược lại bác sĩ nam kê ít PPO hơn bác sĩ nữ.

Từ khóa: Tiêu chuẩn STOPP và START, kê đơn, người cao tuổi, yếu tố liên quan.

SUMMARY

EVALUATION OF DRUG PRESCRIBING IN ELDERLY PATIENTS BASED ON STOPP AND START CRITERIA AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL

STOPP and START criteria are used to identify potentially inappropriate medications (PIM) and potential prescribing omissions (PPO). The aim of this study was to determine prevalence and related-factors associated with PIM and PPO prescribing based on STOPP and START criteria in elderly patients. We conducted a cross-sectional study in 8554

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh;

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

³Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai;

⁴Bệnh viện Nguyễn Trãi, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Hồ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2019

Ngày duyệt bài: 11.3.2019

prescriptions of 6756 patients aged 65 or older at Dong Nai General Hospital from November 15th, 2017 to November 30th 2017. Prevalence of prescriptions with at least one PIM and PPO was 21.48% and 8.04%, respectively. Factors, such as male patient, age of patients older 75 y.o., older doctors could reduce PIM rate, in contrast, higher number of morbidity, higher number of drugs used, and male doctors could increase PIM rate. Factor, such as male patient, age of patients older 75y.o., higher number of morbidity, higher number of drugs used associated with increasing in PPO rate, in contrast, male doctors prescribed lower rate of PPO than female doctors.

Keywords: STOPP and START criteria, prescribing, elderly patient, related factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, dân số thế giới đang có xu hướng già hóa với tỷ lệ người trên 60 tuổi chiếm từ khoảng 8% dân số thế giới vào năm 1980 tăng lên đến gần 12,5% dân số vào năm 2017 [3]. Tại Việt Nam, số lượng và tỷ lệ người cao tuổi cũng tăng nhanh, năm 2015 là 9,6 triệu người, chiếm 10,3% dân số [2]. Việc kê đơn sử dụng thuốc cho người cao tuổi thường phức tạp, do người cao tuổi có tính trạng đa bệnh lý và dễ gặp biến cố có hại của thuốc (Adverse drug events, ADE). Việc kê đơn có khả năng không phù hợp được ghi nhận có tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân này và liên quan đến các ADE có thể dẫn đến phải nhập viện hoặc tử vong [5]. Hiện nay, có nhiều công cụ để phát hiện các sai sót kê đơn được phát triển trên thế giới như tiêu chuẩn Beers, tiêu chuẩn STOPP và START, tiêu chuẩn McLeod. Trong đó, tiêu chuẩn STOPP và START được sử dụng phổ biến tại các nước châu Âu và một số quốc gia khác như Đài Loan, Úc, Canada và Hoa Kỳ. Hiệu quả về cải thiện chất lượng thực hành kê đơn thuốc, các kết quả về mặt lâm sàng và kinh tế cho người bệnh của tiêu chuẩn này đã được chứng minh [5]. Tiêu chuẩn STOPP và START lần đầu được giới thiệu vào năm 2008 tại Iceland, sau đó được cập nhật mới vào năm 2014 với 81 tiêu chí ở phần tiêu chuẩn STOPP để phát hiện các thuốc được kê đơn có thể không hợp lý (Potentially inappropriate medications, PIM) và 34 tiêu chí ở phần tiêu chuẩn START để phát hiện các thiếu sót trong điều trị (Potential prescribing omissions, PPO). Tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, số người cao tuổi được điều trị chiếm tỷ lệ khá cao, do đó việc kê đơn thuốc cho nhóm đối tượng này cần phải hết sức thận trọng. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến việc xảy ra PIM và PPO trong đơn thuốc kê cho bệnh nhân cao tuổi theo tiêu chuẩn STOPP và START.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các đơn thuốc ngoại trú của bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đơn thuốc ngoại trú và dữ liệu bệnh sử của bệnh nhân tương ứng được lưu trữ trong phần mềm eHospital FPT của bệnh viện. Bệnh nhân tuổi đủ 65 tuổi trở lên. Đơn thuốc được kê đơn trong thời từ ngày 15/11/2017 đến 30/11/2017. Chọn mẫu toàn bộ các đơn thuốc ngoại trú kèm thông tin bệnh nhân tương ứng thỏa mãn tiêu chuẩn.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Số liệu được thu thập từ đơn thuốc ngoại trú, các xét nghiệm cận lâm sàng, dữ liệu bệnh sử của bệnh nhân và thông tin năm sinh, giới tính của bác sĩ điều trị từ phần mềm eHospital FPT tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai. Các thông tin được truy xuất bao gồm: mã bệnh nhân, mã tiếp nhận bệnh, thời gian khám bệnh, chẩn đoán, nơi ở; tên thuốc được kê, tên hoạt chất, liều dùng, số lần dùng, số ngày dùng, mã bệnh theo ICD10; giới tính và tuổi của bác sĩ điều trị.

Các thông số chính của nghiên cứu bao gồm:

- Tỷ lệ PIM và PPO được xác định bằng cách đối chiếu từng đơn thuốc với bộ tiêu chuẩn STOPP và START.

- Các yếu tố có liên quan đến việc xảy ra PIM và PPO được xác định bằng phân tích hồi quy logistic đa biến.

Xử lý số liệu: Dùng phần mềm R để phân tích kết quả nghiên cứu. Tỷ lệ PIM và PPO được xác định bằng thống kê mô tả. Sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến để phân tích các yếu tố có liên quan đến việc xảy ra PIM hoặc PPO:

- *Biến phụ thuộc:* đơn thuốc có ít nhất một PIM (có/không); hoặc đơn thuốc có ít nhất một PPO (có/không).

- *Biến độc lập:* Tuổi bệnh nhân (65 – 74 tuổi hoặc ≥ 75 tuổi); Giới tính (nam/nữ); Nơi cư ngụ (trong tỉnh/ngoài tỉnh); Số bệnh được chẩn đoán (biến liên tục); Số thuốc được kê trong đơn (01 – 04 thuốc hoặc ≥ 05 thuốc); Tuổi bác sĩ (biến liên tục); Giới tính bác sĩ (nam/nữ).

Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu ghi nhận 8554 đơn thuốc cho 6756 bệnh nhân. Số bệnh nhân nữ là 3873 chiếm 57,3%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $73,2 \pm 6,6$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 65 – 74 tuổi (62,9%). Có 6590 bệnh nhân thường trú tại tỉnh Đồng Nai chiếm 97,5%; 166 bệnh nhân

ngoài tỉnh Đồng Nai chiếm 2,5%. Số lượng bệnh lý trên mỗi bệnh nhân thấp nhất là 01 bệnh, cao nhất là 10 bệnh. Trung bình mỗi đơn thuốc kê $5,1 \pm 2,1$ thuốc. Trong đó, số đơn thuốc có 5 – 9 thuốc trong đơn chiếm tỷ lệ cao nhất 57,5%.

Về đặc điểm bác sĩ điều trị, có 132 bác sĩ điều trị cho các bệnh nhân trong nghiên cứu. Trong đó có 88 bác sĩ nam (66,7%). Độ tuổi trung bình của bác sĩ điều trị là $33,5 \pm 6,3$. Các bác sĩ từ 26 đến 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (72,8%).

Tỷ lệ PIM và PPO: Tỷ lệ bệnh nhân gặp ít nhất một PIM theo tiêu chuẩn STOPP là 1688/6756 (25%) và tỷ lệ đơn thuốc có ít nhất một PIM là 1837/8554 (21,48%).

Bảng 1. Các yếu tố liên quan đến việc xảy ra PIM

Yếu tố	OR (95% CI)	Giá trị p
Giới tính của bệnh nhân (nam)	0,65 (0,58 – 0,73)	<0,001
Tuổi của bệnh nhân (≥ 75)	0,78 (0,69 – 0,87)	0,025
Nơi cư ngụ (ngoài tỉnh Đồng Nai)	1,10 (0,68 – 1,77)	0,69
Số bệnh	1,05 (1,03 – 1,08)	<0,001
Số thuốc (≥ 05)	5,86 (4,99 – 6,87)	<0,001
Giới tính của bác sĩ (nam)	1,35 (1,19 – 1,53)	<0,001
Tuổi của bác sĩ	0,99 (0,98 – 0,99)	0,045

Các yếu tố có liên quan đến việc xảy ra PPO bao gồm: giới tính bệnh nhân là nam, tuổi bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên, số bệnh kèm nhiều, số thuốc dùng trong đơn nhiều làm tăng khả năng gặp PPO, ngược lại bác sĩ nam kê ít PPO hơn bác sĩ nữ (Bảng 2).

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến việc xảy ra PPO

Yếu tố	OR (95%)	Giá trị p
Giới tính của bệnh nhân (nam)	1,58 (1,35 – 1,86)	0,003
Tuổi của bệnh nhân (≥ 75)	1,75 (1,49 – 2,05)	0,015
Nơi cư ngụ (ngoài tỉnh Đồng Nai)	1,73 (0,98 – 3,06)	0,061
Số bệnh	1,22 (1,18 – 1,27)	0,008
Số thuốc (≥ 05)	1,27 (1,05 – 1,53)	0,011
Giới tính của bác sĩ (nam)	0,77 (0,65 – 0,92)	0,007
Tuổi của bác sĩ	0,99 (0,98 – 1,01)	0,23

IV. BÀN LUẬN

Về tỷ lệ PIM và PPO. Tỷ lệ đơn thuốc có xảy ra ít nhất một PIM là 21,48%, tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất một PIM là 25%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương sử dụng STOPP 2014 để đánh giá PIM của đơn thuốc trên bệnh nhân trên 60 tuổi cho thấy tỷ lệ đơn thuốc xảy ra ít nhất một PIM là 19,4% và tỷ lệ bệnh nhân gặp phải ít nhất một PIM cũng là 19,4% [1]. Tỷ lệ xảy ra PIM trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương. Điều này có thể được lý giải bởi vì cỡ mẫu và thời gian lấy mẫu của chúng tôi lớn hơn, đồng thời số tiêu chí được áp dụng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng nhiều hơn (74 tiêu chí so với 45 tiêu chí). Nghiên cứu của Galvin R. và cộng sự thực hiện tại Ireland cho thấy tỷ lệ bệnh nhân gặp phải ít nhất một PIM là 14,6% với 26

Tỷ lệ bệnh nhân gặp ít nhất một PPO theo tiêu chuẩn START là 618/6756 (9,15%) và tỷ lệ đơn thuốc có ít nhất một PPO là 688/8554 (8,04%).

Các yếu tố có liên quan đến việc xảy ra PIM và PPO: Kết quả hồi quy logistics đa biến cho thấy, các yếu tố như giới tính nam, tuổi bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên, tuổi bác sĩ càng cao càng làm giảm số PIM trên bệnh nhân, ngược lại, các yếu tố như số bệnh kèm càng tăng, dùng nhiều thuốc và bác sĩ nam có liên quan đến việc làm tăng kê đơn có PIM (Bảng 1).

tiêu chí cụ thể của STOPP 2014 được áp dụng [4]. Nghiên cứu của Moriarty F. và cộng sự trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi được chăm sóc tại viện dưỡng lão cho thấy tỷ lệ bệnh nhân gặp ít nhất một PIM là 52,7% với 65 tiêu chuẩn cụ thể được áp dụng [6], cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Từ các nghiên cứu có thể thấy tỷ lệ bệnh nhân gặp ít nhất một PIM dao động từ 14,6 – 52,7%, tỷ lệ này thay đổi tùy theo địa điểm nghiên cứu, các tiêu chuẩn được áp dụng và đặc biệt là đối tượng bệnh nhân nghiên cứu. Mỗi địa điểm nghiên cứu có thể khác nhau về đặc điểm mô hình bệnh tật, các hướng dẫn điều trị và thị trường thuốc, dược phẩm. Hầu hết các nghiên cứu đều không áp dụng được tất cả các tiêu chuẩn cụ thể của STOPP 2014 bởi vì không thể tiếp cận được các thông tin về bệnh sử, các dấu hiệu hoặc triệu chứng được ghi nhận trong thời

gian dùng thuốc.

Tỷ lệ đơn thuốc xảy ra ít nhất một PPO trong nghiên cứu là 8,04%, tỷ lệ bệnh nhân gặp phải ít nhất một PPO là 9,15% với 24/34 tiêu chí cụ thể của START 2014 được áp dụng. Trên thế giới, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân gặp phải PPO cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Galvin R. cho thấy tỷ lệ bệnh nhân gặp phải ít nhất một PPO là 30% với số tiêu chí được áp dụng là 10 [4]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ xảy ra PPO tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu trên thế giới. Có thể do tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu tham khảo, nên bác sĩ có sự cẩn thận hơn để phòng ngừa thiếu sót thuốc có thể xảy ra.

Về các yếu tố liên quan đến việc xảy ra PIM và PPO. Kết quả phân tích các yếu tố liên quan đến việc xảy ra PIM cho thấy, bệnh nhân nam có khả năng gặp phải PIM thấp hơn bệnh nhân nữ (OR = 0,65; 95% CI 0,58 – 0,73; $p < 0,001$); nhóm bệnh nhân trên 75 tuổi có khả năng gặp phải PIM thấp hơn nhóm bệnh nhân còn lại (OR = 0,78; 95% CI 0,69 – 0,87; $p = 0,025$). Kết quả này khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương và các nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương cho thấy giới tính bệnh nhân không ảnh hưởng đến việc xảy ra PIM, về độ tuổi thì nhóm bệnh nhân 75 – 89 tuổi có khả năng gặp PIM cao gấp 1,44 lần nhóm bệnh nhân 65 – 74 tuổi (OR = 1,44; 95% CI 1,14 – 1,83, $p < 0,05$); nhóm bệnh nhân ≥ 90 tuổi có khả năng gặp phải PIM cao gấp 2,35 lần nhóm bệnh nhân 65 – 74 tuổi (OR = 2,35; 95% CI 1,09 – 6,34, $p < 0,05$) [1]. Nghiên cứu của Galvin R. cho thấy giới tính bệnh nhân không ảnh hưởng đến việc xảy ra PIM (OR = 1,05; 95% CI 0,87 – 1,26, $p > 0,05$); về độ tuổi, nhóm bệnh nhân trên 75 tuổi có khả năng gặp phải PIM cao hơn nhóm bệnh nhân còn lại (OR = 1,22; 95% CI 1,00 – 1,50, $p < 0,05$) [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả về sự ảnh hưởng của độ tuổi đến việc xảy ra PIM trái ngược với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Việc bệnh nhân trên 75 tuổi có khả năng gặp PIM thấp có thể do bác sĩ thận trọng hơn khi điều trị cho nhóm bệnh nhân này. Về số thuốc trong đơn (có và không có “đa thuốc” – được tính là từ 5 thuốc trở lên), kết quả nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Nhóm bệnh nhân dùng từ 5 thuốc trở lên có khả năng gặp PIM cao gấp 5,86 lần so với nhóm dùng ít hơn 5 thuốc (OR = 5,86; 95%

CI 4,99 – 6,87; $p < 0,001$). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương, khả năng gặp PIM ở nhóm có “đa thuốc” cao hơn nhóm còn lại với OR = 2,00; 95% CI 1,54 – 2,61; $p < 0,001$ [1]. Các yếu tố về giới tính và tuổi của bác sĩ điều trị đều có liên quan đến việc xảy ra PIM. Khả năng gặp phải PIM ở nhóm được điều trị bởi bác sĩ nam cao gấp 1,35 lần ở nhóm được điều trị bởi bác sĩ nữ (OR = 1,35; 95% CI 1,19 – 1,53; $p < 0,001$). Điều này có thể do bác sĩ nữ cẩn trọng hơn bác sĩ nam trong điều trị cho bệnh nhân cao tuổi. Về tuổi của bác sĩ điều trị, tuổi càng cao thì khả năng bệnh nhân gặp phải PIM càng thấp (OR = 0,99; 95% CI 0,98 – 0,99; $p = 0,045$). Điều này cho thấy bác sĩ có kinh nghiệm hành nghề lâu dài thì càng cẩn trọng hơn khi kê đơn cho người cao tuổi.

Kết quả phân tích các yếu tố liên quan đến việc xảy ra PPO cho thấy, bệnh nhân nam có khả năng gặp PPO cao hơn bệnh nhân nữ (OR = 1,58; 95% CI 1,35 – 1,86; $p = 0,003$). Các nghiên cứu trên thế giới lại cho thấy giới tính không ảnh hưởng đến việc xảy ra PPO [6],[7]. Về độ tuổi, nhóm bệnh nhân trên 75 tuổi có khả năng gặp phải PPO cao hơn (OR = 1,75; 95% CI 1,49 – 2,05; $p = 0,015$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Moriarty F., tuổi bệnh nhân càng tăng thì càng dễ xảy ra PPO (OR = 1,03; 95% CI 1,02 – 1,04; $p < 0,05$) [6]. Ngược lại, nghiên cứu của Galvin R. và nghiên cứu của Perdo-Cabello lại cho thấy tuổi của bệnh nhân không ảnh hưởng đến việc xảy ra PPO [4], [7]. Về số bệnh lý mắc phải, khi bệnh nhân có càng nhiều bệnh lý thì khả năng gặp phải PPO càng tăng (OR = 1,22; 95% CI 1,18 – 1,27; $p = 0,008$). Nghiên cứu của Perdo-Cabello lại cho thấy số bệnh lý không ảnh hưởng đến việc xảy ra PPO [7]. Về số lượng thuốc trong đơn, nhóm bệnh nhân được kê “đa thuốc” có khả năng gặp PPO cao hơn nhóm còn lại (OR = 1,27; 95% CI 1,05 – 1,53; $p = 0,011$). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đơn thuốc có PIM trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao so với các nghiên cứu khác. Các bác sĩ, nhất là các bác sĩ trẻ, khi kê đơn cho bệnh nhân cần cần phải hạn chế tối đa số lượng các thuốc trên bệnh nhân có nhiều bệnh lý để giảm PIM trong đơn thuốc. Mặc dù tỷ lệ PPO trong nghiên cứu này khá thấp, nhưng khi kê đơn, vẫn cần thận trọng cho những bệnh nhân trên 75 tuổi, có nhiều bệnh kèm, những bệnh nhân phải sử dụng nhiều thuốc để giảm hơn nữa

tỷ lệ đơn thuốc có PPO, giúp nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế các ADE có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hương, Hoàng Thị Minh Hiền, Hoàng Thị Kim Huyền (2016). Đánh giá thực trạng kê đơn thuốc ngoại trú trên bệnh nhân cao tuổi theo công cụ sàng lọc STOPP 2014 tại một số bệnh viện trên địa bàn Hà Nội. *Tạp Chí Dược Học*, 481, tr.2-6.
2. Department of Economic and Social Affairs (2015). Population Division 2015. New York.
3. Department of Economic and Social Affairs (2017). World Population Ageing 2017: Highlights. United Nations, New York.
4. Galvin R., Moriarty F., Cousins G. et al. (2014). Prevalence of potentially inappropriate prescribing and prescribing omissions in older Irish adults: findings from The Irish Longitudinal Study

on Ageing study (TILDA). *Eur J Clin Pharmacol*, 70 (5), 599-606.

5. Hill-Taylor B., Sketris I., Hayden J. et al. (2013). "Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact", *J Clin Pharm Ther*. 38 (5), 360-372.
6. Moriarty F., Bennett K., Fahey T. et al. (2015). Longitudinal prevalence of potentially inappropriate medicines and potential prescribing omissions in a cohort of community-dwelling older people. *Eur J Clin Pharmacol*, 71 (4), 473-482.
7. Pardo-Cabello A. J., Manzano-Gamero V., Zamora-Pasadas M. et al. (2018). Potentially inappropriate prescribing according to STOPP-2 criteria among patients discharged from Internal Medicine: prevalence, involved drugs and economic cost, *Arch Gerontol Geriatr*, 74, 150-154.

KẾT QUẢ THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN CÓ XI MĂNG ĐIỀU TRỊ GÂY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HƯNG YÊN

Vũ Minh Hải*, Trần Đình Hán**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thay khớp háng bán phần có xi măng điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên. **Phương pháp:** Mô tả 45 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi, tuổi từ 70 trở lên, có loãng xương, được điều trị bằng thay khớp háng bán phần có xi măng. **Kết quả:** 45 bệnh nhân gồm 8 nam, 37 nữ, tuổi trung bình $82,2 \pm 5,4$ (từ 70-94 tuổi), nguyên nhân đa phần do ngã (91,1%), phân loại theo AO thấy 17 bệnh nhân nhóm A1, 28 bệnh nhân nhóm A2. Tất cả các bệnh nhân đều có bệnh lý loãng xương. Thời gian tập đứng trung bình sau mổ $5,91 \pm 1,39$ ngày. Kết quả sau mổ theo thang điểm Harris Rất tốt: 8,9%. Tốt: 46,7%. Trung bình: 40%. Kém: 4,4%. **Kết luận:** Thay khớp háng bán phần có xi măng là một lựa chọn điều trị gãy liên mấu chuyển ở người cao tuổi có kèm loãng xương, giúp bệnh nhân hồi phục vận động sớm.

Từ khóa: Gãy liên mấu chuyển, thay khớp háng bán phần.

SUMMARY

RESULTS OF CEMENTED PARTIAL HIP REPLACEMENT IN THE ELDERLY INTERTROCHANTERIC FRACTURE IN HUNG YEN GENERALHOSPITAL

*Trường ĐHY Dược Thái Bình

**Bệnh viện Đa khoa Hưng Yên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.1.2019

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2019

Ngày duyệt bài: 28.2.2019

Objective: To evaluate the results of cemented partial hip replacement in the elderly intertrochanteric fracture in Hung Yen general hospital. **Method:** Descriptive research was conducted within 45 patients diagnosed with intertrochanteric fracture, aged 70 and above, having osteoporosis, treated with cemented partial hip replacement. **Results:** 45 patients including 8 men, 37 women, the average age was 82.2 ± 5.4 (from 70 to 94), the major cause was fall (91.1%), being classified according to AO demonstrated that 17 patients belonged to A1 group, 28 patients in A2 group. All patients had osteoporosis. The average time for standing exercises after surgery was 5.91 ± 1.39 days. Postoperative results based on the Harris hip function scale: Excellent: 8.9%. Good: 46.7%. Moderate: 40%. Poor: 4.4%. **Conclusion:** cemented partial hip replacement is an optional treatment for the elderly intertrochanteric fracture accompanied by osteoporosis, this surgery helps patients recover motor function soon.

Keywords: intertrochanteric fracture, partial hip replacement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lựa chọn một phương pháp điều trị cho bệnh nhân cao tuổi gãy liên mấu chuyển xương đùi giúp họ có thể ngồi dậy sớm, vận động sớm để tránh nằm bất động trong một thời gian dài dẫn đến các biến chứng viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét điểm tỳ và bùng phát các bệnh nội khoa mãn tính sẵn có là vấn đề trăn trở của các bác sỹ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. Các phương pháp điều trị bảo tồn như kéo liên tục và bó bột tuy đơn giản nhưng phải nằm bất động

lâu nên nguy cơ gặp các biến chứng toàn thân nặng là rất cao. Các phương pháp kết xương bằng đinh Gamma, nẹp DHS, nẹp góc, nẹp khóa đem lại kết quả khả quan. Tuy nhiên, ở người cao tuổi gãy liên mấu chuyển xương đùi có kèm loãng xương thì kết xương không đạt được yêu cầu cố định ổ gãy vững chắc và sau mổ bệnh nhân vẫn không thể tập vận động sớm. Đối với các bệnh nhân như vậy, nhiều cơ sở chấn thương chỉnh hình trên thế giới và trong nước đã chỉ định thay khớp háng bán phần có xi măng để giúp bệnh nhân có thể ngồi dậy, vận động sớm nhằm tránh các biến chứng do nằm lâu và cải thiện chất lượng cuộc sống. Từ năm 2015 đến nay khoa Chấn thương Chỉnh hình – Bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên đã triển khai phẫu thuật thay khớp háng bán phần có xi măng để điều trị cho các bệnh nhân cao tuổi gãy liên mấu chuyển xương đùi. Chúng tôi tiến hành đề tài nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp và rút kinh nghiệm để nâng cao chất lượng điều trị đối với gãy loại gãy này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bảng 3.2. Phân bố theo tuổi và giới. (n=45)

Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	Số BN	TL%	Số BN	TL%	Số BN	TL%
Nhóm tuổi						
70-79	4	50,0	8	21,6	12	26,7
80-89	4	50,0	25	67,6	29	64,4
≥90	0	0	4	10,8	4	8,9
Tổng	8	100	37	100	45	100
$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	79,63±6,30 (70-88)		82,76±5,13 (70-94)		82,2±5,41 (70-94)	

Nhận xét: Độ tuổi từ 80-89 chiếm tỷ lệ cao nhất (64,4%). Tuổi trung bình chung là 82,2 ± 5,41 BN thấp tuổi nhất là 70 tuổi, cao nhất là 94 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ (8/37).

Bảng 3.3. Phân loại gãy liên mấu chuyển theo AO (n=45)

Phân loại AO	A1		A2		Tổng	
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Nhóm tuổi						
70-79	7	58,3	5	41,7	12	100
80-89	9	31,0	20	69,0	29	100
≥90	1	25	3	75	4	100
Tổng	17	37,8	28	62,2	45	100,0
p	0,224>0,05					

Nhận xét: 28 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển loại A2, chiếm 62,2%. Gãy loại A1 là 17 BN chiếm 37,8%.

Bảng 3.4. Phân loại theo độ loãng xương (Singh)(n=45)

Phân loại LX	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Tổng	
	Số BN	TL%	Số BN	TL%	Số BN	TL%	Số BN	TL%	Số BN	TL%
Nhóm tuổi										
70-79	0	0	1	9,1	2	18,2	8	72,7	11	100,0
80-89	0	0	11	36,7	18	60,0	1	3,3	30	100,0
≥90	1	25,0	3	75,0	0	0	0	0	4	100,0
Tổng	1	2,2	15	33,3	20	44,5	9	20,0	45	100,0
p	<0,05									

Nhận xét: Nghiên cứu này chỉ chọn những bệnh nhân loãng xương từ mức độ IV đến mức độ I. Các bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi loãng xương độ V-VI chúng tôi chọn phương pháp mổ kết hợp xương.

1. Địa bàn nghiên cứu: Khoa Chấn thương Chỉnh hình – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên

2. Đối tượng nghiên cứu: 45 bệnh nhân cao tuổi gãy kín liên mấu chuyển xương đùi kèm loãng xương được lựa chọn phương pháp điều trị thay khớp háng bán phần có xi măng

3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc 45 bệnh nhân thay khớp háng bán phần có xi măng điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi kèm loãng xương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Kết quả chung theo tiêu chuẩn Harris (n=45)

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
Số BN	4	21	18	2
Tỷ lệ %	8,9	46,7	40	4,4

Nhận xét: Thời gian theo dõi ngắn nhất là 2 tháng, dài nhất là trên 31 tháng, kết quả thu được: Rất tốt và tốt là: 55,6%, Trung bình là: 40%, kém: 4,4%. 2 bệnh nhân có kết quả kém là do bệnh nhân đáp thuốc đông y không có kết quả mới đến viện mổ. Bản thân bệnh nhân được chăm sóc kém dẫn tới khả năng hồi phục kém.

Bảng 3.5. Thời điểm bắt đầu tập đứng sau phẫu thuật (ngày), (n= 45)

Ít nhất	4
Nhiều nhất	10
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	5,91 $\pm$ 1,395

Nhận xét: Thời gian tập đứng trung bình là sau 5,91 $\pm$ 1,395 ngày, sớm nhất là sau 4 ngày, muộn nhất là sau 10 ngày.

Bảng 3.6. Thời điểm bắt đầu tập đi sau phẫu thuật (ngày), (n= 45)

Ít nhất	6
Nhiều nhất	15
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	8,51 $\pm$ 1,395

Nhận xét: Thời gian tập đi trung bình là sau 8,51 $\pm$ 1,395 ngày, sớm nhất là sau 6 ngày, muộn nhất là sau 15 ngày. Do người cao tuổi bình thường đi lại chậm chạp lại phải mổ nên động viên bệnh nhân tập đi rất khó khăn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định phẫu thuật: Chỉ định phẫu thuật thay khớp háng bán phần (Bipolar) có xi măng cho bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi theo các tác giả cần căn cứ vào: tuổi, tính chất thương tổn của bệnh nhân, loại gãy theo AO, kinh nghiệm thay khớp của phẫu thuật viên, trang thiết bị, kíp gây mê hồi sức tốt.

Tuổi bệnh nhân: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tuổi 80 - 89 có tỷ lệ cao nhất 64,4%, tiếp theo tuổi 70 - 79 chiếm 26,7%. Tuổi trung bình là 82,20 $\pm$ 5,41, tuổi thấp nhất là 70 tuổi, cao nhất là 94 tuổi,

Kết quả của chúng tôi tương đương với các tác giả trong nước như nghiên cứu của Trần Đình Chiến (2013) tuổi thấp nhất là 72 tuổi, cao nhất là 95 tuổi, trung bình là 82,19 $\pm$ 4,8. Chủ yếu các bệnh nhân trên 80 tuổi, 76,19% [2]. Trong các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài như Kesmezacar H. và cộng sự (2005) có tuổi trung bình là 80 (từ 67 đến 97 tuổi) [5], Gavaska (2013) có tuổi trung bình là 84 (từ 81 đến 94 tuổi) [4]. Nguyễn Việt Cường (2016) có tuổi trung bình là 80,2 (từ 71 đến 92 tuổi) [1]

Phân loại gãy theo AO: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được phân loại A1 và A2 theo AO, chúng tôi không lấy bệnh nhân gãy loại A3. Kết quả chúng tôi thấy rằng chỉ gặp chủ yếu bệnh nhân gãy liên mấu chuyển được phân loại A2, chiếm 62,2%, có 37,2% được phân loại A1.

Về tỷ lệ gãy theo phân loại AO, kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác tác giả Trần Đình Chiến (2013) [2] trên 42 bệnh nhân thấy gãy loại A1 và A2 có tỷ lệ như nhau (50% ổ gãy loại A1, 50% ổ gãy loại A2) Nguyễn Việt Cường

(2016) A1 chiếm 32,5%, A2 chiếm 67,5% [1].

Phân độ loãng xương: Đánh giá mối liên quan giữa độ loãng xương và tuổi, chúng tôi thấy mức độ (nặng) loãng xương tăng dần theo tuổi: Ở độ tuổi 70 - 79, loãng xương độ 3 và độ 4 chiếm 91,7%, ở độ tuổi trên 80 loãng xương độ 2 và độ 3 chiếm 96,6%, ở độ tuổi trên 90 loãng xương độ 1 và độ 2 là chiếm 100% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Về tỷ lệ độ loãng xương kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tương đương với một số tác giả Trần Đình Chiến (2013) có chiếm 88,1% bệnh nhân loãng xương độ 3, Nguyễn Việt Cường (2016) loãng xương độ 3 chiếm 82% [1]. Nguyên nhân có lẽ do chúng tôi có 20% bệnh nhân loãng xương độ 4.

Những bệnh nhân trên 70 tuổi gây liên mấu chuyển và chất lượng xương tốt vẫn có thể kết hợp xương cho bệnh nhân mà chưa nghĩ tới việc thay khớp háng bán phần vì chỏm nhân tạo không thể có chức năng tốt bằng chỏm thật của bệnh nhân và gãy vùng liên mấu chuyển cũng dễ liền xương. Vì vậy chúng tôi chỉ chọn thay khớp háng bán phần cho các bệnh nhân gãy liên mấu chuyển có loãng xương nặng từ độ 1 đến độ 3 theo Singh M. Với những bệnh nhân loãng xương độ 4 tuổi trên 80 chúng tôi mổ thay khớp bán phần là do các bệnh nhân này có bệnh mãn tính tiền lượng thời gian sống không còn dài.

Người cao tuổi có bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp và nhiều bệnh lý mạn tính khác, vì vậy cần được khám xét kỹ trước khi phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, đái tháo đường kèm theo đều đã được chúng tôi điều trị ổn định trước mổ.

4.2. Kết quả chung: Kết quả chung trong nghiên cứu của chúng tôi đạt rất tốt 8,8%, tốt 46,6%, trung bình 40%, kém 4,4%. Kết quả chung của chúng tôi thấp hơn kết quả của một số tác giả như Nguyễn Mạnh Khánh (2012) tại bệnh viện Việt Đức đã thay chỏm Bipolar cho 26 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển kết quả rất tốt và tốt đạt 55,4% [3] còn kết quả của chúng tôi đạt 45,5% rất tốt và tốt. Tác giả Sancheti K H. và cộng sự (2010) cũng nghiên cứu trên 34 bệnh nhân thu được kết quả: rất tốt và tốt đạt 67,7% [6]. Nguyễn Việt Cường tốt và rất tốt 50%. Chúng tôi nhận thấy tỉ lệ tốt và rất tốt của chúng tôi thấp với một số tác giả trong và nước ngoài. Đây là những kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật đối với bệnh viện chúng tôi, hơn nữa sở dĩ kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả khác bởi thời điểm theo dõi xa nhất của chúng tôi là 31 tháng.

V. KẾT LUẬN

Thay khớp háng bán phần có xi măng là một lựa chọn điều trị gãy liên mấu chuyển ở người cao tuổi có kèm loãng xương, giúp bệnh nhân hồi phục vận động sớm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Cường (2016)**, "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar có xi măng tại viện 105 Sơn Tây", Luận văn chuyên khoa II, Học viện quân y Hà Nội.
2. **Hoàng Thế Hùng, Trần Đình Chiến (2013)**, "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi bằng thay khớp háng bán phần Bipolar", Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Quân y.
3. **Nguyễn Mạnh Khánh, Đoàn Việt Quân, Nguyễn Xuân Thủy. (2012)**, "Thay khớp háng bán phần ở bệnh nhân gãy liên mấu chuyển không vững", *Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam*. Số 1 quý II, tr. 35-38.
4. **Gavaskar AS, Tummala NC, Subramanian M. (2013)**, "Cemented or cementless THA in patient over 80 years with fracture neck of femur: a prospective comparative trial", *Eur journal orthop surg traumatol*. 23(4), pp. 443-8.
5. **Hayrettin Kesmezacar. (2005)**, "treatment of intertrochanteric femur fractures in elderly patients: Internal fixation or hemiarthroplasty", *Acta orthop traumatol turc*. 39, pp. 287-294.
6. **Sancheti K H, Sancheti P K, Shyam A K et al (2010)**, "Primary hemiarthroplasty for unstable osteoporotic intertrochanteric fracture in the elderly, a retrospective case series", *Indian journal orthopaedic*. 44, pp. 428-434.

SỰ SẴN CÓ THUỐC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN THUỘC 5 TỈNH TÂY NGUYÊN NĂM 2017

Hà Văn Thúy*, Nguyễn Thị Song Hà**

TÓM TẮT

Nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích số liệu thứ cấp năm 2017 từ danh mục thuốc được sử dụng tại 10 bệnh viện đa khoa huyện (BVĐK huyện) thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên. Nghiên cứu tiến hành từ tháng 7 đến tháng 11/2018 nhằm mô tả cơ cấu danh mục thuốc đã sử dụng tại BVĐK huyện thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên. Kết quả cho thấy, năm 2017 tỷ lệ sử dụng thuốc tân dược của các BV huyện khá thấp so với danh mục BHYT theo Thông tư số 40/2014/TT-BYT (20,8%). Nguyên nhân chủ yếu do không có bệnh nhân hoặc không có nhu cầu (51,31%) và do thuốc không trúng thầu (21,20%). Trung bình mỗi BVĐK huyện có thuốc V chiếm 8,36%, thuốc E chiếm 54,37% và thuốc N chiếm 31,60%. Điều này cho thấy, BVĐK huyện còn dãn trải thuốc cho điều trị bệnh nhẹ, kỹ thuật và thủ thuật ở BV huyện chưa thực sự phát triển. Đây cũng là một nguyên nhân gây quá tải cho bệnh viện tuyến tỉnh. Cơ cấu thuốc nhóm AV, AE, AN của các BVĐK huyện cho thấy sự bất hợp lý do nhóm AN chiếm tỷ lệ rất cao. Tính trung bình, mỗi BVĐK huyện có 27,4 nhóm thuốc điều trị trong năm 2017, trong đó, 10 nhóm thuốc có chi phí cao nhất chiếm 94,55% tổng giá trị tiền thuốc.

SUMMARY

AVAILABILITY OF DRUGS AT DISTRICT GENERAL HOSPITALS IN 5 PROVINCES OF

*BỘ Y TẾ

**Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy

Email: hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2019

Ngày duyệt bài: 11.3.2019

THE CENTRAL HIGHLANDS IN 2017

The study used the method of analyzing secondary data in 2017 from the list of drugs that had been used at 10 district general hospitals in 5 provinces in the Central Highlands. The study was conducted from July to November, 2018 to describe the structure of the list of used drugs at the district general hospital in the Central Highlands. The results showed that: In 2017, the rate of using medicines at district general hospitals was quite low compared to the list of health insurance under the Circular No. 40/2014/TT-BYT (20.8%). The main reasons were that no patient/no need (51.31%) and drugs in the list of not winning bids (21.20%). On average, each district hospital had drug V group accounting for 8.36%, drug E group accounting for 54.37%, drug N group accounting for 31.60%. This shows that district hospitals also spread drugs for treatment of minor illnesses, techniques and tricks for district level have not really developed, and this is also a cause for overloading at the provincial level. Drug structure of AV, AE, and AN groups of district hospitals shows that the unreasonability of AN group was very high. On average, each district general hospital has 27.4 drug groups in 2017, of which, 10 groups of drugs with the highest cost, account for 94.55% of the total value of medicines.

Key words: Drugs, availability, ABC/VEN matrix analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc thiết yếu là thuốc hiệu quả nhất trong cấp cứu, điều trị để bảo vệ tính mạng người bệnh và nâng cao sức khỏe người dân. Thuốc thiết yếu thường chiếm từ 20 - 40% tổng ngân sách dành cho y tế ở nhiều nước đang phát triển. Việc lựa chọn thuốc đóng vai trò quan trọng để bệnh nhân được tiếp cận với thuốc có

chất lượng tốt, hiệu quả điều trị cao và tiết kiệm chi phí. Cung ứng thuốc không hiệu quả và bất hợp lý đặc biệt là trong bệnh viện, đang là một vấn đề bất cập có phạm vi ảnh hưởng rộng ở mọi cấp độ chăm sóc y tế. Việc sử dụng thuốc không hiệu quả và bất hợp lý là một vấn đề có phạm vi ảnh hưởng rộng khắp mọi cấp độ chăm sóc y tế (Hogerzeil 1995).

Việc dùng thuốc thiếu hiệu quả và bất hợp lý trong bệnh viện là nguyên nhân làm tăng đáng kể chi phí của người bệnh trong bối cảnh các nguồn lực ngày càng trở nên khan hiếm và thầy thuốc kê đơn trong cộng đồng thường có thói quen sao chép lại các đơn thuốc dùng trong bệnh viện. Đây thực sự là điều đáng lo ngại. Việc quản lý cung ứng thuốc kém hiệu quả có thể dẫn đến tình trạng lạm dụng thuốc, hạn chế khả năng tiếp cận thuốc thiết yếu, lãng phí một nguồn kinh phí vốn đã rất hạn hẹp và đặt người bệnh vào tình trạng nguy hiểm.

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích VEN/ABC. Tuy nhiên, các nghiên cứu được tiến hành lẻ tẻ tại một bệnh viện hoặc một số bệnh viện, chưa có nghiên cứu trong phạm vi vùng, phạm vi tuyến điều trị cho khu vực vùng sâu, vùng xa, đặc biệt là vùng Tây Nguyên. Vì vậy, tác giả tiến hành nghiên cứu Sự sẵn có thuốc tại bệnh viện đa khoa huyện thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên nhằm mô tả cơ cấu danh mục thuốc đã sử dụng tại bệnh viện đa khoa huyện thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên, từ đó khuyến cáo Bộ Y tế và các bệnh viện trong việc xây dựng kế hoạch và biện pháp sử dụng thuốc một cách hiệu quả, kinh tế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp phân tích số liệu thứ cấp năm 2017 từ danh mục thuốc được sử dụng tại bệnh viện, báo cáo công tác được bệnh viện, các báo cáo thống kê sử dụng thuốc, chi phí thuốc và mẫu bảng kê chi phí khám chữa bệnh sử dụng tại bệnh viện.

2.2. Đối tượng: Thu thập số liệu từ danh mục thuốc bảo hiểm y tế (BHYT) được sử dụng tại bệnh viện đa khoa (BVĐK) huyện năm 2017.

2.3. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại 10 BVĐK huyện thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên gồm: Kon Tum, Gia Lai,

Đắk Lắk, Đắk Nông và Lâm Đồng trong thời gian từ ngày 30/7/2018 đến ngày 11/9/2018.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin: Tại mỗi BVĐK huyện thu thập một phiếu chi phí điều trị năm 2017, một phiếu thanh toán tiền thuốc BHYT năm 2017. Tổng số 10 phiếu chi phí điều trị năm 2017 và 10 phiếu thanh toán tiền thuốc BHYT.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích VEN/ABC dựa theo khuyến cáo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới và Bộ Y tế Việt Nam. Phân tích VEN cho tất cả các hoạt chất trong danh mục thuốc của các bệnh viện được thực hiện bằng cách phân loại hoạt chất ra thành các nhóm thuốc tối cần (V), thiết yếu (E), không thiết yếu (N). Phân tích ABC bằng cách sắp xếp mỗi hoạt chất theo thứ tự chi phí giảm dần. Chi phí tích lũy của tất cả các hoạt chất, phần trăm chi phí tích lũy và phần trăm tích lũy theo số mặt hàng cũng được tính toán. Danh sách này sau đó được phân chia thành các nhóm A, B và C dựa vào tỷ lệ phần trăm tích lũy tương ứng theo mặt hàng (10-20%, 10-20%, 60-80%) và theo giá trị (75-80%, 15-20%, 5-10%). Kết hợp phân tích ABC và phân tích VEN được ma trận ABC/VEN có thể mang lại hiệu quả trong việc kiểm soát lựa chọn và mua thuốc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân tích cơ cấu danh mục thuốc đã sử dụng tại BVĐK huyện năm 2017

Bảng 1. Tỷ lệ % số lượng thuốc đã sử dụng tại BV huyện so với số lượng thuốc trong danh mục thuốc BHYT

Tỉnh	Số lượng	% đã sử dụng	Danh mục thuốc BHYT
Lâm Đồng	217	26,4	822
Đắk Lắk	186	22,6	822
Kon Tum	164	19,9	822
Gia Lai	123	14,9	822
Đắk Nông	166	20,2	822
Trung bình	171	20,8	822

Tỷ lệ sử dụng thuốc tân dược của các BVĐK huyện khá thấp so với danh mục BHYT theo Thông tư số 40/2014/TT-BYT. Tính trung bình BVĐK huyện sử dụng 20,8%. BVĐK huyện tại Lâm Đồng có số lượng thuốc sử dụng nhiều nhất cũng chỉ đạt 26,4%. BVĐK huyện tại Gia Lai có số lượng thuốc sử dụng ít nhất (14,96 %).

Bảng 2. Lý do không có thuốc trong danh mục thanh toán BHYT của BVĐK huyện năm 2017

Lý do	Kon Tum	Gia Lai	Đắk Lắk	Đắk Nông	Lâm Đồng	Tổng
Không có trong danh mục trúng thầu	9,6	3,3	6,6	8,5	83,6	21,2
Không có bệnh nhân/ không có nhu cầu	80,1	65,9	80,9	15,4	11,4	51,3
Đã có thuốc thay thế trong danh mục	7,6	18,9	5,8	58,7	0,7	18,7
Thuốc chương trình	12,2	3,2	4,3	7,5	2,5	4,5

BV huyện không đủ năng lực	0,2	8,4	1,1	9,3	1,8	4,3
Trung bình	80,1	85,0	77,4	79,8	73,6	79,2

Trung bình số lượng thuốc không có trong danh mục thanh toán BHYT của BVĐK huyện là 79,20%. Nguyên nhân không có thuốc so với danh mục thuốc BHYT do bệnh viện không có bệnh nhân hoặc không có nhu cầu chiếm tỷ lệ cao nhất (51,31%). Nguyên nhân này gặp nhiều nhất ở các BVĐK huyện thuộc tỉnh Đắk Lắk (80,97%), tiếp đó là Kon Tum (80,09%), Gia Lai (65,95%), Đắk Nông (15,40%). Tiếp đến, các bệnh viện không có thuốc so với danh mục thuốc BHYT do thuốc không trúng thầu (21,20%), trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất tại BVĐK huyện thuộc tỉnh Lâm Đồng (83,64%) và thấp nhất là các BVĐK huyện thuộc tỉnh Gia Lai (3,29%). Các lý do khác chiếm tỷ lệ thấp hơn, đó là: Đã có thuốc thay thế (18,74%), không đủ năng lực (4,30%), đã có thuốc chương trình (3,84%) và thanh toán trọn gói (0,61%). Như vậy, nguyên nhân thiếu thuốc cần quan tâm tác động đầu tiên tại BVĐK huyện là không có nhu cầu thuốc hoặc không có bệnh nhân và tiếp theo là do thuốc không trúng thầu. Cần có biện pháp tác động đến 2 nguyên nhân này để cải thiện tính sẵn có của thuốc thiết yếu để đảm bảo nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của các BVĐK huyện.

3.2. Phân tích ABC, VEN: Cơ cấu thuốc tân dược, thuốc y học cổ truyền

Bảng 3. Cơ cấu giá trị (tỷ lệ %) thuốc tân dược và thuốc y học cổ truyền tại các BVĐK huyện

Tỉnh	Y học cổ truyền (%)	Tân dược (%)
Kon Tum	28,1	71,9
Gia Lai	21,9	78,1
Đắk Lắk	11,7	88,3
Đắk Nông	38,1	61,9
Lâm Đồng	37,7	62,3
Trung bình	27,9	72,2

Trung bình thuốc y học cổ truyền chiếm tới 27,9%, trong đó cao nhất là BVĐK huyện của tỉnh Đắk Nông (38,1%) và Lâm Đồng (37,7%). Điều này cho thấy, các BVĐK huyện của Tây Nguyên chưa được đầu tư kỹ thuật, chuyên khoa sâu cho khám chữa bệnh.

Cơ cấu giá trị thuốc theo VEN

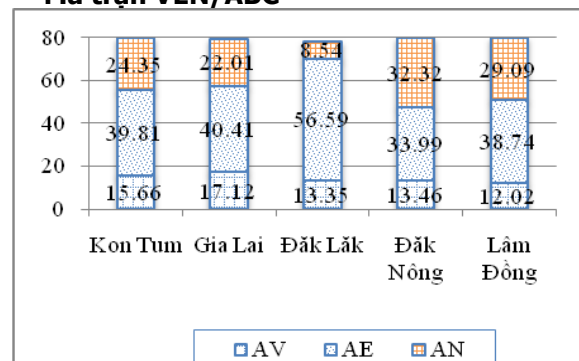
Bảng 4. Cơ cấu giá trị (tỷ lệ %) thuốc nhóm V, nhóm E và nhóm N

Tỉnh	Nhóm V (%)	Nhóm E (%)	Nhóm N (%)
Kon Tum	15,9	49,5	34,6
Gia Lai	18,0	54,0	27,9
Đắk Lắk	14,2	68,9	16,8

Đắk Nông	14,5	43,67	41,8
Lâm Đồng	12,8	50,3	36,9
Trung bình	8,36	54,37	31,60

Trung bình mỗi BVĐK huyện có thuốc V chiếm 8,36%, thuốc E chiếm 54,37%, thuốc N chiếm 31,60%. Cơ cấu thuốc theo phân nhóm VEN tại BVĐK huyện còn chưa hợp lý: Tỷ lệ thuốc N tại BVĐK huyện (31,60%). Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới, thuốc N là thuốc dùng để điều trị bệnh nhẹ, chi phí cao và ưu điểm điều trị thấp. Trong khi đó, tiền thuốc thanh toán BHYT năm 2017 của 10 BVĐK huyện là 76.493,1 triệu VND. Vậy 31,6% cho thuốc nhóm N sẽ là 24.171,82 triệu VND - đây là một số tiền không hề nhỏ cho nhóm thuốc N. BVĐK huyện còn dần trải thuốc cho điều trị bệnh nhẹ, kỹ thuật và thủ thuật cho tuyến huyện chưa thực sự phát triển. Đây cũng là một nguyên nhân gây quá tải cho BVĐK tỉnh. BVĐK huyện thuộc tỉnh Đắk Nông có tỷ lệ thuốc N cao nhất (41,82%). BVĐK huyện thuộc tỉnh Đắk Lắk có tỷ lệ thuốc N thấp nhất (16,82%).

Ma trận VEN/ABC



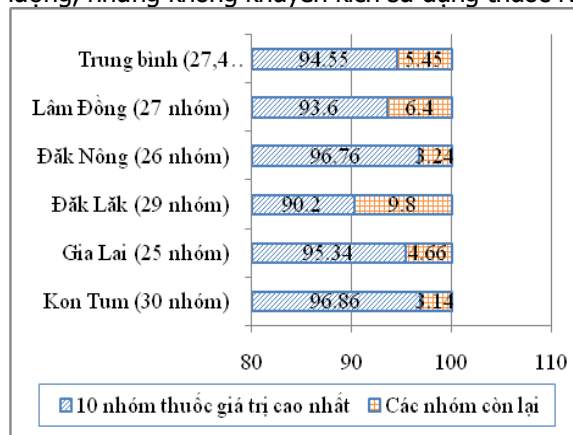
Biểu đồ 1. Cơ cấu thuốc nhóm A của các BVĐK huyện

Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới, thuốc nhóm AV là các thuốc sống còn của cơ sở y tế (V) và có chi phí cao (A); thuốc nhóm AE là các thuốc thiết yếu (E) và có chi phí cao (A); thuốc nhóm AN là các thuốc không thiết yếu (N) và có chi phí cao (A). Cơ cấu thuốc nhóm AV, AE, AN của các BVĐK huyện cho thấy sự bất hợp lý do nhóm AN chiếm tỷ lệ rất cao.

Nhóm thuốc AN của BVĐK huyện tỉnh Đắk Nông chiếm tỷ lệ cao nhất (32,32%), sau đó đến các BVĐK huyện tỉnh Lâm Đồng (29,09%), BVĐK huyện tỉnh Kon Tum (24,35%), BVĐK huyện tỉnh Gia Lai (22,01%). Điều này đồng nghĩa với việc giảm tỷ trọng thuốc AV và AE trong cơ cấu thuốc nhóm A của các bệnh viện này. Đây là sự bất hợp lý trong quản lý mua sắm và sử dụng thuốc. Trong các BVĐK huyện tham gia nghiên cứu, các

BVĐK huyện của tỉnh Đắk Lắk có cơ cấu sử dụng thuốc hợp lý hơn cả khi nhóm AN chỉ chiếm 8,54% giá trị thuốc nhóm A.

Với kết quả ma trận ABC/VEN như trên cho thấy, sự lạm dụng thuốc không thiết yếu với chi phí cao (AN) không tương xứng với hiệu quả điều trị. Cần quan tâm quản lý sử dụng để giảm chi phí nhóm thuốc AN tại BVĐK huyện. Nếu chúng ta quan niệm thuốc phải có hiệu quả rõ rệt trong điều trị thì cần sử dụng phương pháp phân tích VEN, ABC để loại thuốc N ra khỏi danh mục thuốc, sẽ quản lý chất lượng điều trị và quản lý được tiền thuốc BHYT. Khuyến khích sử dụng thuốc sản xuất trong nước đảm bảo chất lượng, nhưng không khuyến khích sử dụng thuốc N.



Biểu đồ 2. 10 nhóm thuốc có chi phí cao nhất của BVĐK huyện năm 2017 (% so với tổng tiền thuốc)

Tính trung bình, mỗi BVĐK huyện có 27,4 nhóm thuốc điều trị trong năm 2017 (dao động từ 25 - 30 nhóm). Trong đó, 10 nhóm thuốc có chi phí cao nhất chiếm 94,55% tổng giá trị tiền thuốc (dao động từ 90,2% đến 96,86%). Các nhóm thuốc còn lại chỉ chiếm 5,45% tổng chi phí thuốc, dao động từ 3,24% - 9,8% tùy bệnh viện.

Mười nhóm thuốc có chi phí cao nhất của các BVĐK huyện tuy có khác nhau, nhưng có 8 nhóm chung và xếp theo thứ tự ưu tiên về chi phí như sau:

- 1) Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn (32,81%).
- 2) Thuốc Y học cổ truyền (27,5%).
- 3) Thuốc đường tiêu hóa (10,91%).
- 4) Thuốc NSAID (6,73%).
- 5) Vitamin và khoáng chất (4,19%).
- 6) Thuốc tim mạch (3,45%).
- 7) Hocmon Insulin và nhóm thuốc hạ đường huyết (2,12%).
- 8) Thuốc tác dụng trên đường hô hấp (1,86%).

Đáng chú ý là một số nhóm thuốc không thiết yếu giá trị cao đã lọt vào 10 nhóm thuốc có chi phí cao nhất tại một số BVĐK huyện. Điều đó

cho thấy sự lãng phí nguồn lực của các bệnh viện này, cụ thể như sau:

- Nhóm thuốc NSAID, cụ thể là alphachymotrypsin lọt vào top 10 nhóm thuốc có chi phí cao nhất của BVĐK huyện thuộc tỉnh Kon Tum và Đắk Nông (4,88% và 3,24%). Các nghiên cứu y học bằng chứng đã chỉ ra rằng alphachymotrypsin không có hiệu quả chống viêm, giảm phù nề.

- Nhóm thuốc y học cổ truyền đứng thứ 2 trong 10 nhóm thuốc chi phí cao nhất ở BVĐK huyện ở Tây Nguyên cho thấy BVĐK huyện chưa được tăng cường kỹ thuật và chuyên khoa sâu, mà phần lớn là chữa bệnh nhẹ. Điều này đồng nghĩa với chuyển tuyến lên BVĐK tỉnh nhiều. Đây cũng là một yếu tố gây quá tải cho BVĐK tỉnh.

- Khoáng chất và vitamin đứng thứ 5 trong 10 nhóm thuốc chi phí cao nhất cho thấy tình trạng quá lạm dụng khoáng chất và vitamin. BVĐK huyện của Tây Nguyên cần kiểm soát sử dụng khoáng chất và vitamin để tập trung kinh phí cho thuốc chữa bệnh và tăng cường kỹ thuật điều trị tại BV huyện.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

4.1. Kết luận

- Việc triển khai đấu thầu thuốc tân dược hiện nay chưa đáp ứng được thuốc cho BVĐK huyện của Tây Nguyên. Tính trung bình BVĐK huyện sử dụng 20,8%, trong đó BVĐK huyện tại Lâm Đồng có số lượng thuốc sử dụng nhiều nhất cũng chỉ đạt 26,4%.

- Trung bình số lượng thuốc không có trong danh mục thanh toán BHYT của BVĐK huyện là 79,20%. Nguyên nhân không có thuốc so với danh mục thuốc BHYT do bệnh viện không có bệnh nhân hoặc không có nhu cầu chiếm tỷ lệ cao nhất (51,31%). Tiếp đến, các bệnh viện không có thuốc so với danh mục thuốc BHYT do thuốc không trúng thầu (21,20%).

- Cơ cấu thuốc tân dược, thuốc y học cổ truyền: Trung bình thuốc y học cổ truyền chiếm tới 27,9%, trong đó cao nhất là BVĐK huyện của tỉnh Đắk Nông (38,1%) và Lâm Đồng (37,7%).

- Về cơ cấu giá trị thuốc theo VEN: Trung bình mỗi BVĐK huyện có thuốc V chiếm 8,36%, thuốc E chiếm 54,37%, thuốc N chiếm 31,60%. Trong khi đó, nhóm thuốc không thiết yếu (N) chiếm tới 31,6%.

- Tính trung bình, mỗi BVĐK huyện có 27,4 nhóm thuốc điều trị trong năm 2017 (dao động từ 25 - 30 nhóm). Trong đó, 10 nhóm thuốc có chi phí cao nhất chiếm 94,55% tổng giá trị tiền thuốc (dao động từ 90,2% đến 96,86%).

- Về phân loại thuốc theo VEN/ABC cho thấy: Nhóm thuốc AN của BVĐK huyện tỉnh Đắk Nông chiếm tỷ lệ cao nhất (32,32%), tiếp đến BVĐK huyện tỉnh Lâm Đồng (29,09%), BVĐK huyện tỉnh Kon Tum (24,35%), BVĐK tỉnh Gia Lai (22,01%). Điều này đồng nghĩa với việc giảm tỷ trọng thuốc AV và AE trong cơ cấu thuốc nhóm A của các bệnh viện này.

4.2. Kiến nghị

- Tăng cường đầu tư quốc gia nhiều hoạt chất hơn nữa, tiến tới thống nhất giá thuốc toàn quốc với những thuốc sử dụng nhiều.

- Loại bỏ thuốc không thiết yếu ra khỏi danh mục thuốc BHYT trên cơ sở y học bằng chứng cập nhật.

- Xây dựng và cập nhật hướng dẫn điều trị quốc gia làm cơ sở để xây dựng hướng dẫn điều trị của bệnh viện. Giám sát việc thực hiện hướng dẫn điều trị tại cơ sở y tế để đảm bảo chất lượng điều trị và chi phí hợp lý trong điều trị.

- Các cơ sở y tế cần xây dựng kế hoạch và biện pháp giảm lạm dụng thuốc bổ trợ, thuốc y học cổ truyền, khoáng chất và vitamin, đặc biệt là các thuốc N không hiệu quả. Đưa thông tin y

học bằng chứng về hiệu quả điều trị một số thuốc N mà các cơ sở y tế hay lạm dụng để giảm dần, tiến tới loại bỏ các thuốc đó.

- Triển khai và giám sát thực hiện hướng dẫn điều trị. Thực hành phân tích VEN, ABC để lựa chọn thuốc xây dựng danh mục thuốc hợp lý cho bệnh viện. Quản lý sử dụng thuốc điều trị hợp lý nhằm tăng cường chất lượng điều trị và đảm bảo kinh tế được trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 về Ban hành và hướng dẫn thực hiện Danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.
2. Bộ Y tế (2013); Thông tư số 21/2013/TT-BYT ngày 08/8/2013 về Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị bệnh viện.
3. Fijn, R., et al (1999), Drug and Therapy (D&T) committees in Dutch hospital: a nation-wide, survey of structure, activities and drug selection procedures. Br J Clin Pharmacol 48(2), p 239-46.
4. Gupta, R., et al (2007). ABC and VED Analysis in Medical Stores Inventory Control. MJAFI; p. 325-327.
5. Kathleen Holloway, Terry Green, WHO/ EDM/ PAR (2004). Drug Therapeutics Committees (A Practical Guide). Page vii, 71, 74, 78./.

KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT U MÀNG NÃO CÁNH NHỎ XƯƠNG BƯỚM

Nguyễn Thế Hào*, Phạm Quỳnh Trang*, Trần Trung Kiên*

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả vi phẫu thuật khối u màng não cánh nhỏ xương bướm. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang 24 bệnh nhân u màng não cánh nhỏ xương bướm, tại bệnh viện Bạch Mai từ 10/2013 đến 6/2018. **Kết quả:** Tuổi trung bình 55,4. Tỷ lệ nữ/nam: 2/1. Vị trí 45,8% ở 1/3 giữa, 25% ở 1/3 trong và 29,2% ở 1/3 ngoài. 91,7% có kết quả tốt và 8,3% kết quả trung bình. 70,9% cắt bỏ toàn bộ u, 20,8% cắt bỏ phần lớn và chỉ 8,3% cắt một phần u. Kết quả tốt khi khối u 1/3 ngoài và 1/3 giữa (100%), khối u < 3cm (100%), mạch nằm ngoài u (100%), u mềm (94,7%). Tỷ lệ cắt hết u cao khi khối u ở 1/3 ngoài (100%), kích thước < 3cm (100%), các mạch máu ở ngoài u (100%), mật độ u mềm (78,9%). Những bệnh nhân không cắt được hết u là những u ở vị trí 1/3 trong cánh nhỏ xương bướm, u kích thước lớn, khối u có mạch máu ở trong, mật độ chắc. **Kết luận:** Kết quả phẫu thuật UMN cánh bướm nhỏ có thể đạt tới 91,7% tốt, không có tử vong, và 70,9% cắt được hết u. Kết quả tốt liên quan đến vị trí 2/3 ngoài,

kích thước < 3cm, động mạch não không nằm trong u, mật độ khối u mềm.

SUMMARY

MICROSURGICAL OUTCOMES OF SPHENOID WING MENINGIOMAS

Objective: Evaluating surgical outcome of sphenoid wing meningiomas. **Method:** This prospective study was implemented on 24 patients with sphenoid wing meningiomas, admitted at Bach Mai hospital from 10/2013 to 6/2018. **Results:** Mean age: 55.4, Female/Male: 2/1. In terms of site: 45.8% tumors located at 1/3 middle, 25% at 1/3 deep, and 29.2% at lateral sphenoid ridge. 91.7% were estimated in good results. 70.9% were completely removed. The good outcome was showed when tumors didn't encase cerebral arteries, tumor tissue was soft and size tumors <3cm. High rate removed tumors were in 2/3 lateral, size < 3cm and soft, the cerebral arteries weren't embedded. **Conclusions:** The good surgical outcome of sphenoid wing meningiomas accounts for 91.7%, with no mortality and completely removed tumor in 70.9%. Factors influencing surgical results include vessel encasement tumor, hard tumor, large size, deep sphenoid ridge meningiomas.

Keywords: sphenoid meningiomas, cranial base meningiomas, skull base surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hào

Email: nguyenthethao2002@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.1.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2019

Ngày duyệt bài: 8.3.2019

Khối u màng não cánh nhỏ xương bướm là những khối u màng não gắn liền với màng não của cánh nhỏ xương bướm. Về mặt phẫu thuật, khối UMN ở vị trí này được chia ra làm 3 loại: 1/3 trong, 1/3 giữa và 1/3 ngoài. Đây là loại khối u màng não nền sọ khá phức tạp và phẫu thuật khó do thường liên quan chặt chẽ với các cấu trúc mạch máu, thần kinh quan trọng như các động mạch não ở đa giác Willis, các dây thần kinh sọ I,II,III..., và giao thoa thị giác, cuống tuyến yên. UMN cánh nhỏ xương bướm thường là loại u thường lành tính nên tiên lượng thường tốt nếu cắt bỏ được hoàn toàn. Nhưng do đặc điểm giải phẫu của loại u này, nên khả năng cắt bỏ toàn bộ khối u đôi khi rất khó khăn, và tỉ lệ tử vong vẫn còn cao. Một số yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, bao gồm những yếu tố: vị trí, kích thước, mật độ, và khối u bọc các động mạch não đã được đánh giá và các tác giả đều thống nhất tỉ lệ tỉ vong liên quan chặt chẽ với biến chứng rách động mạch não và tổn thương não khi mổ. Để đánh giá kết quả phẫu thuật UMN cánh nhỏ xương bướm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 24 bệnh nhân có khối u màng não loại này, được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai và đánh giá kết quả trên 2 phương diện kết quả lâm sàng và mức độ cắt bỏ u.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 24 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật khối u màng não cánh nhỏ xương bướm tại Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 10/2013 đến tháng 6/2018.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:
+ Bệnh nhân < 75 tuổi, thể trạng tốt
+ Khối UMN ở vị trí cánh nhỏ xương bướm.
+ Gia đình và bệnh nhân đồng ý mổ
+ Phẫu thuật lấy u trong mổ gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh và có chụp CHT kiểm tra sau mổ 3 tháng.

+ Xét nghiệm giải phẫu bệnh là u màng não
- Tiêu chuẩn loại trừ:
+ Tuổi cao > 75, thể trạng kém
+ U vùng cánh bướm không phải u màng não
+ Không có xét nghiệm giải phẫu bệnh
+ Không đồng ý mổ

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

3. Cơ mẫu: Lựa chọn theo thực tế trong thời gian nghiên cứu

4. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được khám, đánh giá lâm sàng. Chụp phim cộng hưởng từ, chụp mạch não DSA. Nút mạch nuôi u trước mổ. Đánh giá trước mổ: vị trí, kích thước

khối u, vị trí các động mạch não so với khối u, các động mạch não có nằm trong khối u hay không nằm trong u? Phẫu thuật vi phẫu qua đường mở sọ trán thái dương, và mở sát nền sọ. Không có trường hợp nào chúng tôi cắt cung zygoma. Đánh giá mật độ khối u thực tế ngay trong mổ. Lấy u bằng máy hút, dao siêu âm, dao điện, dao lưỡng cực. Kết quả đánh giá ở thời điểm xa 3-6 tháng sau mổ.

5. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Chúng tôi đánh giá tiên lượng trên 4 yếu tố: vị trí khối u, khối u bọc các động mạch não, mật độ khối u (mềm dễ hút, chắc khó hút khi sử dụng sao siêu âm), kích thước khối u (<3cm, >3cm). Kết quả đánh giá trên hai phương diện: độ lâm sàng theo Karnofsky, nhận định lấy mức độ hết u trong mổ và chụp cộng hưởng từ sọ não kiểm tra sau 3 tháng để xác định còn u hay không. Kết quả lâm sàng chia 3 mức độ: tốt khi Karnofsky >80, trung bình 40-80 và xấu <40. Mức độ cắt bỏ u chia 3 mức: toàn bộ (khi lấy hết và đốt màng cứng chân u), cắt bỏ phần lớn khi cắt > 2/3 thể tích khối u và cắt bỏ một phần khi u chỉ cắt được <2/3 khối u.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 10/2013 đến 6/2018 có 24 bệnh nhân u màng não cánh nhỏ xương bướm được phẫu thuật.

1. Tuổi: Thay đổi từ 31 đến 75, tuổi trung bình 55,4

2. Giới: Có 16 nữ và 8 nam. Tỉ lệ nữ/nam: 2/1

3. Vị trí khối u

Vị trí khối u	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
1/3 trong cánh nhỏ xương bướm	6	25%
1/3 giữa cánh nhỏ xương bướm	11	45,8%
1/3 ngoài cánh nhỏ xương bướm	7	29,2%

45,8% khối UMN cánh nhỏ xương bướm nằm ở vị trí 1/3 giữa, ở 1/3 trong chiếm tỉ lệ 25% và 29,2% ở 1/3 ngoài.

4. Kết quả lâm sàng: Khám lại sau 3-6 tháng cho thấy 22 bệnh nhân (91,7%) có kết quả tốt và 2 bệnh nhân (8,3%) kết quả trung bình, không có tử vong và sống thực vật.

5. Kết quả về mức độ cắt bỏ khối u: Trên phim chụp CHT ở thời điểm 3 tháng cho thấy bệnh nhân (70,9%) cắt bỏ được toàn bộ khối u, 5 bệnh nhân (20,8%) cắt bỏ được phần lớn khối u và chỉ 2 bệnh nhân (8,3%) cắt bỏ một phần u.

6. Liên quan các đặc điểm khối u với kết quả

lâm sàng:

Kết quả lâm sàng Đặc điểm u	Tốt	Trung bình
Vị trí khối u: 1/3 trong: n=6 1/3 giữa: n=11 1/3 ngoài: n=7	4 (66,7%) 11 (100%) 7 (100%)	2 (33,3%) 0 0
Kích thước khối u: <3cm: n=7 >3cm: n=17	7(100%) 15 (88,2%)	0 2 (11,8%)
Liên quan mạch máu não: Mạch não ở trong u: 20 Mạch máu ở ngoài u: 4	18 (90%) 4 (100%)	2 (10%)
Mật độ khối u: Chắc: n=5 Mềm: n=19	4 (80%) 18 (94,7%)	1 (20%) 1 (5,3%)
Tổng	22 (91,7%)	2 (8,3%)

Về lâm sàng: + 91,7% có kết quả tốt, trong đó, tất cả khối u ở 1/3 ngoài và 1/3 giữa đều có kết quả tốt và chỉ 66,7% khối u ở 1/3 trong có kết quả tốt. Về kích thước thì tất cả các khối u < 3cm có kết quả tốt, chỉ 88,2% khối u trên 3cm có kết quả tốt. Tất cả các trường hợp mạch nằm ngoài u đều tốt, chỉ 90% bệnh nhân mạch nằm trong u có KQ tốt. 80% u chắc có KQ tốt và 94,7% u mềm có KQ tốt

+ 8,3% UMN cánh bướm có kết quả trung bình: khi khối u ở 1/3 trong, u có kích thước lớn >3cm, và có các động mạch não trong u.

7. Liên quan đặc điểm khối u và mức độ cắt bỏ:

Mức độ cắt bỏ Đặc điểm u	Toàn bộ	Phần lớn	Một phần
Vị trí khối u: 1/3 trong: n=6 1/3 giữa: n=11 1/3 ngoài: n=7	4 6 (54,5%) 7 (100%)	1 4 (36,4%) 0	1 1 (9,1%) 0
Kích thước: <3cm: n=7 >3cm: n=17	7 (100%) 10 (58,8%)	0 5 (29,4%)	0 2 (11,8%)
Mạch máu não: Trong u: n=20 Ngoài u: n=4	13 (65%) 4 (100%)	5 (25%) 0	2(10%) 0
Mật độ: Chắc: n=5 Mềm: n=19	2 (40%) 15 (78,9%)	2(40%) 3 (15,8%)	1 (20%) 1 (5,3%)
Tổng	17 (70,9%)	5 (20,8%)	2 (8,3%)

Cắt bỏ toàn bộ u là 70,9%. Tỷ lệ cắt hết u cao khi khối u ở 1/3 ngoài (100%), kích thước < 3cm (100%), các mạch máu ở ngoài u (100%), mật độ u mềm (78,9%). Những bệnh nhân không cắt được hết u là những u ở vị trí 1/3 trong cánh nhỏ xương bướm, u kích thước lớn, khối u có mạch máu ở trong, mật độ chắc.

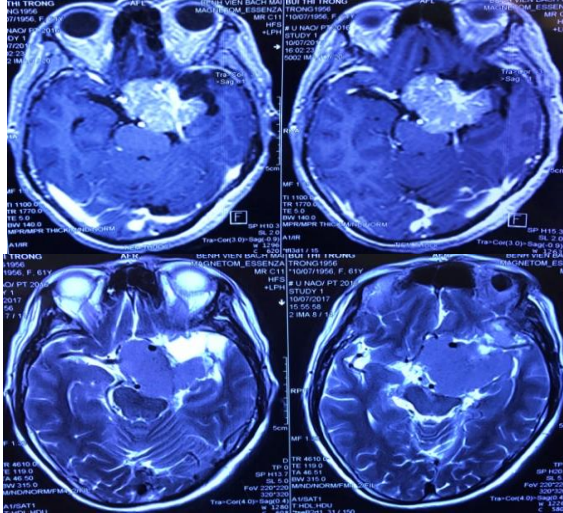
IV. BÀN LUẬN

Trong phẫu thuật UMN nền sọ nguy cơ tử vong thường liên quan đến tổn thương mạch máu lớn, tổn thương các động mạch xuyên, hay tổn thương cuống tuyến yên. Các di chứng thần kinh sau mổ có thể do hiện tượng thiếu máu sau mổ, hay do tổn thương não trong quá trình phẫu thuật hay do tổn thương các dây thần kinh sọ. Riêng trong UMN cánh nhỏ xương bướm, khối u thường liên quan tới ĐM cảnh trong, ĐM não giữa, ĐM thông sau, và các dây thần kinh sọ số II, III, đôi khi số I, phẫu thuật cắt bỏ u là phẫu thuật khó, và có nguy cơ do phẫu trường sâu, liên quan chặt chẽ với các cấu trúc mạch máu, thần kinh quan trọng, và đòi hỏi những trang thiết bị tốt, kỹ thuật điều luyện, nhất là khối UMN ở 1/3 trong cánh bướm. Tổn thương mạch máu lớn khi mổ UMN cánh bướm có thể ở 3 dạng: rách thành mạch, mất một phần thành mạch, hoặc do đứt nhánh bên sát gốc gây vết thương bên mạch máu. Tổn thương mạch máu thường nặng và rất khó khăn để phục hồi lại lưu thông do khó xác định được ngay đầu gần để kẹp tạm thời, chảy máu nhiều, thành mạch khó khâu, và khâu dễ bị hẹp.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 91,7% có kết quả tốt về lâm sàng, và cắt bỏ được hết u chiếm tới 70,9%. Như các nghiên cứu khác các yếu tố tiên lượng trong phẫu thuật UMN cánh nhỏ xương bướm nói riêng là: vị trí, kích thước, mật độ khối u, các ĐMN nằm trong u (gồm ĐM cảnh trong, ĐM não trước, ĐM não giữa, và ĐM thông sau). Những khối u ở 2/3 ngoài, kích thước < 3 cm, mật độ mềm, và mạch não không nằm trong khối u thì có tỉ lệ cao cắt bỏ được hoàn toàn khối u. Và ngược lại, những khối u ở 1/3 trong, kích thước > 3 cm, mật độ chắc và mạch máu lớn nằm trong u thì tỉ lệ cắt bỏ được thấp. Khi mạch máu lớn nằm trong khối u thì phẫu thuật rất khó khăn và có nguy cơ gây thiếu máu não sau mổ do làm tổn thương các ĐMN trong quá trình phẫu thuật và hiện tượng co thắt ĐMN sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ cao khối u bọc ĐMN là đối với nhóm bệnh nhân UMN cánh nhỏ xương bướm, Với những khối u ở 1/3 trong cánh nhỏ xương bướm thì 100% bao bọc ĐMN, khối u ở 1/3 giữa cánh nhỏ xương bướm thì 2/3 bọc ĐMN (hình 1). Brotchi.J, và Bonnal.JP [4] cũng nhận thấy tỉ lệ cao bao bọc ĐMN của những khối u ở 2/3 trong cánh xương bướm. Mặt khác với vị trí khối u có thể có nguy cơ tổn thương não gây tử vong, hay nguy cơ tổn thương các dây thần kinh sọ. Những khối u càng

lớn thì nguy cơ bọc ĐMN càng cao, khi u kích thước > 3cm, thì nguy cơ bọc ĐMN sẽ cao hơn và nếu có bọc ĐMN thì đường đi ĐMN trong khối u thường dài, và có thể bao bọc nhiều ĐMN nên gây khó khăn cho khả năng cắt bỏ toàn bộ khối u.



Hình 1: Khối UMN 1/3 trong cánh bướm nhỏ bên trái có mạch máu lớn trong u

V. KẾT LUẬN

Kết quả phẫu thuật UMN cánh bướm nhỏ có thể đạt tới 91,7% tốt, không có tử vong, và 70,9% cắt được hết u. Kết quả tốt liên quan đến vị trí 2/3 ngoài, kích thước < 3cm, động mạch não không nằm trong u, mật độ khối u mềm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thế Hào, Phạm Quỳnh Trang (2013)** "Đánh giá những yếu tố tiên lượng trong phẫu thuật UMN nền sọ trước", Y học thực hành, 891+892, 318-321.
2. **Al-Mefty.O, Smith.RR (1991)** "Tuberculum sellae meningiomas" in Meningiomas, Raven Press, New York, 395-411.
3. **Shankar.GM, Barker.FG (2015)** "Meningiomas" In Neurosurgery knowledge update, 887-892.
4. **Brotchi.J, Bonnal.JP (1991)** "Lateral and middle sphenoid wing meningiomas" in Meningiomas, Raven Press, New York, 413-425.
5. **Raper.DM, Starke.RM, Henderson.FJ et al (2014)** "Preoperative embolization of intracranial meningiomas: efficacy, technical considerations, and complication", AJNR, 35, 1798-1804.
6. **Di Leva.A, Lee.JM, Cusimano.MD (2016)** "Pearls of skull base meningioma surgery" In Handbook of skull base surgery, 449-456.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT 12 MẪU QUA TRỰC TRÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Vũ Trung Kiên¹, Đỗ Trường Thành²

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả phương pháp sinh thiết tuyến tiền liệt (TTL) 12 mẫu qua trực tràng trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 120 bệnh nhân (BN) được sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện Việt Đức từ 12/2015 – 4/2017. **Kết quả:** 33,3% carcinoma TTL, 1,8% PIN cao, 1,8% PIN thấp. 60% BN ung thư ở giai đoạn II, 16,7% giai đoạn III, 11,1% giai đoạn IV và 7,5% giai đoạn I. Biến chứng 28,3%, chủ yếu đái máu đại thể 15,8%, chảy máu trực tràng mức độ nhẹ 10%, 0,83% nhiễm khuẩn huyết. **Kết luận:** Sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu qua trực tràng tăng tỉ lệ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt ở giai đoạn sớm.

Từ khóa: Sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu.

SUMMARY

THE RESULT OF 12 CORES TRANSRECTAL PROSTATE BIOPSY FOR DIAGNOSIS PROSTATE CANCER AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of 12 cores transrectal prostate biopsy for diagnose prostate cancer. **Materials and Methods:** A cross-sectional study on 120 patients were underwent 12 cores transrectal ultrasound guided prostate biopsy from 12/2015 – 4/2017. **Result:** The cancer detection rate is 33,3 percent (40/120), high grade prostatic intracellular neoplasia HPIN (0,83%), Low grade prostatic intracellular neoplasia LPIN (0,83%) 60% patients who had prostate cancer was stage II, 16,7% stage III and 11,1% stage IV and stage I 7,5%. Complication was 28,3%, the common is hematuria 15,8%, mild rectal bleeding (10%) and sepsis 0,83%. **Conclusion:** 12 cores transrectal prostate biopsy help to increase for detect prostate cancer rate which early stage.

Keyword: 12 cores prostate biopsy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt đứng đầu trong ung thư đường tiết niệu và đứng thứ hai trong các

¹Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Kiên

Email: kvutrongkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2019

Ngày duyệt bài: 11.3.2019

bệnh ung thư ở nam giới. Chẩn đoán xác định cần dựa vào thăm trực tràng, PSA huyết thanh. Sinh thiết tuyến tiền liệt có vai trò quyết định trong chẩn đoán xác định bệnh, giai đoạn bệnh và phương pháp điều trị bệnh. Tuy nhiên kết quả sinh thiết phụ thuộc vào phương pháp, kỹ thuật sinh thiết tuyến tiền liệt.

Năm 1989, sinh thiết 6 mẫu theo mặt phẳng trước sau lần đầu tiên được giới thiệu bởi Hodge và cộng sự [5] và đã trở thành phương pháp tiêu chuẩn để sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm trong nhiều năm. Nhưng sau đó có nhiều nghiên cứu cho rằng sinh thiết càng nhiều mẫu thì tăng tỉ lệ phát hiện ung thư, và khuyến cáo nên sinh thiết nhiều mẫu hơn mở rộng ra vùng ngoại vi của tuyến tiền liệt làm gia tăng sự phát hiện ung thư [6]. Ngày nay phương pháp sinh thiết 12 mẫu được nhiều nơi trên thế giới áp dụng. Tại Việt Nam sinh thiết tuyến tiền liệt được thực hiện từ đầu những năm 2004 -2005 lúc đầu sinh thiết qua tầng sinh môn sau sinh thiết qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm. Năm 2006 tại Trung tâm Medic và tại bệnh viện Bình Dân bắt đầu thực hiện sinh thiết TTL qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm bằng 6 mẫu. Gần đây, một số trung tâm đã thực hiện sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu, kết quả cho thấy tỉ lệ phát hiện UTTTL đã tăng lên. Để tăng tỉ lệ phát hiện sớm UTTTL tại bệnh viện Việt Đức phương pháp sinh thiết TTL 12 mẫu được thực hiện từ năm 2015, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu "*Đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt*".

Bảng 2: Kết quả sinh thiết theo giá trị PSA

PSA(ng/ml)	< 10		10-20		> 20		Tổng	
	N	Tỉ lệ %	N	Tỉ lệ %	N	Tỉ lệ %	N	Tỉ lệ %
Ung thư	2	5	15	37,5	23	57,5	40	100
QSLT	15	18,99	37	46,83	26	32,91	78	100
PIN thấp		0	1	100	0		1	100
PIN cao			1	100			1	
Tổng	17	14,17	54	45	49	40,83	120	100

UTTTL phát hiện nhiều nhất ở nhóm người bệnh ung thư có PSA > 20 ng/ml chiếm 57,5%, PSA càng cao thì tỉ lệ phát hiện ung thư TTL càng tăng có ý nghĩa thống kê với p = 0,05.

- Kết quả theo DRE

Bảng 3: Kết quả theo DRE

DRE	Kết quả sinh thiết		Tổng
	Không ung thư	Ung thư	
Không nghi ung thư	68 (73,11%)	25 (26,88)	93
Nghi ung thư	12 (44,44%)	15 (55,56%)	27
Tổng	80 (66,67%)	40 (33,33%)	120

Kết quả thăm khám TTL qua trực tràng và kết quả STTTL phát hiện ung thư TTL có quan hệ với nhau với p = 0,02.

- Tai biến và biến chứng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 120 BN được sinh thiết TTL 12 mẫu qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 12/2015- 4/2017.

Tiêu chuẩn chọn BN: BN có PSA > 10 ng/ml
- Thăm trực tràng, tuyến tiền liệt (DRE) có nhân cứng nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. BN được sinh thiết TTL 12 mẫu, 6 mẫu mỗi thùy và theo các vị trí của TTL (đỉnh, trung tâm và đáy tuyến tiền liệt), Chọc sinh thiết theo mặt cắt dọc, lần lượt từ vùng đỉnh đến đáy tuyến, có thể tới vùng túi tinh từng thùy và đánh số mẫu theo thứ tự: Bên phải ký hiệu (I): 1, 2, 3, 4, 5, 6; Bên trái ký hiệu (II): 7, 8, 9, 10, 11, 12. Trước và sau sinh thiết BN được chuẩn bị đại tràng, sử dụng kháng sinh. Các mẫu sinh thiết được đọc kết quả tại khoa Giải phẫu bệnh, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả sinh thiết:

Bảng 1: Kết quả sinh thiết

Kết quả	N	Tỷ lệ %
UTTTL	40	33,3
Tăng sinh lành tính	78	65,1
Tân sinh biểu mô biệt hóa cao (PIN cao)	1	0,8
Tân sinh biểu mô biệt hóa thấp (PIN thấp)	1	0,8
Tổng	120	100%

Ung thư TTL là 33,3%, tăng sinh lành tính 65,1%, tân sinh biểu mô biệt hoá cao (PIN cao), tân sinh biểu mô biệt hoá thấp (PIN thấp) chiếm 0,8%.

Bảng 4: Các tai biến, biến chứng

Biến chứng		N	Tỷ lệ (%)
Không có biến chứng		86	71,7
Biến chứng	Chảy máu hậu môn- trực tràng	12	10
	Đái máu đại thể	19	15,8
	Nhiễm khuẩn tiết niệu	9	7,5
	Nhiễm khuẩn huyết	1	0,83
	Bí đại	8	6,7

Biến chứng gặp chủ yếu là đái máu đại thể 15,8%, nhiễm khuẩn tiết niệu 7,5%.

Bảng 5. Phân nhóm BN UTTL theo thang điểm Gleason

Điểm Gleason	N	Tỷ lệ %
2-6	7	17,5
7	17	42,5
8-10	16	40
Tổng	40	100

Chủ yếu BN UTTL có yếu tố nguy cơ cao khi điểm Gleason từ 8-10 chiếm 40%, yếu tố nguy cơ trung bình 42,5%.

- Chẩn đoán giai đoạn ung thư

Bảng 6. Chẩn đoán giai đoạn ung thư

Chẩn đoán giai đoạn	Số lượng	Tỷ lệ %
Giai đoạn I	3	7,5
Giai đoạn II	24	60
Giai đoạn III	6	15
Giai đoạn IV	7	17,5
Tổng	40	100

Chủ yếu bệnh nhân UTTL ở giai đoạn II: 24 BN (60%), giai đoạn I: 7,5%, giai đoạn III: 15% và giai đoạn IV: 17,5% (7BN).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả sinh thiết: 40/120 BN phát hiện UTTL (33,3%), 1 trường hợp PIN cao (0,83%), 1 trường hợp PIN thấp (0,83%) và có 78 BN (65%) tăng sinh lành tính. So với một số tác giả trong nước nghiên cứu sinh thiết TTL qua trực tràng bằng 6 mẫu, 8 mẫu, 10 mẫu tại BV Việt Đức trước đó thấp hơn là 41,9% [2], nhưng cho tỷ lệ cao hơn so với nghiên cứu của một số tác giả trong nước thực hiện sinh thiết 6 mẫu của Vũ Lê Chuyên (2011) là 11,82% và Lê Quang Trung thực hiện sinh thiết TTL 12 mẫu tại bệnh viện Bình Dân (26,03%) [3],[1], Căn cứ vào nhiều nghiên cứu của các tác giả thì tỷ lệ phát hiện ung thư TTL trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của một số tác giả trên thế giới Vincenzo Scattoni 28,3% [7].

Thăm trực tràng là một thủ thuật không thể thiếu trong sàng lọc và chẩn đoán sớm UTTL, trong nghiên cứu của chúng tôi 100% BN được thăm trực tràng có 22% BN nghi ngờ UTTL và kết quả sinh thiết ở nhóm DRE bình thường cho tỷ lệ 26,88% ung thư nhưng ở nhóm DRE bất thường cho tỷ lệ phát hiện UT là 55,55%. Kết

quả thăm khám TTL qua trực tràng nghi UT và kết quả ST TTL phát hiện ung thư TTL có quan hệ với nhau với $p = 0,02$, trùng với nhận xét của nhiều tác giả trong và ngoài nước tăng tỷ lệ phát hiện UTTL ở những BN khi DRE nghi ngờ UTTL [3]

Kết quả sinh thiết theo xét nghiệm PSA theo bảng 4, chỉ có 2 BN UTTL ở nhóm người bệnh có PSA < 10 ng/ml chiếm tỷ lệ 5% trong số BN ung thư, tỷ lệ UTTL càng tăng khi PSA toàn phần càng tăng có ý nghĩa thống kê với $p = 0,05$, trùng với nhận định của nhiều nghiên cứu khác.

Các biến chứng sau sinh thiết chủ yếu là đái máu đại thể 15,8%, chảy máu hậu môn 10% nhưng mức độ nhẹ tự hết sau 1- 2 ngày không phải can thiệp gì, có 9 BN nhiễm khuẩn tiết niệu và 01 BN nhiễm khuẩn huyết trường hợp biểu hiện sau sinh thiết BN xuất hiện sốt cao, rét run, nhiệt độ dao động từ 38,5-39,5°C, những BN này đều được điều trị kháng sinh ổn định, 8 BN bí tiểu cấp sau sinh thiết chiếm 6,7%. Đau sau sinh thiết giống như các nghiên cứu trong và ngoài nước tỷ lệ rất thấp, chúng tôi gặp 26/120 (21,67%) BN đau mức độ vừa phải đa số không phải dùng thuốc giảm đau.

Để đánh giá giai đoạn UTTL dựa vào phân loại TNM theo AJCC 2012, kết quả sinh thiết có 40/120 BN UTTL trong đó chủ yếu BN UTTL ở giai đoạn II 60%, giai đoạn I 7,5%, giai đoạn III 15% và giai đoạn IV 17,5%, so với một số nghiên cứu trong nước BN UTTL trong nghiên cứu của chúng tôi được phát hiện sớm hơn chủ yếu ở giai đoạn 2 so với tác giả Nguyễn Văn Ký 53,86% đã ở giai đoạn IV, Số BN thuộc giai đoạn I và II chiếm 35,89%[2]. Đa số BN UTTL có độ ác tính trung bình và cao 42,5% và 40%, độ ác tính thấp chiếm 17,5%.

4.2. Vai trò phương pháp sinh thiết TTL 12 mẫu. Sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng với sơ đồ 12 mẫu tập trung chủ yếu ở vùng ngoại vi và vùng chuyển tiếp của TTL, nơi ung thư TTL thường xuất phát. Trong 120 BN được sinh thiết kết quả 40 BN phát hiện UTTL chiếm 33,3%, trong số những BN UTTL có 5 BN (12,5%) duy nhất có 1 mẫu sinh thiết phát

hiện tế bào UTTTL, 2 mẫu gặp ở 4 bệnh nhân (10%) và vị trí số mẫu sinh thiết từ mẫu số 1 đến số 12 đề phát hiện tế bào ung thư TTL ở những bệnh nhân khác nhau, qua đó việc sinh thiết TTL 12 mẫu theo sơ đồ làm tăng tỉ lệ phát hiện UTTTL, điều đó được khẳng định qua nhiều nghiên cứu. Trong một nghiên cứu chẩn đoán giá trị của các phương pháp STTTL qua tổng hợp ở 87 nghiên cứu liên quan tới 20698 BN, tác giả Eichler và cộng sự nhận thấy rằng tăng số mẫu sinh thiết tỉ tăng tỉ lệ phát hiện UTTTL [4].

Theo khuyến cáo của Hội tiết niệu Hoa Kỳ (AUA) đã chứng minh tăng tỉ lệ phát hiện UTTTL từ sinh thiết 6 mẫu lên 10-12 mẫu có ý nghĩa tuy nhiên khi sinh thiết mở rộng thêm từ 18-24 mẫu không làm tăng tỉ lệ phát hiện UTTTL có ý nghĩa so với 12 mẫu, do vậy phương pháp sinh thiết TTL 12 mẫu ngày nay được nhiều tác giả áp dụng là phương pháp tiêu chuẩn để sinh thiết TTL lần đầu để phát hiện UTTTL [2],[7].

V. KẾT LUẬN

- PSA trung bình $24,8 \pm 2,1$ ng/ml
- Tỉ lệ UTTTL 33.3%, 1 BN (0,83%) có PIN cao, 0,83 PIN thấp, 65% TSLT
- Tỉ lệ phát hiện UTTTL khi PSA huyết thanh tăng có ý nghĩa với $p = 0,05$.
- Tỉ lệ siêu âm TTL qua trực tràng nghi ngờ ung thư và tỉ lệ phát hiện ung thư TTL có mối liên hệ với $p = 0,02$.
- Đa số BN UTTTL có độ ác tính trung bình và cao 42,5% và 40%
- Chẩn đoán giai đoạn ung thư: giai đoạn I và giai đoạn II là chủ yếu 67,5%

- Tỉ lệ biết chứng là 40.4% đại máu đại thể 15,8%, chảy máu hậu môn 10%, có 1 trường hợp nhiễm khuẩn huyết (2.1%).

Sinh thiết TTL 12 mẫu qua trực tràng tăng tỉ lệ phát hiện UTTTL nhất là ở những BN ở giai đoạn sớm khi chưa có các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Lê Chuyên, Đào Quang Oánh, Đỗ Anh Toàn (2012).** Khảo sát tỉ lệ ung thư tuyến tiền liệt ở nam giới trên 50 tuổi đến khám tại bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 16 (1), tr 335-342.
2. **Nguyễn Văn Kỳ (2015)** "Đánh giá kết quả phương pháp sinh thiết tuyến tiền liệt 10 mẫu trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt tại bệnh viện Việt Đức", luận văn thạc sĩ, trường Đại học Y HN.
3. **Lê Quang Trung (2012),** Đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu qua trực tràng trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt. *Luận văn thạc sĩ y học, trường đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh*.
4. **Eichler K, Hempel S, Wilby J, Myers L, Bachmann LM, Kleijnen J. (2006)** "Diagnostic value of systematic biopsy methods in the investigation of prostate cancer": a systematic review. *J Urol*. May; 175(5):1605-12. 20.
5. **Hodge, K.K; Mc Neal, J.E and Stamey, T.A (1989):** Ultrasound guided transrectal core biopsy of the palpably abnormal prostate. *J. Urol*, (142, 66: 1989a)
6. **Samis S, Taneja, MD, Chair, Marc A, Bjurlin, D (2013).** "Optimal techniques of prostate biopsy and specimen handling" *American Urological Association, Inc, Advancing Urology*.
7. **Vincenzo Scattoni, Marco Roscigno, Marco Raber, Federico Dehò, Tommaso Maga.** "Initial Extended Transrectal Prostate Biopsy—Are More Prostate Cancers Detected With 18 Cores Than With 12 Cores?", *Journal of Urology* Vol.179, 1327-1331, April 2008. 25

NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ SINH KHẢ DỤNG PHỨC HỢP PHOSPHOLIPID CỦA PHYLLANTHIN CHIẾT XUẤT TỪ DIỆP HẠ CHÂU ĐẰNG *PHYLLANTHUS AMARUS*

Chữ Đức Thành¹, Vũ Tuấn Anh¹, Chữ Văn Mến¹,
Bùi Thị Thu Hà¹, Nguyễn Văn Mạnh¹

TÓM TẮT

Phyllanthin là chất có hoạt tính sinh học chính trong dược liệu Diệp hạ châu đặng như tác dụng kháng virus, chống tiểu đường, bảo vệ tế bào gan. Để đánh giá sinh khả dụng của phức hợp phospholipid của phyllanthin trên chuột nhắt, phương pháp LC-

MS/MS có tính đặc hiệu tốt và độ nhạy cao đã được phát triển và thẩm định đầy đủ. Cột Phenomenex HyperClone ODS (C18) kích thước (150 x 2,0 mm, 5,0 μ m) với hệ dung môi gồm dung dịch acid formic 0,1% (v/v) : acetonitrile (35:65) (tt/tt) được dùng để tách sắc ký. Phương pháp sau thẩm định được áp dụng để xác định thông số dược động học của phyllanthin dạng tự do và dạng phức hợp với phospholipid (phức hợp phospholipid của phyllanthin chiết xuất từ Diệp hạ châu đặng được bào chế bằng kỹ thuật bốc hơi dung môi). Giá trị C_{max} trong dạng tự do và dạng phức hợp được xác định lần lượt là 10,44 và 31,71 ng/ml, và giá trị AUC là 25,48 và 60,42 ng.h/ml tương ứng. Kết quả của nghiên cứu này

¹*Viện Nghiên cứu Y Dược học quân sự, Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Chữ Đức Thành
Email: chuducthanh.vmmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.2.2019
Ngày phản biện khoa học: 5.3.2019
Ngày duyệt bài: 12.3.2019

đã cho thấy dạng phức hợp với phospholipid của phyllanthin đã cải thiện sinh khả dụng của phyllanthin rõ ràng. Đây là hướng nghiên cứu mới có thể áp dụng cho các hoạt chất tự nhiên khác.

Từ khóa: sinh khả dụng; phyllanthin; phức hợp phospholipid; LC-MS/MS

SUMMARY

STUDY ON BIOAVAILABILITY ASSESSMENT OF PHOSPHOLIPID COMPLEX OF PHYLLANTHIN EXTRACTED FROM *PHYLLANTHUS AMARUS*

Phyllanthin, an important active constituent of *Phyllanthus amarus* (PA) extract, has been shown potent pharmacological activities, particularly antiviral, antidiabetes, hepatoprotective. To assess the bioavailability of phospholipid complex of phyllanthin (PLT) in mice, a simple, specific and sensitive LC-MS/MS method was developed and validated. The separation of the analytes was achieved on an Phenomenex HyperClone ODS (C18) column (150 x 2.0 mm, 5.0 μ m) with a mobile phase consisting of 0.1% (v/v) formic acid in water:acetonitrile mixture (35:65) (v/v). The validated method was applied to assess the pharmacokinetic characteristics of phyllanthin in healthy mice after oral administration of phyllanthin alone and phospholipid complex of phyllanthin (phospholipid complex of phyllanthin prepared by solvent evaporation method). The Cmax values of phyllanthin from two different forms in mice plasma were 10.44 and 31.71 ng/ml, and the AUC values were 25.48 and 60.42 ng.h/ml, respectively. The data suggested that the exposure level of phyllanthin from phospholipid complex of phyllanthin in mice plasma was greatly improved compared with only phyllanthin. This study should be helpful for the design and development of oral phyllanthin preparations.

Keywords: bioavailability; phyllanthin; phospholipid complex; LC-MS/MS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phyllanthin là hợp chất nhóm lignan có tác dụng sinh học trong một số loài Diệp hạ châu như *Phyllanthus amarus*, *Phyllanthus urinaria*, và *Phyllanthus maderaspatensis*. Tác dụng sinh học chính của phyllanthin bao gồm tác dụng bảo vệ gan, chống tiểu đường, chống viêm, tác dụng điều hòa miễn dịch, bảo vệ tế bào thần kinh và chống ung thư [1,2]. Phyllanthin có độ tan trong nước kém, có sự hấp thụ thấp qua đường ruột, do vậy khi dùng đường uống đòi hỏi liều cao của phyllanthin. Điều này là một trở ngại trong việc sử dụng phyllanthin trong điều trị.

Gần đây, kỹ thuật tạo phức với phospholipid của các chất tự nhiên có hoạt tính sinh học đang nhận được sự quan tâm lớn nhằm cải thiện sinh khả dụng của chúng [4]. Phospholipid là phân tử lưỡng cực, có khả năng tan tốt trong cả môi trường nước và dầu. Đồng thời, phospholipid còn là thành phần cấu trúc chính trong màng tế bào động vật có vú. Do đó sử dụng phospholipid hứa

hẹn sẽ hình thành nên hệ vận chuyển thuốc có tính hòa tan tốt [4]. Một số nghiên cứu đã thực hiện tạo phức phospholipid với phyllanthin nhằm cải thiện tính thấm màng và hấp thụ đường uống của phyllanthin [4]. Tuy nhiên đến nay, đánh giá về sinh khả dụng của dạng phức hợp này vẫn còn hạn chế. Do vậy nghiên cứu này thực hiện đánh giá sinh khả dụng phức hợp phospholipid của phyllanthin sử dụng phương pháp LC-MS/MS trên mô hình chuột nhắt.

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên vật liệu, hóa chất: Dược liệu là toàn bộ cây Diệp hạ châu đẳng được thu hái ở Ba Vì, Hà Nội vào tháng 2 năm 2016. Chất chuẩn Phyllanthin theo tiêu chuẩn chất chuẩn tham chiếu USP được mua từ hãng Sigma Aldrich (Mỹ). Các hóa chất, dung môi khác đạt tiêu chuẩn được dùng hoặc phân tích. Phospholipon 85 G được mua từ hãng Lipoid, Thụy Điển.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Chiết xuất phyllanthin từ Diệp hạ châu đẳng *Phyllanthus amarus*:** Chiết xuất phyllanthin từ Diệp hạ châu đẳng theo phương pháp đã được công bố của Krithika và cộng sự [5]. 100 g bột khô Diệp hạ châu đẳng được chiết với 1000 mL dung dịch ethanol 50:50 tt/tt (3 lần) tại nhiệt độ phòng. Gộp dịch chiết và cô dưới áp suất giảm ở 40°C. Cao đặc thu được (8,5g) được chiết phân đoạn sắc ký cột (16 g silica gel kích thước hạt 63–200 μ m, cột kích thước 500x20mm, cỡ rây 70–230). Chương trình rửa giải bao gồm: hexane (100 mL) → hexane-ethyl acetate (200mL; 98:2, tt/tt) → hexane-ethyl acetate (200 mL; 95:5, tt/tt) → hexane-ethyl acetate (500 mL; 90: 10, tt/tt) → hexane-ethyl acetate (300 mL; 80:20, tt/tt). Các phân đoạn (51–100) được thu hồi, rửa giải thêm 1 lần và tinh chế bởi ether dầu hỏa để thu được phyllanthin tinh khiết (hiệu suất toàn quá trình 1,23%).

***Bào chế phức hợp phospholipid của phyllanthin:** Phức hợp phospholipid của phyllanthin được bào chế theo phương pháp của Sethia và cộng sự [4]. Phyllanthin (419mg) và phospholipid (3x760 mg) (tạo phức theo tỉ lệ mol 1:3) được cho vào bình cầu đáy phẳng và thêm 20 mL dichloromethane. Hỗn hợp được đun hồi lưu trong 2 giờ ở nhiệt độ 40°C với điều kiện khuấy từ liên tục. Hỗn hợp sản phẩm sau phản ứng được rửa với n-hexane (10 mL), sau đó làm khô dưới áp suất giảm [6] (hiệu suất tạo phức khoảng 85%). Phức hợp được bảo quản trong bình thủy tinh tối màu ở nhiệt độ phòng.

*Nghiên cứu dược động học

Điều kiện LC - MS/MS: Hệ thống LC-MS/MS

Shimadzu Prominence UFLC và Shimadzu LCMS-8040 (Kyoto, Nhật Bản) được sử dụng với kiểu ion hóa phun điện tử (ESI) tại điện thế tương tác 4.5 kV cho chế độ ion hóa dương và -3 kV cho chế độ ion hóa âm. Tốc độ khí phun 3L/phút, khí làm khô 15L/phút, nhiệt độ khử dung môi 250°C, và nhiệt độ đầu nhiệt 400°C.

Đường cong chuẩn và mẫu QC: Khoảng tuyến tính để xây dựng đường chuẩn nằm trong khoảng 0,5; 1; 5; 10; 50; 100 và 200 ng/mL. Bộ 3 mẫu QC được chọn tại các nồng độ 0,8; 40 và 150ng/mL. Các mẫu đường chuẩn và QC được bảo quản ở nhiệt độ -20°C cho tới khi phân tích.

Chuẩn bị mẫu: mẫu máu sau khi được rửa đông (40 µL) cho vào ống eppendorf 1.5-mL, sau đó thêm 120µL acetonitrile. Lắc vortex trong 60 giây, sau đó ly tâm 10 phút (13,000 rpm, 4°C). Dịch nổi (80 µL) được hút ra, lọc qua màng lọc 0,45µm. Và 5µL dịch lọc này được tiêm vào hệ thống LC-MS/MS.

Thẩm định phương pháp: Phương pháp được thẩm định cho độ chọn lọc, khoảng tuyến tính, độ đúng, độ chính xác, độ thu hồi, độ ổn định và ảnh hưởng mẫu nền theo hướng dẫn của FDA 2013[7].

Động vật: Chuột nhắt chủng BAL/C (trọng lượng 18–22 g, khoảng 5 tuần tuổi) được mua từ

công ty Samtako (Korea). Chuột được nuôi để thích nghi tối thiểu 3 ngày trong nhiệt độ $25 \pm 1^\circ\text{C}$, độ ẩm 50–80% và chu kỳ 12 giờ sáng/tối. Chuột được tiếp cận với thức ăn và nước tự do.

Phân tích dược động học: Hai nhóm chuột BAL/C nhện đói trong 12 giờ, nước uống tự do trước khi được cho uống phyllanthin và phức hợp phospholipid của phyllanthin. Liều tương đương 10mg phyllanthin/kg thể trọng. Tính từ thời điểm uống thuốc, 40µL máu được lấy từ tĩnh mạch đuôi sau các khoảng thời gian 0; 0,25; 0,5; 1,0; 2,0; 4,0; 8,0; 12 và 24 giờ. Đem ly tâm ở 13,000 vòng/phút trong 5 phút. Thu dịch nổi và bảo quản ở -80°C cho tới khi đem phân tích. Sử dụng phần mềm Winnonlin (Version 2.1; Pharsight Inc., CA, Mỹ) để tính toán các thông số dược động học. Số liệu được biểu thị dạng trung bình $\pm$ sai số chuẩn.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Bào chế phức hợp phospholipid của phyllanthin: Phức hợp phospholipid của phyllanthin được bào chế bằng kỹ thuật bốc hơi dung môi với hiệu suất phản ứng được xác định là $83,97 \pm 1,62\%$ (Bảng 1). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu đã được công bố trước đây [4] và là cơ sở để tính liều trong nghiên cứu dược động học tiếp theo.

Bảng 1: Hiệu suất phản ứng tạo phức hợp phospholipid của phyllanthin

	Lượng phyllanthin ban đầu (mg)	Lượng Phyllanthin tự do sau p/ứ (mg)	Tỉ lệ mol p/ứ	Hiệu suất (%)
F1	422,32	65,34	1:3	84,53
F2	413,26	73,82	1:3	82,14
F3	427,47	63,10	1:3	85,24
Mean $\pm$ SD				83,97 $\pm$ 1,62

3.2. Nghiên cứu dược động học

3.2.1. Thẩm định phương pháp phân tích sắc ký lỏng kết hợp khối phổ hai lần

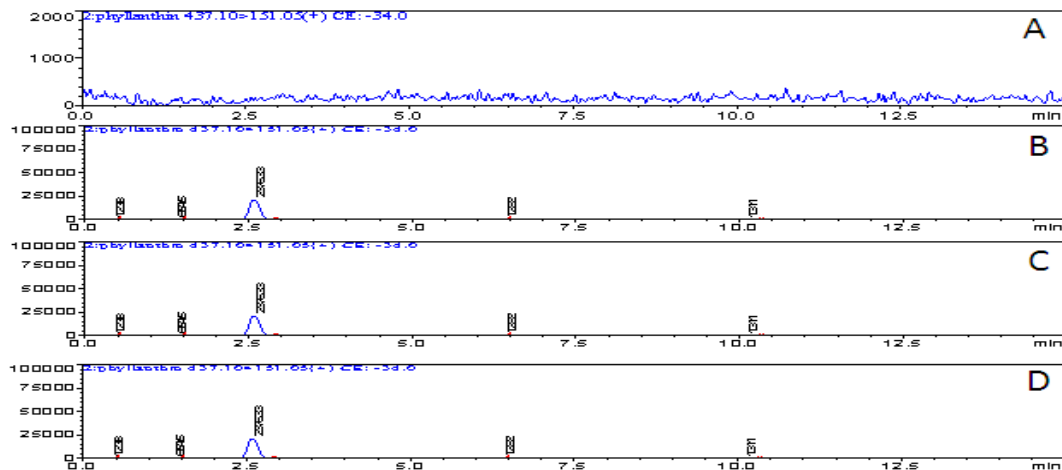
***Độ chọn lọc:** Hình 1 đưa ra sắc ký đồ ion của mẫu huyết tương trắng, mẫu huyết tương trắng thêm chuẩn (50ng/mL), mẫu huyết tương sau uống PLT đơn lẻ và mẫu huyết tương sau khi uống phức hợp PLT-PC. Trên sắc ký cho thấy pic sắc ký đồ của phyllanthin xuất hiện ở phút 2,58 và không có peak nào ảnh hưởng lẫn nhau. Tổng thời gian chạy cho 1 mẫu là 15 phút. Điều này cho thấy phương pháp có tính chọn lọc cao, tiết kiệm thời gian và dung môi phân tích.

***Đường chuẩn và khoảng tuyến tính:** Kết quả về sự tương quan tuyến tính giữa đáp ứng pic với nồng độ phyllanthin trong khoảng 0,5 - 200ng/mL là tốt. Phương trình hồi quy được xác định $y = 12,774x - 4,531$; hệ số tương quan $r=0,9992$, trong đó y là đại lượng đáp ứng pic và x là nồng độ phyllanthin (ng/mL).

Giá trị giới hạn phát hiện dưới được xác định là 0,5 ng/mL. Kết quả này chứng tỏ phương pháp có độ nhạy cao. Đồng thời cũng đảm bảo cho phương pháp xác định được nồng độ của phyllanthin tại thời điểm lấy mẫu cuối cùng.

***Độ đúng và Độ chính xác:** Độ chính xác được thể hiện thông qua giá trị độ lệch chuẩn tương đối (RSD). Bảng 1 cho thấy phương pháp có độ chính xác cao khi giá trị độ chính xác trong ngày và khác ngày nằm trong khoảng lần lượt là 7 và 14%. Và độ đúng nằm trong khoảng từ 86,3-103,8% tại tất cả các mẫu QC ở các nồng độ.

***Độ thu hồi và Ảnh hưởng nền mẫu.** Độ thu hồi của phương pháp nằm trong khoảng 93,9%-97,8% (Bảng 2). Kết quả cho thấy phương pháp có độ thu hồi tốt. Kết quả ảnh hưởng nền mẫu thấp hơn 7% chứng tỏ nền mẫu có ảnh hưởng không đáng kể. Phương pháp đáp ứng các yêu cầu về tiêu chuẩn thẩm định của FDA.



Hình 1. Sắc ký đồ LC-MS các mẫu: (A) Plasma trắng; (B) Plasma thêm chuẩn PLT (50 ng/mL); (C) Mẫu thực sau uống PLT đơn lẻ; (D) Mẫu thực sau uống phức hợp phospholipid PLT

Bảng 2. Độ chính xác, Độ đúng, Độ thu hồi và Ảnh hưởng nền mẫu của phyllanthin trong huyết tương chuột

Nồng độ thêm vào (ng/mL)	Độ chính xác (RSD, %)		Độ đúng (RE, %)		Độ thu hồi (n=6)		Ảnh hưởng nền mẫu (n=6)	
	Trong ngày (n=6)	Khác ngày (n=6)	Trong ngày (n=6)	Khác ngày (n=6)	Mean (%)	RSD (%)	Mean (%)	RSD (%)
LLOQ	6,45	4,95	101,33	86,33	-	-	-	-
L-QC	4,30	13,51	99,79	102,50	93,9	6,40	94,8	2,46
M-QC	4,45	7,55	103,23	102,60	97,8	5,25	96,1	2,11
H-QC	2,38	4,49	101,41	103,81	97,7	1,88	97,0	1,90

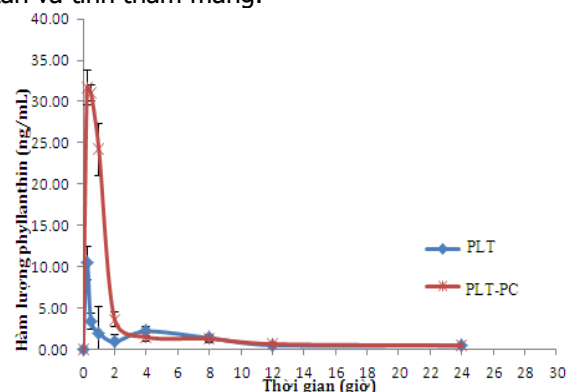
***Độ ổn định:** Nghiên cứu về độ ổn định của phyllanthin trong các mẫu huyết tương chuột được bảo quản trong các điều kiện khác nhau cho giá trị RSD đều nhỏ hơn 9%. Kết quả này chỉ ra phyllanthin có độ ổn định tốt trong các điều kiện bảo quản khác nhau (Bảng 3).

Bảng 3. Độ ổn định của phyllanthin trong các điều kiện bảo quản khác nhau (n=3)

Nồng độ (ng/mL)	Autosampler trong 12 giờ		- 80 °C trong 30 ngày		Đông - Rã (3 chu kỳ)	
	Độ đúng (%)	RSD (%)	Độ đúng (%)	RSD (%)	Độ đúng (%)	RSD (%)
0,8	98,36	3,39	96,85	5,90	94,12	8,59
40	98,49	2,10	97,19	5,65	101,63	4,32
150	101,45	1,17	101,86	0,98	99,11	3,34

3.2.2 . Dược động học: Các thông số dược động học của phyllanthin được xác định sau uống dạng phyllanthin đơn lẻ và dạng phức hợp dựa trên phân tích mô hình dược động học không ngăn (non-compartmental analysis) cho thấy sinh khả dụng dạng phức hợp tăng gần 2,37 lần so với dạng đơn lẻ. Giá trị C_{max} khi dùng dạng phức hợp cũng tăng 3,04 lần so với dạng đơn lẻ. Kết quả này cho thấy với dạng bào chế là phức hợp phospholipid, sinh khả dụng của phyllanthin đã được cải thiện rõ rệt. Nguyên nhân là do đặc tính lưỡng cực của phospholipid làm tăng độ tan, tăng tính thấm của phyllanthin vào hệ tuần hoàn chung khi dùng đường uống. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây đối với dạng hoặc chất khó tan [8]. Điều này củng cố vững chắc hơn tính ưu việt của dạng bào

chế tạo phức hợp phospholipid cho các hoạt chất tự nhiên có hoạt tính sinh học với hạn chế về độ tan và tính thâm màng.



Hình 2. Biểu đồ nồng độ phyllanthin huyết tương - thời gian sau khi chuột uống PLT và PLT-PC.

Bảng 4. Tóm tắt thông số dược động học của phyllanthin dùng đường uống cho chuột nhắt (Mean $\pm$ SD, n=4)

Thông số	Đơn vị	PLT	PLT-PC
AUC _{0-t}	h.ng/mL	25,48 $\pm$ 3,42	60,42 $\pm$ 2,46
AUC _{0-∞}	h.ng/mL	36,15 $\pm$ 2,75	83,59 $\pm$ 4,55
t _{1/2}	h	6,17 $\pm$ 0,15	5,24 $\pm$ 0,21
t _{max}	h	0,25	0,25
C _{max}	ng/mL	10,44 $\pm$ 2,81	31,71 $\pm$ 4,11
Cl/F	mL/h/mg	3,62 $\pm$ 0,28	8,36 $\pm$ 0,46
MRT _{0-∞}	min	73,23 $\pm$ 3,22	189,30 $\pm$ 3,59

IV. KẾT LUẬN

Để đánh giá sinh khả dụng của phức hợp phospholipid của phyllanthin, phương pháp sắc ký lỏng khối phổ hai lần LC-MS/MS định lượng hàm lượng phyllanthin trong máu chuột nhắt đã được phát triển và thẩm định. Phương pháp xử lý mẫu đơn giản (chỉ cần 40 μ L máu) sử dụng kỹ thuật kết tủa protein với dung môi hữu cơ đã được áp dụng xác định các thông số dược động học của phyllanthin tuân theo hướng dẫn trong phân tích sinh học. Kết quả cho thấy sinh khả dụng đường uống của phyllanthin dưới dạng phức hợp phospholipid đã được cải thiện rõ rệt (88,59%) so với dạng liều đơn lẻ (36,15%). Điều này chỉ ra rằng phyllanthin đã được hấp thu vào hệ tuần hoàn qua đường tiêu hóa dễ dàng hơn và gợi mở hướng nghiên cứu mới về dạng bào chế phức hợp phospholipid cho các chất tự nhiên có hoạt tính sinh học khác.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này là một phần nội dung của đề tài mã số: KC10.12/16-20, nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn đề tài đã hỗ trợ kinh phí nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yadav NP, Pal A, Shanker K, Bawankule DU, Gupta AK, Darokar MP, Khanuja SP.** Synergistic effect of silymarin and standardized extract of *Phyllanthus amarus* against CCl₄-induced hepatotoxicity in *Rattus norvegicus*. *Phytomedicine*. 2008; 15(12):1053-61.
2. **Ilangkovan M, Jantan I, Bukhari SN.** Phyllanthin from *Phyllanthus amarus* inhibits cellular and humoral immune responses in Balb/C mice. *Phytomedicine*. 2016; 23(12): 1441-50.
3. **Nguyen DH, Ampol M, Korbtham S, Penchom P, and Nuttanan S.** Development of phyllanthin-loaded self-microemulsifying drug delivery system for oral bioavailability enhancement. *Drug Dev. Ind. Pharm.*, 2015, 41: 207-217.
4. **Neeraj K. Sethiya, Pankaj Shah, Aruna Rajpara, P.A. Nagar, S.H. Mishra.** Antioxidant and hepatoprotective effects of mixed micellar lipid formulation of phyllanthin and piperine in carbon tetrachloride-induced liver injury in rodents. *Food and Function*, 2015, 6(11), 3593-603.
5. **Rajesh Krithika, Ramasamy Mohankumar, Ramtej J. Verma, Pranav S. Shrivastav, Illiyas L. Mohamad, Palani Gunasekaran, Srinivasan Narasimhan.** Isolation, characterization and antioxidative effect of phyllanthin against CCl₄-induced toxicity in HepG2 cell line. *Chemico-Biological Interactions*. 2009, (181), 351-358.
6. **Kuntal Maiti, Kakali Mukherjee, Arunava Gantait, Haja Nazeer Ahamed, Bishnu Pada Saha And Pulok Kumar Mukherjee.** Enhanced Therapeutic Benefit of Quercetin-Phospholipid Complex in Carbon Tetrachloride-Induced Acute Liver Injury in Rats: A Comparative Study. *Iranian Journal Of Pharmacology & Therapeutics*. 2005, 4:84-90.
7. **US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration.** Guidance for Industry: Bioanalytical Method Validation, 2013, <http://www.fda.gov/downloads/drugs/guidancecomplianceregulatoryinformation/guidances/ucm368107.pdf>.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ LEPTIN MÁU Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Thị Thanh Mai*, Đào Hùng Hạnh*, Đỗ Trung Quân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định nồng độ leptin máu ở bệnh nhân thoái hóa khớp (THK) gối nguyên phát và mối liên quan giữa leptin với một số yếu tố. **Đối tượng và phương pháp:** 164 bệnh nhân THK gối, định lượng leptin máu bằng phương pháp ELISA. **Kết quả:** Nồng

độ leptin máu trung bình là 11,5 $\pm$ 10,0 ng/mL, ở nhóm nữ cao hơn nhóm nam (trung vị lần lượt là 10,6 ng/mL và 4,0 ng/mL, p < 0,001); leptin máu tương quan thuận mức độ vừa với chu vi vòng eo (CVVE), BMI, insulin, HOMA-IR (r từ 0,346 đến 0,489 và p < 0,001); không tương quan với tuổi, huyết áp, glucose máu, triglyceride, HDL-C. **Kết luận:** Nồng độ leptin máu trung bình ở bệnh nhân THK là 11,5 $\pm$ 10,0 ng/mL; ở nhóm nữ cao hơn nhóm nam, tương quan thuận với béo phì, kháng insulin; không tương quan với tuổi, huyết áp, glucose máu, lipid máu.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, nồng độ leptin máu.

SUMMARY

PLASMA LEPTIN LEVELS IN PATIENTS

*Bệnh viện Bạch Mai

**Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Mai

Email: maibmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2019

Ngày duyệt bài: 7.3.2019

WITH PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS

Objectives: to determine plasma leptin levels among primary knee osteoarthritis patients and the relationship between plasma leptin levels with some related variables. **Subjects and methods:** 164 patients with primary knee osteoarthritis according to the criteria of American College of Rheumatology 1991 were included and plasma leptin levels were measured by ELISA. **Results:** plasma leptin levels were 11.5 ± 10.0 ng/mL, higher in female compared to male (medians were 10.6 ng/mL and 4.0 ng/mL respectively, $p < 0.001$). There was the significantly positive correlation between leptin levels with waist circumference BMI, plasma insulin, HOMA-IR (r from 0.346 to 0.489, $p < 0.001$). There was no correlation between leptin levels with age, blood pressures, fasting glucose, triglyceride, HDL-C levels. **Conclusions:** plasma leptin levels were 11.5 ± 10.0 ng/mL, higher in female compared to male; positive correlation between leptin levels with obesity and insulin resistance, no correlation with age, blood pressures, fasting glucose, triglyceride, HDL-C levels.

Keywords: Knee osteoarthritis, plasma leptin level.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) được đặc trưng bởi sự suy thoái toàn bộ cấu trúc khớp gồm sụn khớp, xương dưới sụn, màng hoạt dịch, dây chằng, sụn chêm, bao khớp và cơ cạnh khớp [3]. Trước đây THK được cho là hậu quả hao mòn cơ học, hiện nay người ta thấy cơ chế bệnh sinh của THK phức tạp hơn, nó là hậu quả tương tác giữa yếu tố cơ sinh học và viêm mãn tính cấp độ thấp liên quan đến béo phì.

Tỉ lệ béo phì gia tăng nhanh chóng trở thành đại dịch trên toàn cầu. Một số nghiên cứu chứng minh béo phì làm gia tăng tỉ lệ THK ở cả khớp

chịu tải (khớp gối) và cả khớp không chịu tải (bàn tay) thông qua cơ chế viêm mãn tính hệ thống cấp độ thấp, liên quan với các chất trung gian trong đó nổi bật là leptin. Leptin là một adipocytokine có nguồn gốc mô mỡ (adipokine), vừa là một cytokine tiền viêm có vai trò chủ đạo duy trì viêm loét sụn [2]. Hướng tới mục tiêu điều trị THK theo nguyên nhân, nghiên cứu nồng độ leptin máu ở bệnh nhân THK gối là cần thiết, đã có nhiều nghiên cứu ở nước ngoài nhưng hiện chưa có nghiên cứu ở Việt Nam. **Mục tiêu:** xác định nồng độ leptin máu ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát và mối liên quan giữa leptin với một số yếu tố.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân khám ngoại trú tại khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu bệnh viện Bạch Mai từ 01/2014 đến 04/2017. Chẩn đoán THK gối nguyên phát theo ACR 1991, đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các bệnh nhân mắc THK gối thứ phát và các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang. Cỡ mẫu 164 bệnh nhân. Lưu huyết tương ở nhiệt độ -80°C . Xét nghiệm leptin bằng phương pháp ELISA, bộ kit Human Leptin ELISA của hãng Sigma, tại labo sinh lí bệnh Học viện Quân Y.

2.3. Xử lý số liệu: Tất cả số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 20.0. So sánh hai trung vị bằng test Mann Whitney U, tính hệ số tương quan Spearman giữa hai biến định lượng phân phối không chuẩn. So sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Nồng độ leptin máu ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối****Bảng 3.1. Phân bố nồng độ leptin máu**

Tiêu chí		Tổng(N = 164)	Nam(N = 23)	Nữ(N = 141)	p
Leptin (ng/mL)	Trung vị	9,5	4,0	10,6	< 0,001
	Q1 - Q3	5,8 - 14,3	0,9 - 10,4	6,3 - 14,9	
	$\bar{X} \pm SD$	11,5 $\pm$ 10,0	5,7 $\pm$ 5,9	12,4 $\pm$ 10,3	
	Min - Max	0,07 - 75,8	0,07 - 23,0	0,07 - 75,8	

Q1 - Q3 là khoảng tứ phân vị thứ 1 đến thứ 3

Nhận xét: Nồng độ leptin máu trung bình là $11,5 \pm 10,0$ ng/mL, ở nhóm nữ có trung vị 10,6 ng/mL cao hơn nhóm nam có trung vị 4,0 ng/mL, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2. Liên quan giữa nồng độ leptin máu với một số yếu tố**Bảng 3.2. Tương quan giữa nồng độ leptin máu với một số yếu tố**

Leptin và yếu tố	r	p
CVVE	0,417	< 0,001
BMI	0,489	< 0,001
Insulin	0,403	< 0,001
HOMA-IR	0,346	< 0,001

Glucose	-0,013	> 0,05
Triglyceride	0,014	> 0,05
HDL-C	0,087	> 0,05
HATT	0,036	> 0,05
HATTr	-0,019	> 0,05
Tuổi	0,028	> 0,05

Viết tắt: **HATT** huyết áp tâm thu **HATTr** huyết áp tâm trương **CVVE** chu vi vòng eo

Nhận xét: nồng độ leptin máu tương quan

thuận mức độ vừa với CVVE, BMI, insulin, HOMA-IR; không tương quan với glucose, lipid máu (triglyceride và HDL-C), các chỉ số huyết áp (HATT và HATTr), tuổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm phân bố nồng độ leptin máu:

Leptin đóng vai trò chính trong sinh lý bệnh của THK do béo phì, thông qua đồng hóa (kích thích phát triển sụn và tăng tổng hợp proteoglycan, tăng tạo cốt bào hình thành gai xương) và dị hóa khớp [2]. Leptin còn là cytokine tiền viêm kích thích tăng sản xuất cytokine tiền viêm IL-1 β , MMP-9, MMP-13 gây dị

hóa sụn. Gai xương, mô mỡ dưới xương bánh chè, MHD thoái hóa có thể sản xuất và giải phóng leptin vào trong dịch khớp.

Đặc điểm chung: Kết quả NC nồng độ leptin có giá trị từ 0,07-75,8ng/mL, trung vị 9,5ng/mL; khoảng tứ phân vị 5,8 - 14,3 ng/mL; trung bình $11,5 \pm 10,0$ ng/mL (Bảng 3.1). NC của chúng tôi và Zheng S. [7] có BMI, nồng độ leptin máu tương tự nhau. Nồng độ leptin máu trong NC của chúng tôi thấp hơn nhiều NC, có thể do sự khác biệt về BMI, BMI trung bình trong các NC này cao hơn chúng tôi (Bảng 4.1) trong khi nồng độ leptin máu tương quan thuận với BMI.

Bảng 4.1. Nồng độ leptin máu ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối cùng bằng phương pháp ELISA trong một số nghiên cứu

Tác giả (Quốc gia)	THK gối	Leptin (ng/mL)	BMI (kg/m ²)
Chúng tôi (Việt Nam)	164	11,5 $\pm$ 10,0	25,2 $\pm$ 2,7
Zheng S. [7] (Trung Quốc)	205	10,65 $\pm$ 13,10	25,5 $\pm$ 4,3
Calvet J. [1] (Tây Ba Nha)	115 nữ	42,1 $\pm$ 29,6	30,5 $\pm$ 6,4
Martel-Pelletier J. [5] (Canada)	138	45 $\pm$ 36	31,7 $\pm$ 5,8

Đặc điểm theo giới: Trong NC của chúng tôi, nồng độ leptin máu ở nhóm nữ cao hơn nhóm nam. Zhang P. [6] nghiên cứu phân tích gộp tìm thấy tương quan chặt giữa nồng độ leptin máu và giới tính, nồng độ leptin máu ở phụ nữ cao hơn nam giới, sự khác biệt này có thể dẫn tới tác động của giới tính đối với sự phát triển THK, tỉ lệ THK ở nữ luôn cao hơn nhóm nam.

4.2. Liên quan giữa nồng độ leptin máu với một số yếu tố

4.2.1. Liên quan giữa nồng độ leptin máu với béo phì (BMI, CVVE): Chúng tôi thấy mối tương quan thuận mức độ vừa giữa nồng độ leptin máu với BMI ($r = 0,489$ và $p < 0,001$), tương tự kết quả của Stalios C. ($r = 0,49$ và $p < 0,01$) và Manoy P. ($r = 0,57$ và $p < 0,001$) [4]; tương quan thuận mức độ vừa giữa nồng độ leptin máu với CVVE ($r = 0,417$ và $p < 0,001$), tương tự NC của Manoy P. ($r = 0,49$ và $p < 0,001$) [4]. BMI, CVVE là các chỉ số đánh giá béo phì. Leptin là adipocytokine có nguồn gốc chủ yếu từ tế bào mỡ, điều này giúp giải thích tương quan thuận giữa nồng độ leptin máu với BMI và CVVE.

4.2.2. Liên quan giữa nồng độ leptin máu với kháng insulin: Kháng insulin là insulin giảm hoặc mất tác dụng sinh học trong khi tế bào beta tuyến tụy tăng bài tiết insulin bù trừ. Tăng insulin máu thể hiện kháng insulin. Kết quả NC của chúng tôi trên 164 BN THK gối thấy nồng độ leptin máu tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ insulin máu ($r = 0,403$ và $p < 0,001$), tương quan thuận mức độ vừa với HOMA-IR ($r = 0,346$ và $p < 0,001$). Hầu hết các NC đã công bố

cùng tìm thấy tương quan thuận giữa nồng độ leptin máu với nồng độ insulin máu và HOMA-IR. Chúng tôi không tìm thấy mối tương quan giữa nồng độ leptin máu với nồng độ glucose máu lúc đói, tương tự NC của Võ Minh Phương.

Leptin có tác dụng tích cực đối với hoạt động của insulin trong chuyển hóa glucose. Thiếu leptin gây tăng trọng lượng cơ thể kèm kháng insulin, liệu pháp điều trị leptin thay thế ở những người thiếu leptin máu bẩm sinh làm cải thiện nhạy cảm insulin. Ở người béo phì thường nồng độ leptin máu cao (hiện tượng kháng leptin) cũng liên quan đến kháng insulin. Leptin ức chế tế bào β tụy người béo phì tiết insulin, gia tăng nồng độ leptin thường xuyên làm hệ thống thụ thể leptin trên màng tế bào β kém nhạy cảm với leptin, dẫn tới tăng tổng hợp insulin. Đây là tình trạng mất điều hòa trục mô mỡ - tụy nội tiết, insulin được tiết ra nhiều hơn. Nồng độ insulin tăng cao tác dụng feedback dương tính đến mô mỡ lại kích thích sự tạo mỡ, tăng khối lượng mỡ lại làm tăng tiết leptin tạo thành vòng xoắn bệnh lý.

4.2.3. Một số yếu tố khác: Chúng tôi không thấy có mối tương quan nồng độ leptin máu với tuổi, các chỉ số huyết áp (HATT và HATTr), nồng độ glucose, lipid máu (triglyceride và HDL-C). NC mỗi quan hệ giữa nồng độ leptin máu và huyết áp, nồng độ leptin máu và lipid máu các kết quả chỉ ra không thống nhất. Có vài nghiên cứu trên người chứng minh thấy nồng độ leptin máu có liên quan đến tăng huyết áp hoặc lipid, ngược lại một số khác không thấy có liên quan gì. Tác động của leptin đến chức năng nội mô mạch

máu, chuyển hóa lipid máu vẫn cần phải tiếp tục làm sáng tỏ.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ leptin máu trung bình ở bệnh nhân THK gối là $11,5 \pm 10,0$ ng/mL; ở nhóm nữ cao hơn nhóm nam. Nồng độ leptin máu tương quan thuận với CVVE, BMI, nồng độ insulin máu, HOMA-IR; không tương quan với tuổi, HATT, HATT_r, nồng độ glucose máu, triglyceride máu, HDL-C máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Calvet, J., et al., Synovial fluid adipokines are associated with clinical severity in knee osteoarthritis: a cross-sectional study in female patients with joint effusion. *Arthritis Res Ther*, 2016. 18(1): p. 207.
2. Dumond, H., et al., Evidence for a key role of leptin in osteoarthritis. *Arthritis Rheum*, 2003. 48(11): p. 3118-3129.
3. Man G.S. and Mologhianu G., Osteoarthritis pathogenesis - a complex process that involves the entire joint. *Journal of medicine and life*, 2014. 7(1): p. 37-41.
4. Manoy, P., et al., Elevated serum leptin levels are associated with low vitamin D, sarcopenic obesity, poor muscle strength, and physical performance in knee osteoarthritis. *Biomarkers*, 2017. 22(8): p. 723-730.
5. Martel-Pelletier, J., et al., The levels of the adipokines adipon and leptin are associated with knee osteoarthritis progression as assessed by MRI and incidence of total knee replacement in symptomatic osteoarthritis patients: a post hoc analysis. *Rheumatology (Oxford)*, 2016. 55(4): p. 680-688.
6. Zhang, P., et al., Significance of increased leptin expression in osteoarthritis patients. *PLoS One*, 2015. 10(4): p. e0123224.
7. Zheng, S., et al., Association between circulating adipokines, radiographic changes, and knee cartilage volume in patients with knee osteoarthritis. *Scand J Rheumatol*, 2016. 45(3): p. 224-229.

ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LIÊN QUAN ĐẾN HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TẮC MẠCH HÓA DẦU VÀ TẮC MẠCH HÓA CHẤT SỬ DỤNG HẠT VI CẦU DC-Beads

Phạm Trung Dũng¹, Nguyễn Quang Duật¹, Vũ Văn Khiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sống thêm lâu dài của các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) được điều trị bằng hóa tắc mạch hóa dầu (TACE) và tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu DC Beads (DEB-TACE). Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị giữa 2 nhóm. **Đối tượng và phương pháp:** 280 bệnh nhân UTBMTBG được điều trị bằng phương pháp TACE và DEB-TACE tại Bệnh viện TWQĐ 108 và Bệnh viện QY103, từ 05/2014 đến 12/2017. Đánh giá sống thêm từ ngày can thiệp lần đầu tiên, phân tích theo đường cong Kaplan Meier. Sử dụng test log-rank để đánh giá sự khác biệt về thời gian sống thêm trung bình và tỉ lệ sống thêm tại các thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm theo các phân nhóm theo yếu tố tiên lượng. **Kết quả:** Tỉ lệ sống thêm tích lũy tại các thời điểm 1, 2 và 3 năm lần lượt nhóm TACE là: 52,1%; 25,0%; 13,9% và nhóm DEB-TACE là 65,3%; 42,6%; 24,1%. Thời gian sống thêm trung bình của nhóm TACE là $17,1 \pm 1,3$ tháng, nhóm DEB-TACE là $21,6 \pm 1,3$ tháng ($\chi^2 = 7,1$, $p = 0,008$). Thời gian sống thêm không tiến triển bệnh nhóm TACE là $12,7 \pm 1,3$ tháng, nhóm DEB-TACE là $17,7 \pm$

$1,4$ tháng, ($\chi^2 = 11,11$, $p = 0,001$). Nguy cơ tử vong của nhóm TACE tăng cao hơn so nhóm DEB-TACE ($p < 0,05$) liên quan đến nồng độ AFP huyết (>20 ng/ml) (gấp 1,56 lần); biệt hóa tế bào mức độ kém (gấp 1,37 lần), Okuda I (gấp 2,34 lần), không đáp ứng khối u sau điều trị (theo mRECIST) (gấp 1,54 lần). **Kết luận:** Kỹ thuật DEB-TACE có hiệu quả điều trị tốt hơn so với nhóm điều trị đơn thuần bằng TACE.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, tắc mạch hóa dầu, tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu, sống thêm, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

EVALUATION OF RISK FACTORS RELATED TO THE EFFICIENCY OF TREATMENT FOR PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA BY TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION (TACE) AND TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION USING DRUG- LOADED MICROSPHERES DC-BEADS (DEB-TACE)

Aims: Evaluation of long-term survival results of patients with hepatocellular carcinoma (HCC) treated with conventional transarterial chemoembolization (TACE) and transarterial chemoembolization using Drug- loaded microspheres DC Beads (DEB-TACE). Assess a number of factors related to treatment outcome between the 2 groups. **Subjects and methods:** 280 HCC patients were treated with TACE and DEB-TACE methods at the 108 military central hospital and 103 military hospital, from May 2014 to December 2017. Survival was calculated from the

¹Học viện Quân Y

²Viện NCKH Y-Dược lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trung Dũng

Email: phamtrungdung82@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2019

Ngày duyệt bài: 7.3.2019

date of first TACE, using Kaplan Meier estimations. *Log-rank test* was used to analyze the differences in the mean additional survival time and the 1-year, 2-year and 3-year overall survival rates of subgroups according to prognostic factors. **Results:** The cumulative additional survival rates at 1-year, 2-year, 3-year follow-up with TACE and DEB-TACE was 52.1%; 25.0%; 13.9% and 65.3%; 42.6%; 24.1% respectively. The mean overall survival time of TACE were 17.1 ± 1.3 months and DEB-TACE were 21.6 ± 1.3 month ($\chi^2 = 7.1$, $p = 0.008$). The mean progression-free survival time of TACE were 12.7 ± 1.3 months and DEB-TACE were 17.7 ± 1.4 month ($\chi^2 = 11.11$, $p = 0.001$). The risk of death of the TACE group was higher than that of DEB-TACE ($p < 0.05$) in relation to AFP levels (> 20 ng / ml) (1.56 times); poorly cell differentiation (1.37 times), Okuda I (2.34 times), no tumor response after treatment (according to mRECIST) (1.54 times). **Conclusions:** DEB-TACE technique effectively treated better than the group treated with TACE alone.

Key words: HCC, TACE, DEB-TACE, survival, prognostic factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là loại ung thư thường gặp, chiếm khoảng 95% các khối u gan ác tính. Trên thế giới, UTBMTBG đứng hàng thứ 6 (tại Việt Nam đứng thứ 5) các loại ung thư ác tính và đứng hàng thứ 3 trong các nguyên nhân gây tử vong do ung thư [1]. Tiên lượng xấu với tỉ lệ sống 5 năm 5% [2]. Cho đến nay, trên thế giới có rất nhiều phương pháp điều trị ung thư gan từ phẫu thuật đến điều trị tạm thời. Tuy nhiên, phẫu thuật hoặc ghép gan vẫn là phương pháp lựa chọn hàng đầu, nhằm mục đích điều trị triệt để ung thư gan.

Năm 2002, hóa tắc mạch qua đường động mạch gan đã được chấp nhận rộng rãi như một phương pháp điều trị tạm thời cơ bản cho bệnh nhân UTBMTBG không còn chỉ định phẫu thuật. Phương pháp tắc mạch hóa dầu (TACE) được định nghĩa là tiêm thuốc chống ung thư vào động mạch gan có hoặc không có Lipiodol, tiếp sau là gây tắc mạch nuôi khối u. Phương pháp tắc mạch sử dụng hạt vi cầu tải hóa chất (DEB-TACE) được phát triển trên cơ sở kỹ thuật hóa tắc mạch truyền thống, với việc sử dụng các hạt vi cầu với hai vai trò vật liệu gây tắc mạch và chất mang hóa chất giải phóng hóa chất một cách bền vững cho phép duy trì nồng độ hóa chất cao và lâu dài hơn trong khối u và giảm nồng độ thuốc ở vòng tuần hoàn chung. Đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu sau:

- *Đánh giá hiệu quả sống thêm lâu dài của bệnh nhân UTBMTBG điều trị bằng tắc mạch hóa dầu và tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu.*

- *Tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng đến kết quả sống thêm lâu dài sau điều trị giữa 2 nhóm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: gồm 280 bệnh nhân UTBMTBG, chia thành 2 nhóm: nhóm điều trị bằng phương pháp tắc mạch hóa dầu (TACE, $n = 121$) và tắc mạch chất sử dụng hạt vi cầu tải hóa chất (DEB-TACE, $n = 159$) tại Bệnh viện QY 103 và Bệnh viện TỰ QĐ 108, từ 5/2014 đến 12/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Là những BN UTBMTBG dựa vào hướng dẫn đồng thuận Quốc tế - Hội Gan mật châu Âu (EASL) năm 2012, Hiệp hội nghiên cứu về bệnh gan của Mỹ (AASLD) năm 2010 hoặc Hướng dẫn chẩn đoán của Bộ Y tế Việt Nam năm 2012:

- Có bằng chứng giải phẫu bệnh.
- Hình ảnh điển hình trên chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang hoặc CHT có thuốc cản từ + AFP > 400 ng/ml.
- Hình ảnh điển hình trên chụp CLVT ổ bụng có cản quang hoặc CHT có cản từ + AFP tăng cao hơn bình thường (chưa đến 400ng/ml) + nhiễm HBV hoặc HCV.

***Tiêu chuẩn lựa chọn điều trị can thiệp TACE và DEB-TACE (theo hướng dẫn điều trị UTBMTBG phân loại Barcelona giai đoạn B):**

- Tổn thương còn chỉ định phẫu thuật cắt gan, ghép gan hoặc các biện pháp tiêu hủy khối u qua da nhưng bệnh nhân từ chối.
- Chức năng gan còn bù tốt (Child-Pugh A, B), không có huyết khối tĩnh mạch cửa, không có shunt động tĩnh mạch gan và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Xơ gan Child-Pugh C, ECOG 3-4 điểm. Có di căn ngoài gan, có huyết khối tĩnh mạch cửa. Đang chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Có rối loạn đông máu: tỉ lệ Prothrombin $< 60\%$; Tiểu cầu < 50 G/l. Có bệnh nặng kết hợp (suy tim, suy thận, suy hô hấp...) hoặc bệnh nhân quá già yếu. Phụ nữ có thai hoặc cho con bú. Các bệnh nhân bỏ theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, can thiệp có đối chứng không ngẫu nhiên.

***Kỹ thuật can thiệp:** Giống như các kỹ thuật can thiệp mạch truyền thống.

+TACE: Lipiodol tính bằng ml, liều lipiodol bằng đường kính lớn nhất của khối u. Hóa chất chống ung thư Doxorubicin tính bằng ml (1 ml chứa 2 mg Doxorubicin) gấp 1,5 lần kích thước u tính bằng cm (1,5 ml Doxorubicin cho 1 cm đường kính khối u). Tạo nhũ tương Doxorubicin - lipiodol dưới áp lực của hai bơm tiêm 20ml và 10 ml, nổi thông bằng một trục ba. Bơm tắc động mạch nuôi khối u bằng Spongel: Spongel đã trộn nhuyễn với thuốc cản quang tan trong nước được bơm qua ống thông bằng bơm tiêm 1 ml

cho đến khi nó dừng lại ở đầu ống thông. Tránh để Spongel bị trào ngược vào nhánh động mạch nuôi gan lành.

+DEB-TACE: Các bước cơ bản tương tự như đối với hóa tắc mạch truyền thống. Hóa chất là Doxorubicin (Ebewe, Áo) được tải với hạt DC-Beads (Biocompatibles, Anh) 90-120 phút trước can thiệp. *Liều hóa chất:* Doxorubicin 50-150mg/lần can thiệp theo theo khuyến cáo chung, sử dụng 1 hoặc 2 trong 3 loại kích cỡ hạt DC-Beads (100-300µm, 300-500µm, 500-700µm).

***Chỉ tiêu nghiên cứu:** Các chỉ số lâm sàng, AFP huyết thanh, đặc điểm khối u trên chẩn đoán hình ảnh, mức độ xơ gan theo Child-Pugh, giai đoạn bệnh theo Okuda, Barcelona. Tính tỉ lệ sống thêm tích lũy tại các thời điểm 1 năm, 2

năm và 3 năm theo phương pháp Kaplan –Meier. *Test log-rank* được sử dụng để sử dụng để đánh giá sự khác biệt về thời gian và tỉ lệ sống thêm của các phân nhóm theo yếu tố tiên lượng.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

280 BN được thực hiện tổng cộng 651 lần hóa tắc mạch (121 bệnh nhân điều trị TACE với 346 lần can thiệp, trung bình 2,9 lần/1 bệnh nhân, nhiều nhất 10 lần và 159 bệnh nhân điều trị DEB-TACE với 305 lần can thiệp, trung bình 1,9 lần/1 bệnh nhân, nhiều nhất 5 lần), tất cả đều thành công về kỹ thuật. Thời gian theo dõi trung bình là 14,3 tháng (ngắn nhất 1,5 tháng, dài nhất 42 tháng).

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu.

Đặc điểm		TACE (n= 121)		DEB-TACE (n= 159)		p
		Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	
Tuổi trung bình		59,37 ± 12,22		60,52 ± 12,65		0,6
Nam/nữ		115/6		148/11		0,34
Yếu tố nguy cơ	Không	13	10,7	17	10,7	0,07
	Virus B	83	68,6	115	72,3	
	Virus C	5	4,1	14	8,8	
	rượu	9	7,4	2	1,3	
	rượu + Virus B	9	7,4	7	4,4	
	Virus B + C	2	1,7	4	2,5	
Triệu chứng lâm sàng	Đau HSP	90	74,4	131	82,4	0,14
	Mệt mỏi	65	53,7	69	43,4	0,09
	RLTH	27	22,3	26	16,4	0,21
	Sút cân	28	23,1	48	30,2	0,20
	Gan to	65	53,7	66	41,5	0,53
AFP huyết thanh	Bình thường (≤ 20 ng/ml)	40	33,0	59	37,2	0,48
	Tăng (20-200ng/ml)	29	24,0	43	27,0	
	Tăng cao (>200ng/ml)	52	43,0	57	35,8	
Độ biệt hóa	Không sinh thiết	81	66,9	9	5,7	0,09
	Kém	3	2,5	16	10,1	
	Vừa	16	13,2	58	36,5	
	Cao	7	5,8	33	20,8	
	UTBMTBG khác	14	11,6	43	27,0	
Số u gan	1 khối	105	86,8	97	61,0	0,045
	2 khối	6	5,0	30	18,9	
	≥ 3 khối	10	8,3	32	20,1	
Hình thái u	Thế khối	105	86,8	146	91,8	0,03
	Thế nốt/đa ổ khu trú	3	2,5	10	6,3	
	Lan tỏa	13	10,7	3	1,9	
Kích thước khối u	< 8 cm	61	50,4	75	47,2	0,5
	≥ 8 cm	60	49,6	84	52,8	
Kích thước khối u trung bình (cm)		9,04 ± 4,49		9,28 ± 4,20		0,25
Xơ gan theo Child-Pugh	A	115	95,0	154	96,9	0,44
	B	6	5,0	5	3,1	
Giai đoạn bệnh theo Okuda	I	70	57,9	99	62,3	0,46
	II	51	42,1	60	37,7	

Giai đoạn bệnh BCLC B theo Kinki	B1	39	32,2	28	17,6	0,017
	B2	81	66,9	129	81,1	
	B3	1	0,8	2	1,3	

Nhận xét: Phần lớn các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hai nhóm UTBMTBG nhóm TACE và DEB-TACE tương đương với nhau.

3.2. Kết quả sống thêm lâu dài sau điều trị.

Bảng 3.2. Thời gian sống trung bình và tỉ lệ sống thêm theo các phân nhóm.

Phân nhóm		TACE (n=121)		DEB-TACE(n=159)		p đơn biến	P đa biến	
		n	OS	n	OS			
Tuổi	≤ 60	65	15,4 ± 1,6	71	21,2 ± 1,9	0,029	0,011	0,55
	> 60	56	18,3 ± 1,8	88	21,6 ± 1,6	0,159		
Giới	Nam	115	16,4 ± 1,3	148	20,8 ± 1,3	0,015	0,012	0,097
	Nữ	6	22,0 ± 0,6	11	30,1 ± 4,5	0,044		
yếu tố nguy cơ	Không	13	16,8 ± 3,5	17	31,3 ± 3,6	0,014	0,009	0,554
	Có	108	17,2 ± 1,4	142	20,7 ± 1,3	0,072		
AFP huyết thanh (ng/ml)	BT ≤ 20	40	24,2 ± 2,4	59	24,0 ± 2,2	0,9	0,008	0,001
	Tăng >20	81	13,4 ± 1,3	100	20,1 ± 1,4	0,001		
Độ biệt hóa tế bào	Kém	3	6,8 ± 2,2	16	22,8 ± 3,9	0,005	0,026	0,007
	Cao + vừa	23	19,9 ± 2,5	91	23,3 ± 1,7	0,602		
Kích thước khối u (cm)	< 8	63	21,0 ± 1,8	75	24,8 ± 1,7	0,114	0,001	0,325
	≥ 8	75	12,3 ± 1,4	84	18,7 ± 1,8	0,004		
Hình thái u gan	Thế khối	105	18,9 ± 1,4	146	21,6 ± 1,3	0,136	0,01	0,114
	nốt + lan tỏa	16	5,36 ± 0,9	13	19,1 ± 3,4	0,001		
Số lượng khối u gan	1 u	105	17,6 ± 1,4	97	24,0 ± 1,7	0,003	0,001	0,847
	đa u	16	11,8 ± 1,7	62	18,2 ± 1,8	0,133		
Child-Pugh	A	115	16,9 ± 1,3	154	21,9 ± 1,3	0,004	0,009	0,538
	B	6	20,1 ± 5,3	5	9,7 ± 2,5	0,175		
Okuda	I	70	19,4 ± 1,6	99	24,9 ± 1,6	0,032	0,007	0,002
	II	51	12,9 ± 1,8	60	16,7 ± 1,8	0,093		
Kinki	B1	39	20,9 ± 2,3	28	28,9 ± 2,6	0,026	0,001	0,20
	B2 + B3	82	14,7 ± 1,3	131	19,9 ± 1,0	0,009		
Đáp ứng mRECIST	CR+PR	32	26,8 ± 2,3	64	28,3 ± 2,0	0,585	0,024	0,001
	SD+PD	89	13,0 ± 1,2	95	17,3 ± 1,4	0,023		
Phân tích đa biến theo mô hình hồi quy Cox Regression, số bước loại trừ nhiều: 4 bước								

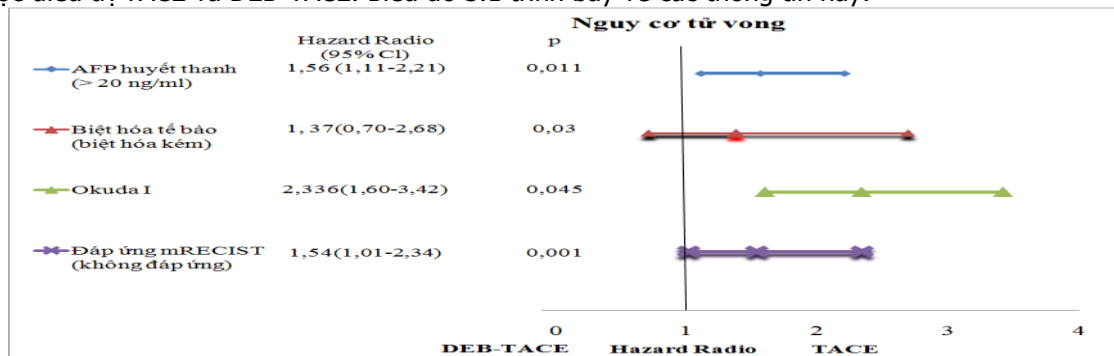
Phân tích đa biến theo mô hình hồi qui Cox Regression, số bước loại trừ nhiều: 4 bước

Nhận xét: Tỉ lệ sống thêm tích lũy tại các thời điểm 1, 2, 3 năm: nhóm TACE là: 52,1%; 25,0%; 13,9% và nhóm DEB-TACE là 65,3%; 42,6%; 24,1%. Thời gian sống thêm trung bình TACE là 17,1 ± 1,3 tháng, nhóm DEB-TACE là 21,6 ± 1,3 tháng ($\chi^2 = 7,1$, $p = 0,008$).

Thời gian sống thêm không tiến triển bệnh trung bình nhóm TACE là 12,7 ± 1,3 tháng, nhóm DEB-TACE là 17,7 ± 1,4 tháng ($\chi^2 = 11,11$, $p = 0,001$).

3.3. Các thông số liên quan đến thời gian sống thêm ở bệnh nhân UTBMTBG.

Chúng tôi đã sử dụng một số các yếu tố liên quan đến nguy cơ tử vong ở bệnh nhân UTBMTBG được điều trị TACE và DEB-TACE. Biểu đồ 3.1 trình bày về các thông tin này.



Biểu đồ 3.1. Tỉ số nguy cơ tử vong của các yếu tố tiên lượng.

Nhận xét: Độ biệt hóa tế bào, nồng độ AFP huyết thanh, giai đoạn bệnh Okuda I, không đáp ứng sớm u gan (theo mRECIST) là các yếu tố dự báo tích cực đến kết quả sống thêm lâu dài của hai phương pháp điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn về thời gian sống thêm của 2 nhóm điều trị: TACE và DEB-TACE. Hóa tắc mạch qua đường động mạch gan đã được chứng minh trong các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng là kéo dài được thời gian sống thêm cho bệnh nhân UTBMTBG không còn chỉ định phẫu thuật [3].

Tắc mạch vi cầu (DEB-TACE) với cơ chế tác dụng tiêu diệt khối u nổi trội hơn so với TACE. Hầu hết các kết quả nghiên cứu đều cho thấy hóa tắc mạch vi cầu cho tỉ lệ đáp ứng khối u tốt hơn, trong. Phân tích tổng hợp của Huang K (2014) trên 7 nghiên cứu với 700 BN cho thấy hóa tắc mạch vi cầu cho đáp ứng khối u tốt hơn (OR= 1,92, CI95%[1,3-2,77], p= 0,0004), tỉ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm, 3 năm cũng cao hơn có ý nghĩa (p= 0,007, p= 0,0003 và p= 0,01) [4]. Lê Văn Trường thực hiện bằng kỹ thuật TACE cho 108 bệnh nhân UTBMTBG cho biết: thời gian sống thêm trung bình là 13 tháng, tỉ lệ sống thêm tại các thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 55,6%; 21,3% và 11,2% [3], kết quả nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ trên 105 bệnh nhân UTBMTBG được điều trị DEB-TACE, thấy kết quả sống thêm trung bình của các bệnh nhân đạt 28 tháng, tỉ lệ sống thêm tại các thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 72,9%; 54,4% và 41,3% [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sống thêm tích lũy tại các thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt nhóm TACE là: 52,1%; 25,0%; 13,9% và nhóm DEB-TACE là 65,3%; 42,6%; 24,1%. Thời gian sống thêm trung bình của nhóm TACE là $17,1 \pm 1,3$ tháng, nhóm DEB-TACE là $21,6 \pm 1,3$ tháng, sự khác nhau có ý nghĩa ($\chi^2 = 7,1$, p= 0,008). Thời gian sống thêm không tiến triển bệnh trung bình của nhóm TACE là $12,7 \pm 1,3$ tháng, nhóm DEB-TACE là $17,7 \pm 1,4$ tháng, sự khác nhau có ý nghĩa ($\chi^2 = 11,11$, p= 0,001). Những kết quả này đã cho thấy kỹ thuật DEB-TACE có hiệu quả cao hơn so với kỹ thuật TACE đơn thuần, đặc biệt về thời gian sống của bệnh nhân sau điều trị.

4.2. Bàn về các yếu tố có liên quan đến thời gian sống 2 nhóm điều trị: TACE và DEB-TACE. Đánh giá các yếu tố tiên lượng về sống thêm lâu dài của UTBMTBG được điều trị TACE và DEB-TACE đã được đề cập trong nhiều

báo cáo trong và ngoài nước. Các yếu tố tham gia đánh giá tiên lượng sống bao gồm như: Giai đoạn bệnh theo Okuda, phân loại giai đoạn theo Barcelona; mức độ xơ gan theo Child Pugh, hàm lượng albumin, bilirubin, α FP huyết thanh và một số đặc điểm u gan (kích thước u, thể khối hay lan tỏa, xâm lấn mạch...) [3], [5], [6].

Thời gian sống thêm của bệnh nhân UTBMTBG phụ thuộc nhiều vào mức độ xơ gan theo phân loại Child-Pugh. Thời gian sống trung bình nhóm điều trị DEB-TACE giai đoạn Child-Pugh B trong nghiên cứu của chúng tôi là: 9,7 tháng.

Dựa trên phân tích đa biến đa biến theo mô hình hồi quy Cox Regression cho biết: Nguy cơ tử vong ở nhóm điều trị TACE tăng hơn so nhóm điều trị DEB-TACE liên quan đến nồng độ AFP huyết tăng (gấp 1,56 lần); độ biệt hóa tế bào nhóm biệt hóa kém (gấp 1,37 lần), phân loại giai đoạn bệnh Okuda I (gấp 2,34 lần), không đáp ứng khối u sau lần điều trị đầu tiên theo phân loại mRECIST (gấp 1,54 lần), sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,05.

Nghiên cứu Facciouso (2016) đánh giá yếu tố tiên lượng trên 104 bệnh nhân điều trị bằng TACE và 145 bệnh nhân điều trị bằng DEB-TACE phân nhóm Barcenola A và B cho biết các yếu tố như: Nồng độ AFP huyết thanh, bệnh nhân có 2 khối u gan, huyết khối tĩnh mạch cửa tăng cao có ý nghĩa ở nhóm điều trị TACE, với mức độ tăng lần lượt là: 2,29 lần, 2,5 lần và 1,75 lần [6]. Theo nghiên cứu của Song yếu tố nguy cơ độc lập có ý nghĩa là AFP < 200 ng/ml có giá trị tiên lượng với nguy cơ tử vong nhóm điều trị TACE cao gấp 1,72 lần so với DEB-TACE [7].

V. KẾT LUẬN

- Kỹ thuật TACE và DEB-TACE là những phương pháp điều trị hiệu quả trên bệnh nhân UTBMTBG. Điều trị DEB-TACE kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển hơn có ý nghĩa so với TACE.

- Đặc điểm hình thái khối u biệt hóa, AFP huyết thanh cao (>20ng/ml) trước điều trị, giai đoạn bệnh Okuda I, không đáp ứng sớm u gan (theo mRECIST) là các yếu tố dự báo tích cực đến kết quả sống thêm lâu dài sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Ung thư - Trường Đại học Y Hà Nội** (1997), *Ung thư gan nguyên phát*, Bài giảng ung thư học, Nhà xuất bản Y học, tr.205.
2. **Ulmer SC.** (2000), "Hepatocellular carcinoma: A concise guide to its status and management", *Postgrad Med*, 107(5), pp. 117-124.
3. **Lê Văn Trường.** (2006), "Nghiên cứu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan kích thước trên 5 cm bằng phương pháp tắc mạch hóa đầu chọn lọc", *Luận*

- án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
4. **Huang K., Zhou Q., Wang R., et al.** (2014), "Doxorubicin-eluting beads versus conventional transarterial chemoembolization for the treatment of hepatocellular carcinoma", *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 29, pp. 920-925.
 5. **Thái Doãn Kỳ.** (2015), "Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu DC Beads", *Luận án Tiến sĩ Y học*, Viện Nghiên cứu Khoa học Y dược Lâm sàng 108.
 6. **Facciorusso A., Mariani L., Sposito C., et al.** (2016), "Drug-eluting beads versus conventional chemoembolization for the treatment of unresectable hepatocellular carcinoma", *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 31(3), pp. 645-653.
 7. **Song MJ., Chun HJ., Song DS, et al.** (2012), "Comparative study between Doxorubicin-eluting beads and conventional transarterial chemoembolization for treatment of hepatocellular carcinoma", *Journal of Hepatology*, 57(6), pp. 1244-1250.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG SỐC Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO *ESCHERICHIA COLI* TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Trần Viết Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng sốc ở bệnh nhân (BN) nhiễm khuẩn huyết (NKH) do *E. Coli*. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết do *E.coli* tại bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2012 đến tháng 6/2015. **Kết quả và kết luận:** Bệnh xảy ra chủ yếu trên những bệnh nhân có bệnh lý nền (66,1%), trong đó thường gặp nhất là xơ gan 12,9%; đái tháo đường 12,9%, ung thư 11,3%. Ở nhiễm khuẩn tiên phát thường gặp nhất ở đường tiết niệu (53,2%); tiếp đến là đường mật (11,3%). Một số triệu chứng lâm sàng thường gặp: sốt (100%); chủ yếu là sốt dao động (72,6%), và sốt có cơn rét run (69,4%); 60,4% bệnh nhân có gan to; lách to chiếm 52,8%. Sốc nhiễm khuẩn gặp ở 25,8% bệnh nhân. Một số đặc điểm cận lâm sàng thường gặp: tăng bạch cầu (66,7%); tiểu cầu giảm chiếm 48,1%. Hầu hết các bệnh nhân đều có xét nghiệm CRP và PCT tăng với tỷ lệ lần lượt là 96,3% và 100%. Một số yếu tố tiên lượng sốc nhiễm khuẩn: giảm bạch cầu (<4G/L), giảm tiểu cầu (<150G/L), PCT tăng cao (>10ng/ml).

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, *E.coli*

SUMMARY

SOME CLINICAL, LABORATORY FEATURES AND SEPTIC SHOCK PROGNOSTIC FACTORS ON SEPTIC PATIENTS WITH *E.COLI* AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: to study some clinical, laboratory features and septic shock prognostic factors on septic patients with *E. Coli*. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 62 septic patients with *E. coli* at 103 hospital during period from 01/2012 to

6/2015. **Results and conclusion:** the diseases often occurred in patients with underlying conditions (66.1%), mostly cirrhosis (12.9%), diabetes mellitus (12.9%), cancer (11.3%). The common primary infections were the urinary tract (53.2%); followed by bile infection (11.3%). Some common clinical symptoms: fever (100%); fluctuating fever (72.6%), fever with chill (69.4%); enlarged liver (60.4%); splenomegaly (52.8%); septic shock (25.8%). Some common laboratory features: leukocytosis (66.7%); thrombocytopenia (48.1%). Most patients had CRP and PCT elevated (96.3% and 100% respectively). Some septic shock prognosis factors: leucopenia (<4G/L), thrombocytopenia (<150G/L), highly elevated PCT (>10ng/ml).

Key words: Sepsis, *E.coli*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Escherichia coli (*E.coli*) là một trong những tác nhân hàng đầu trong nhóm vi khuẩn gram âm gây nhiễm khuẩn huyết. Bệnh cảnh lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* rất đa dạng, phức tạp, diễn biến nặng với tỷ lệ tử vong cao (30-60%) chủ yếu do sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng [1]. Chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả cấy máu. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp lâm sàng có biểu hiện nhưng kết quả cấy máu âm tính hoặc dương tính muộn. Vì vậy việc chẩn đoán sớm nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* và phát hiện các yếu tố tiên lượng sốc rất quan trọng giúp cho việc lựa chọn kháng sinh thích hợp, rút ngắn thời gian điều trị, hạn chế tỷ lệ tử vong. Xuất phát từ thực trạng trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng sốc ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* để góp phần vào việc chẩn đoán, theo dõi, chăm sóc và điều trị NKH do *E. coli*.

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Tiến

Email: tientv@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.02.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2019

Ngày duyệt bài: 12.3.2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 62 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2012 đến tháng 6/2015. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Có biểu hiện lâm sàng của NKH và cấy máu dương tính, phân lập được *E. Coli*. Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp nhiễm khuẩn huyết có kết quả cấy máu (+) với nhiều loại mầm bệnh; Kết quả cấy máu và cấy các bệnh phẩm khác không thống nhất với nhau.

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, cận 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: Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $59,5 \pm 18,5$ (ít nhất là 22 tuổi, cao nhất là 87 tuổi). Hầu hết các bệnh nhân NKH do *E. coli* có độ tuổi trên 40 (chiếm 87,1%).

Các bệnh lý nền, bệnh lý kết hợp gặp trong nghiên cứu: Xơ gan: 8 BN (12,9%); Đái tháo đường: 8 BN (12,9%); Ung thư: 7 BN (11,3%); Sỏi mật: 5 BN (8,1%); Sỏi tiết niệu: 5 BN (8,1%); Suy thận mạn: 3 BN (4,8%); Phì đại tuyến tiền liệt: 3 BN (4,8%); Sử dụng corticoid: 2 BN (3,2%); Liệt, phải sinh hoạt tại giường: 2 BN (3,2%); Sau ghép thận: 2 BN (3,2%).

Có 41/62 (66,1%) bệnh nhân có bệnh lý nền kết hợp. Hầu hết các bệnh nhân này có ≥ 2 bệnh lý nền kết hợp, thường gặp các mặt bệnh như: xơ gan, sỏi mật, sỏi tiết niệu, suy thận. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Văn Chinh, Trần Minh Quân, nhiễm khuẩn huyết *E. coli* thường xảy ra trên bệnh nhân có bệnh lý kết hợp [1], [3].

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Ổ nhiễm khuẩn tiên phát

	Ổ nhiễm khuẩn tiên phát	Số bệnh nhân n=62	Tỷ lệ %	Tổng
Có	Từ đường tiết niệu	33	53,2	42 (67,7%)
	Từ đường mật	7	11,3	

	Từ đường tiêu hóa	1	1,6	
	Sau nong ĐMV và đặt stent	1	1,6	
	Không rõ	20	32,3	

Ổ nhiễm khuẩn tiên phát phát hiện được ở 42 bệnh nhân chiếm 67,7%. Trong đó ổ nhiễm khuẩn tiên phát từ đường tiết niệu chiếm tỷ lệ cao nhất 53,2%. Kết quả này tương tự nghiên cứu Nguyễn Văn Chinh ổ nhiễm khuẩn tiên phát tại chủ yếu tại đường tiết niệu chiếm 59,2%[1]; nghiên cứu của Vũ Hoài Nam có 66,1% bệnh nhân có ổ nhiễm khuẩn tiên phát trong đó tại đường tiết niệu chiếm 29% [2]

Đặc điểm sốt của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân NKH *E. coli* đều sốt (100%). Trong đó sốt cao chiếm tỷ lệ nhiều nhất 74,2%, sốt vừa là 21%. Một số đặc điểm sốt thường gặp nhất là: khởi phát từ từ 61,3%; sốt dao động 72,6%; sốt có cơn rét run chiếm tỷ lệ 69,4%.

Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu: Có 23,5 % bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp; 3,9% tràn dịch màng phổi; đau bụng, buồn nôn, nôn gặp ở 17,7% bệnh nhân; gan to chiếm 60,4%; lách to chiếm 52,8%; vàng da chiếm 29,1%; tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện tiểu buốt, tiểu rắt chiếm 22%.

Biểu hiện sốc nhiễm khuẩn: Có 16 bệnh nhân có biểu hiện sốc nhiễm khuẩn chiếm 25,8%. Thời gian xuất hiện sốc kể từ khi có triệu chứng đầu tiên của nhiễm khuẩn huyết trung bình là 5,1 ngày, sớm nhất là 2 ngày, muộn nhất là 9 ngày. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Vũ Hoài Nam tỷ lệ xuất hiện sốc chiếm 19,4% và thời gian trung bình xuất hiện sốc nhiễm khuẩn là 6,42 ngày [2].

3.3. Một số đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Một số xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Thông số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tiểu cầu (G/L)	≤ 150	25/52	48,1
	> 150	27/52	51,9
Bạch Cầu (G/L)	≤ 4	12/60	20
	4 - 10	8/60	13,3
	> 10	40/60	66,7
CRP (mg/L)	≤ 10	2/54	3,7
	10 – 50	6/54	11,1
	$> 50 - 100$	11/54	20,4
	> 100	35/54	64,8
	Trung bình	$120,7 \pm 60,1$ (2,8 - 275,1)	
Pro-	≤ 2	12/47	25,5

calcitonin (ng/ml)	>2 – 10	15/47	31,9
	>10	20/47	42,6
	Trung bình	22,1 ± 32,9 (0,11 – 142,4)	

Khi đánh giá xét nghiệm bạch cầu và tiểu cầu chúng tôi loại ra một số bệnh nhân có các bệnh lý nền kết hợp có thể ảnh hưởng tới kết quả xét nghiệm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân có biểu hiện tăng bạch cầu máu ngoại vi 66,7%; tỷ lệ bệnh nhân giảm tiểu cầu chiếm 48,1%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả khác [1], [2]

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 54 bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm CRP, và 47

3.4. Một số yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *E. coli*

Bảng 3. Một số yếu tố tiên lượng sốc ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *E. coli*

Chỉ tiêu	Sốc nhiễm khuẩn	Không có sốc	p
Có bệnh lý nền	12/16 (75,0%)	29/46 (63,0%)	>0,05
Phát hiện được ổ nhiễm khuẩn tiên phát	11/16 (68,8%)	31/46 (67,4%)	>0,05
Gan to	8/13 (61,6%)	24/40 (60,0%)	>0,05
Lách to	7/13 (53,8%)	21/40 (52,5%)	>0,05
Tiểu cầu <150G/L	12/13 (92,3%)	13/39 (33,3%)	<0,05
Bạch cầu >10G/L	10/16 (62,5%)	30/44 (68,2%)	>0,05
Bạch cầu <4G/L	7/16 (43,8%)	5/44 (11,4%)	<0,05
CRP >100mg/L	9/13 (69,2%)	26/41 (63,4%)	>0,05
PCT >10ng/ml	10/11 (90,9%)	10/36 (27,8%)	<0,05

Khi phân tích một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân có sốc nhiễm khuẩn và nhóm bệnh nhân không có sốc nhiễm khuẩn chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng giảm tiểu cầu (<150G/L), giảm bạch cầu (<4G/L); PCT tăng cao (>10ng/ml) ở nhóm có sốc nhiễm khuẩn cao hơn nhóm không có sốc nhiễm khuẩn và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chúng tôi cũng gặp các kết quả tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Dung[6] và Trần Minh Quân[3]

IV. KẾT LUẬN

Bệnh xảy ra chủ yếu trên những bệnh nhân có bệnh lý nền (66,1%), trong đó thường gặp nhất là xơ gan 12,9%; đái tháo đường 12,9%, ung thư 11,3%. Ổ nhiễm khuẩn tiên phát thường gặp nhất ở đường tiết niệu (53,2%); tiếp đến là đường mật (11,3%).

Một số triệu chứng lâm sàng thường gặp: sốt (100%); chủ yếu là sốt dao động (72,6%), và sốt có cơn rét run (69,4%); 60,4% bệnh nhân có gan to; lách to chiếm 52,8%. Sốc nhiễm khuẩn có ở 25,8% bệnh nhân.

Một số đặc điểm cận lâm sàng thường gặp: tăng bạch cầu (66,7%); tiểu cầu giảm chiếm 48,1%. Hầu hết các bệnh nhân đều có xét nghiệm CRP và PCT tăng với tỷ lệ lần lượt là

bệnh nhân được làm xét nghiệm PCT. Trong đó 96,3% bệnh nhân tăng CRP >10mg/L; giá trị trung bình CRP trong nghiên cứu là $120,7 \pm 60,1$ mg/L; 100% bệnh nhân tăng PCT; trong đó PCT >2 ng/ml chiếm 74,5%; giá trị trung bình PCT là $22,1 \pm 32,9$ ng/ml. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo: nồng độ CRP trung bình ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết là $92,4 \pm 38,5$ (mg/L)[4]; Nghiên cứu của Lê Xuân Trường: nồng độ PCT trung bình $32,12 \pm 74,03$ ng/ml; nồng độ CRP trung bình $97,95 \pm 49,91$ mg/L[5].

96,3% và 100%.

Một số yếu tố tiên lượng sốc nhiễm khuẩn: giảm bạch cầu (<4G/L), giảm tiểu cầu (<150G/L), PCT tăng cao (>10ng/ml).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chính (2011), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố có giá trị tiên lượng sốc ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *Escherichia coli* tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108", *Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Học viện Quân y, Hà Nội*.
2. Vũ Hoài Nam (2014), "Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết do *Escherichia coli* ở bệnh nhân cao tuổi được điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị", *Luận văn thạc sĩ, Học viện Quân y, Hà Nội*.
3. Trần Minh Quân (2008), "Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *Escherichia coli* điều trị tại bệnh viện Bạch Mai năm 2006 - 2008", *Luận văn thạc sĩ, Học viện Quân y, Hà Nội*.
4. Phạm Thị Ngọc Thảo (2010), "Đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết điều trị tại khoa hồi sức Bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 14 (2), 348 - 52.
5. Lê Xuân Trường (2009), "Giá trị chẩn đoán và tiên lượng của Procalcitonin huyết thanh trong nhiễm trùng huyết", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, Số 1 tập 13 213 - 241.
6. Nguyễn Thị Hoài Dung (1996), "Lâm sàng và điều trị nhiễm khuẩn huyết gram âm: 62 trường

hợp tại viện Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới", *luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.*

NGHIÊN CỨU MỘT TRƯỜNG HỢP LY GIẢI CƠ VÂN VÀ HỘI CHỨNG NGUY KỊCH HÔ HẤP CẤP (ARDS) DO ONG ĐỐT

Nguyễn Ngọc Tú*, Mai Anh Tuấn*, Nguyễn Hữu Quân**,
Võ Thị Đoàn Thục**, Trương Dương Tiễn**, Phạm Thị Ngọc Thảo*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: ong đốt thường xảy ra tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Ly giải cơ vân và hội chứng nguy kịch hô hấp cấp là những biến chứng hiểm gặp nhưng có thể đe dọa tính mạng và cần được xử trí kịp thời. **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu một trường hợp. **Kết quả:** một trường hợp bệnh nhân nam, 32 tuổi bị ong vò vẽ đốt được nghiên cứu. Khởi đầu các triệu chứng sưng đau vùng bị đốt kèm sốt, khó thở và tiểu huyết sắc tố. Bệnh nhân nhập bệnh viện địa phương điều trị, sau đó chuyển bệnh viện Chợ Rẫy vào ngày thứ 2 của bệnh trong tình trạng tán huyết nặng, suy đa cơ quan bao gồm hội chứng nguy kịch hô hấp cấp, tổn thương thận cấp do ly giải cơ vân và tổn thương gan. Bệnh nhân được điều trị thông khí cơ học, thay huyết tương, lọc máu liên tục, kháng sinh và dinh dưỡng. Nồng độ CPK máu về bình thường vào ngày thứ 15 của bệnh. Chức năng thận cải thiện và bệnh nhân có nước tiểu sau 30 ngày điều trị. **Kết luận:** ong đốt có thể gây ra ly giải cơ vân và hội chứng nguy kịch hô hấp cấp. Phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể giúp cứu sống bệnh nhân.

Từ khóa: ly giải cơ vân, hội chứng nguy kịch hô hấp cấp (ARDS), ong đốt.

SUMMARY

RHABDOMYOLYSIS AND ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME AFTER WASP-STING: A CASE REPORT

Background: Wasp-sting is not uncommon in developing countries, particularly Viet Nam. Symptoms can range from mild such as itching, urticaria, angioedema to severe such as multi organ dysfunction which increases mortality. Rhabdomyolysis and acute respiratory distress syndrome are rare complications yet yield a high risk of death, thus need emergent intervention. **Methods:** This is a case report. **Results:** a 32 year-old male patient suffering from wasp-sting was studied. The patient manifested with swelling and pain in regions of stings, then developed high fever, dyspnea and bloody urine. He was admitted to local hospital, then transferred to Cho Ray hospital. The patient was diagnosed with severe hemolytic, multimulti-organ dysfunction (acute kidney injury, acute respiratory distress syndrome and liver damage). He was then placed on mechanical ventilator, therapeutic plasma exchange, continuous

renal replacement therapy and was given intravenous antibiotics and nutrients. CPK levels and renal function (as well as urin output) returned to normal on day 15 and day 30 respectively. **Conclusion:** wasp-sting can cause rhabdomyolysis and acute respiratory distress syndrome. Finding and treating wasp-sting at an early stage can save lives.

Keywords: rhabdomyolysis, acute respiratory distress syndrome, wasp-sting

I. TỔNG QUAN

Ong đốt là một tai nạn gây ra các biểu hiện lâm sàng có thể đe dọa tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Biểu hiện lâm sàng đa dạng từ những triệu chứng nhẹ như đau, ban đỏ và phù ở vị trí của vùng da bị đốt, nổi mề đay toàn thân, phù mạch, khó thở, cho đến những biểu hiện nặng như sốc phản vệ. Một báo cáo tại Trung Quốc trên 1091 trường hợp ong đốt ghi nhận tổn thương thận 21%, tổn thương gan 30%, ly giải cơ 24%, tán huyết 19,2%; thiếu niệu/vô niệu 7,7%; tiểu huyết sắc tố 10,2%; tụt huyết áp 4,5%; rối loạn đông máu 22,5%; phù phổi 7,7% [6]. Tỷ lệ tử vong chung là 5,1% và cao hơn trên nhóm bệnh nhân có nhiều hơn 10 vết đốt. Triệu chứng lâm sàng và mức độ nặng phụ thuộc vào số mũi đốt, loại ong, vị trí đốt, tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, cơ địa (dị ứng).

ARDS là phản ứng viêm tại phổi, gây ra tăng tính thấm của hàng rào phế nang-mao mạch, được chẩn đoán dựa vào tiêu chuẩn Berlin 2012. Ly giải cơ và ARDS do ong đốt được báo cáo trong y văn với tỷ lệ rất hiếm (khoảng 7%) nhưng là một biến chứng nguy hiểm, thường liên quan với tăng tử vong và xảy ra sau 24-48 giờ bị ong đốt.

Tương tự các quốc gia đang phát triển trong khu vực, ong đốt tại Việt Nam xảy ra ngày càng thường xuyên hơn và trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng. Tuy nhiên những báo cáo liên quan đến ong đốt, đặc biệt là những trường hợp nặng còn rất ít. Vì vậy cần có nhiều nghiên cứu về vấn đề này nhằm giúp các bác sĩ lâm sàng xây dựng được kế hoạch chẩn đoán và điều trị kịp thời.

II. GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam, sinh năm 1987 (32 tuổi), nghề nghiệp nông dân, địa chỉ: tỉnh Bình Phước.

*Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.

**Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Tú

Email: drnguyenngoctu1604@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2019

Ngày duyệt bài: 12.3.2019

Trước nhập bệnh viện Chợ Rẫy 02 ngày, bệnh nhân đi câu cá bị ong vò vẽ đốt 2 lần, hơn 50 vết đốt ở mặt trong và sau 2 cánh tay và dọc theo hông lưng 2 bên, sưng đau và tấy đỏ tại vùng bị đốt. Bệnh nhân được đưa đến bệnh viện địa phương sau khoảng 6 giờ bị ong đốt. Tại đây bệnh nhân diễn tiến khó thở tăng dần, sốt cao, tiểu máu nên được chuyển bệnh viện Chợ Rẫy. Bệnh nhân nhập cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy tháng 01/2019 trong tình trạng lơ mơ, tần số tim 70 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg, thở nhanh nông, co kéo 35 lần/phút, SpO₂ 60%, nhiệt độ 36,6 độ C. Khám lâm sàng ghi nhận đồng tử còn phản xạ ánh sáng, kích thích đau đáp ứng chính xác, phổi ran nổ cả 2 phế trường, nhiều vết đốt tấy đỏ kèm bóng nước li ti dọc theo mặt trong và sau 2 cánh tay và 2 bên hông lưng. Nước tiểu màu đỏ sậm khoảng 150 ml/10 giờ. Xét nghiệm sinh hoá cho thấy tình trạng thiếu máu tán huyết: hồng cầu 5,31 T/L, hemoglobin 137 g/L, tăng bilirubin (bilirubin tp 4,41 mg/dl) ưu thế gián tiếp (bilirubin gián tiếp 2,65 mg/dl), LDH 15428,45 U/L; D-dimer 2910 ng/ml; và ly giải cơ vân nặng nề: CPK 68760 U/L, nước tiểu có máu và bạch cầu, myoglobin niệu >1000 ng/ml. Bệnh nhân được truyền 1000ml natriclorua 0,9%, sau đó chuyển lên khoa hồi sức tích cực trong tình trạng suy đa cơ quan với điểm APACHE II và SOFA lần lượt là 18 điểm và 10 điểm. X-quang ngực thẳng cho thấy thâm nhiễm lan toả toàn bộ 2 phổi, khí máu động mạch ghi nhận pH 7,22; pO₂ 90 mmHg; pCO₂ 58,5 mmHg với FiO₂ 75% (P/F = 1,2). Men gan AST 6090 U/L, ALT 1848. Định lượng kháng thể ghi nhận tang IgE (234 mg/dL). Siêu âm tại giường cho thấy chức năng tâm thu thất trái bảo tồn. Chẩn đoán ARDS do phản ứng phản vệ từ độc tố ong được đặt ra dựa theo tiêu chuẩn Berlin 2012 sau khi loại trừ khả năng phù phổi huyết động dựa vào siêu âm tim và thể tích dịch hồi sức trước đó. Bệnh nhân được thông khí cơ học xâm lấn, chế độ thở kiểm soát hoàn toàn, áp dụng chiến lược thông khí bảo vệ phổi với Vt thấp và PEEP cao. Thủ thuật huy động phế nang được tiến hành 2 lần (CPAP: PEEP 40 cmH₂O trong 40 giây) nhằm đạt mục tiêu oxy hoá máu tối thiểu. BUN và creatinine máu lần lượt là 46 và 3,41 (mg/dl). Bệnh nhân được tiến hành thay huyết tương ngay sau đó kết hợp với điều trị thay thế thận liên tục mode CVVHDF (PE+CVVHDF) vì tình trạng ly giải cơ vân nặng và suy thận cấp vô niệu. Thể tích huyết tương tương đồng lạnh dùng thay thế là 3600ml (1,3 lần thể tích huyết tương người bệnh) với lưu lượng máu 180ml/phút. Lọc máu

liên tục CVVHDF với Qb 150-200 ml/giờ, PBP 400 ml/giờ, Qd 600 ml/giờ, Qs 600 ml/giờ, UF 50 ml/giờ, kháng đông bằng Heparin. Các điều trị khác cũng được thực hiện gồm corticosteroid 80mg/ngày và giảm liều dần sau 7 ngày, kháng sinh, dinh dưỡng, cân bằng điện giải. Chức năng hô hấp và nồng độ CPK, LDH, IgE cải thiện sau 10 ngày điều trị và bệnh nhân được cai máy thở và rút nội khí quản. Tuy nhiên chức năng thận không cải thiện. Bệnh nhân phụ thuộc chạy thận ngắt quãng xen kẽ lọc máu liên tục liều xấp xỉ 30ml/kg/giờ trong 20 ngày tiếp theo. Bệnh nhân xuất hiện một đợt viêm phổi bệnh viện do *Acinetobacter Baumannii* và cần phải thở máy xâm lấn. Chiến lược thông khí bảo vệ phổi kết hợp thông khí nằm sấp và kháng sinh theo kháng sinh đồ được áp dụng kéo dài 15 ngày. Sau 30 ngày điều trị, chức năng thận cải thiện, mọi xét nghiệm sinh hoá trở về bình thường. Bệnh nhân được rút nội khí quản, chuyển khoa nội thận tiếp tục theo dõi và xuất viện 5 ngày sau đó.



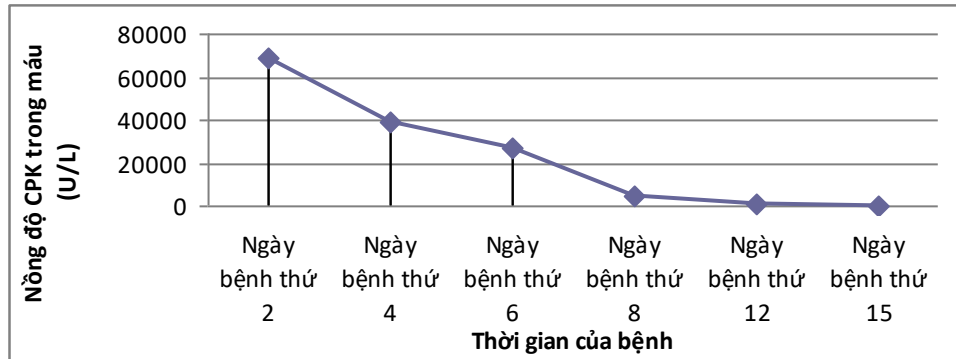
Hình 1: Vết đốt ong vò vẽ tại vùng cánh tay và nước tiểu màu xá xị

III. BÀN LUẬN

Các độc tố của loài ong bao gồm histamines, serotonin, phospholipase, hyaluronidase và các kháng nguyên, tất cả đều gây ra các biểu hiện lâm sàng khác nhau. Khi bị đốt, các biểu hiện lâm sàng đa dạng từ tổn thương da không đặc hiệu đến sốc phản vệ, thường xảy ra ở một người nhạy cảm trước đó. Độc tố do ong đốt có thể dẫn đến sốc phản vệ, là một biến chứng nặng nề xảy ra trong vòng vài giờ đầu sau khi bị đốt. Tiếp sau đó là một loạt các biểu hiện khác như ly giải cơ vân, tán huyết, đông máu nội mạch lan tỏa (DIC), hoại tử ống thận cấp (ATN), tổn thương thận cấp tính (AKI), và hoại tử gan... tất cả đều đạt đỉnh trong một đến ba ngày [1]. Bệnh nhân trên không xuất hiện sốc phản vệ nhưng biểu hiện một loạt biến chứng nặng gồm

tán huyết, ly giải cơ vân nặng gây ra hoại tử ống thận cấp, tổn thương gan và ARDS trong 48 giờ đầu sau khi bị ong đốt. Ly giải cơ vân và ARDS là những biến chứng hiếm gặp, chiếm khoảng 7% và được cho là hậu quả của độc tố từ ong. Mejia Vélez đã báo cáo về 43 trường hợp suy thận cấp (ARF) do nhiều vết chích của ong đốt tại châu Phi, và cho thấy các trường hợp suy thận cấp này xảy ra do hậu quả của ly giải cơ [3]. Vikran S. và Parashar A. đã báo cáo về 35 trường hợp

AKI xảy ra sau nhiều vết ong đốt ở Ấn Độ và chứng minh AKI là hậu quả sau tình trạng ly giải cơ (62,3%) [5]. Trong số các nghiên cứu đều cho thấy các đặc điểm lâm sàng chính của tình trạng này là thiếu niệu (83%) và tiểu máu (57%). Đây cũng là những triệu chứng xuất hiện trên bệnh nhân trong trường hợp này. Bệnh nhân có tăng nồng độ CPK vào ngày thứ 2 của bệnh 68.760 U/L, và trở về mức bình thường vào ngày thứ 15 của bệnh.



Biểu đồ 1: Động học CPK trong máu bệnh nhân theo thời gian bị bệnh

Bệnh nhân được thay huyết tương, lọc máu liên tục, sau 20 ngày điều trị bệnh nhân bắt đầu tăng dần thể tích nước tiểu. Tuy nhiên chức năng thận chỉ bắt đầu cải thiện sau 30 ngày điều trị. Bệnh nhân được chuyển sang khoa Nội thận tiếp tục theo dõi. Cơ chế chính gây nên tình trạng ly giải cơ hiện nay vẫn chưa được biết rõ, có thể do tác động của độc chất lên tế bào cơ gây ra hậu quả này [2]. Cơ chế gây tổn thương đa cơ quan do ong đốt có thể liên quan đến ảnh hưởng trực tiếp của độc tố lên cơ quan hoặc phản ứng viêm quá mức của cơ thể đối với môi trường phản trong chất độc. Lọc máu liên tục từ lâu được sử dụng với mục đích loại bỏ nội độc tố vi khuẩn và hỗ trợ chức năng thận trong nhiễm khuẩn huyết. Hai và cộng sự [7] tiến hành nghiên cứu trên 23 bệnh nhân ong đốt được điều trị kết hợp giữa hấp phụ (HF) và lọc máu liên tục (CVVHDF) hoặc thay huyết tương (PE) và lọc máu liên tục (CVVHDF). Tác giả kết luận cả hai kiểu phối hợp trên đều có hiệu quả cải thiện chức năng cơ quan thông qua cải thiện điểm SOFA, các xét nghiệm chức năng từng cơ quan và giảm nồng độ hoá chất trung gian gây viêm như IL-1, IL-6, IL-8, IL-10, và TNF- α . Phối hợp PE và CVVHDF giúp loại bỏ nội độc tố và các chất trung gian gây viêm tốt hơn.

Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp trên bệnh nhân này được chẩn đoán ngay khi nhập viện Chợ Rẫy (ngày 2 của bệnh). Chẩn đoán ARDS nặng dựa theo tiêu chuẩn của Berlin 2012 với tỉ

số P/F = 120. Bệnh nhân được thở máy xâm lấn thông khí bảo vệ phổi. Sau điều trị, khí máu động mạch và X-quang phổi bắt đầu được cải thiện vào ngày thứ 11 của bệnh, tình trạng hô hấp cải thiện dần bệnh nhân được rút nội khí quản. ARDS do ong đốt là tình trạng hiếm gặp nhưng liên quan với tử vong rất cao. Ting và cộng sự [6] báo cáo trên 145 bệnh nhân ong đốt, trong đó có 11 trường hợp ARDS và tất cả đều diễn tiến tử vong. Cuihong báo cáo tổng kết 1091 trường hợp ong đốt, trong đó chỉ có 17 trường hợp xuất hiện ARDS. Các tác giả ghi nhận các trường hợp sốc không do phản vệ thường kèm suy đa cơ quan (gồm cả ARDS), khó điều trị hơn và tử vong cao hơn so với sốc phản vệ (44% so với 25%). Sharmila R. và cộng sự cũng đã báo cáo về một trường hợp tử vong của bệnh nhân người Ấn Độ 12 tuổi xuất hiện suy đa cơ quan bao gồm ARDS, ARF, rối loạn chức năng gan và tán huyết sau một lần ong đốt [4]. Theo tác giả, cơ chế chính xác của tổn thương phổi do ong đốt không rõ ràng, nhưng có nhiều giả thuyết cho rằng sự giải phóng lượng lớn các hóa chất trung gian gây viêm dẫn đến các phản ứng toàn thân do tổn thương tế bào qua trung gian độc tố đóng vai trò quan trọng.

IV. KẾT LUẬN

Ong đốt là một trong những tai nạn ngày càng gia tăng tại các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Bên cạnh các triệu chứng

thường gặp, ong đốt cũng có khả năng gây ra tình trạng ly giải cơ và ARDS. Trên một bệnh nhân bị ong đốt, cần theo dõi các dấu hiệu thiếu niệu và tiểu máu, định lượng nồng độ CPK để phát hiện có ly giải cơ. Khó thở là triệu chứng đầu tiên cảnh báo cần theo dõi và làm đầy đủ các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán và điều trị ARDS. Các biến chứng này đều có thể gây tử vong cho bệnh nhân nếu không được biết đến và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dhakal AK, Basnet NB, Shrestha D.** Acute kidney injury due to multiple wasp stings in an eight year-old child. *J Kathmandu Med College* 2013;2:145-7.
2. **Dhanapriya J, Dineshkumar T, Sakthirajan R, Shankar P, Gopalakrishnan N, Balasubramaniyan T.**

Wasp sting-induced acute kidney injury. *Clin Kidney J* 2016;9:201-4

3. **Mejia Ve'lez G.** Acute renal failure due to multiple stings by Africanized bees. Report on 43 cases. *Nefrologia* 2010;30:531-8.
4. **Sharmila RR, Chetan G, Narayanan P, Srinivasan S.** Multiple organ dysfunction syndrome following single wasp sting. *India J Pediatric* 2007;74:1111-2
5. **Vikrant S, Parashar A.** Acute kidney injury due to multiple hymenoptera stings—a clinicopathological study. *Clin Kidney J* 2017;10: 532-8
6. **Xie C, Xu S, Ding F, Xie M, Lv J, Yao J, et al. (2013),** "Clinical features of severe wasp sting patients with dominantly toxic reaction: analysis of 1091 cases". *PLoS One*, 8(12), e83164.
7. **Yuan H, Chen S, Hu F, Zhang Q (2016),** "Efficacy of Two Combinations of Blood Purification Techniques for the Treatment of Multiple Organ Failure Induced by Wasp Stings". *Blood Purif*, 42(1), 49-55.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN MỘT SỐ LĨNH VỰC NHẬN THỨC TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH VÔ CĂN Ở NGƯỜI LỚN

Nguyễn Văn Hương*, Lê Quang Cường*, Nguyễn Kim Việt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn một số lĩnh vực của nhận thức trên bệnh nhân động kinh vô căn ở người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** 200 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh vô căn dựa vào lâm sàng và chụp cộng hưởng từ sọ não. Các bệnh nhân được làm trắc nghiệm đánh giá các lĩnh vực nhận thức của hội Tâm thần học Hoa kỳ. **Kết quả:** rối loạn trí nhớ (27%). Hay gặp nhất là rối loạn trí nhớ tức thời (94,4%), tiếp đến trí nhớ ngắn hạn (74,1%), ít gặp nhất là rối loạn trí nhớ dài hạn (50%). Rối loạn định hướng 29%. Trong đó rối loạn định hướng thời gian hay gặp nhất chiếm 81%, rối loạn định hướng không gian chiếm 62,1%. Rối loạn ngôn ngữ 11%. Trong đó rối loạn ngôn ngữ biểu hiện chiếm tỷ lệ cao nhất 95,45%. Số bệnh nhân không sử dụng được điện thoại và không tự sử dụng được các phương tiện giao thông một mình chiếm tỷ lệ cao nhất tới trên 80%. **Kết luận:** Rối loạn trí nhớ chiếm 27% trong nhóm nghiên cứu, trong đó hay gặp nhất rối loạn trí nhớ ngắn hạn. Rối loạn định hướng có 29%, trong đó hay gặp nhất rối loạn định hướng thời gian. Rối loạn ngôn ngữ 11% và chủ yếu rối loạn ngôn ngữ biểu hiện. Không sử dụng được các phương tiện trong sinh hoạt hàng ngày chiếm 21,5%.

* **Trường Đại học Y Hà Nội**

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hương

Email: vanhuong73@hotmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2019

Ngày duyệt bài: 14.3.2019

Từ khóa: động kinh, lĩnh vực nhận thức

SUMMARY

THE STUDY CLINICAL CHARACTERISTICS OF DISORDERS SOME AREAS OF COGNITION WITH IDIOPATHIC EPILEPSY IN ADULTS

Objective: The study aims to describe clinical characteristics of disorders of some areas of cognition with idiopathic epilepsy in adults. **Subjects and methods:** 200 patients were diagnosed with idiopathic seizures based on clinical and cranial magnetic resonance imaging. Patients were tested to assess the cognitive areas of the American Psychiatric Association. **Results:** memory disorders (27%). The most common are immediate memory disorders (94.4%), followed by short-term memory (74.1%), the least common is long-term memory disorder (50%). Orientation disorder 29%. In which the most common orientation - times disorder accounted for 81%, spatial orientation disorder accounted for 62.1%. Language disorder 11%. In which, expression disorder language accounted for the highest rate of 95.45%. The number of patients who are unable to use the phone and cannot use the vehicles themselves alone account for the highest percentage of over 80%. **Conclusions:** Memory disorders account for 27% of the research group, the most common of which are short-term memory disorders. Orientation disorder has 29%, of which the most common time-oriented disorder. 11% of language disorders and mainly speech dysfunction. Unable to use vehicles in daily activities accounted for 21.5%.

Keywords: Epilepsy, areas of cognition

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là bệnh lý mạn tính của não, chiếm khoảng một phần tư trong tổng số bệnh lý thần kinh [1],[2]. Là bệnh lý xuất phát từ tổn thương ở não nên ngoài các cơn động kinh, bệnh nhân động kinh còn có thể bị tổn thương các chức năng cao cấp của não trong đó có chức năng nhận thức [3], [4]. Rối loạn nhận thức, mà mức độ nặng là sa sút trí tuệ, là hội chứng rối loạn chức năng của vỏ não bao gồm nhiều lĩnh vực của nhận thức như: trí nhớ, định hướng, khả năng học tập, ngôn ngữ và sự và các hoạt động hàng ngày [5], [6]. Các ảnh hưởng của rối loạn nhận thức đến cuộc sống hàng ngày tiến triển nặng dần, tùy theo mức độ trầm trọng của bệnh làm người bệnh có thể bị phụ thuộc một phần hay toàn bộ vào người thân Carolina Mattos Marques(2007) [8] và Jokeit H, Ebner A (2002) [8]. Cùng với các nghiên cứu tập trung vào các bệnh lý liên quan đến sa sút trí tuệ ở người cao tuổi [5], rối loạn các lĩnh vực nhận thức trên bệnh nhân động kinh cũng đã được đề cập đến [7]. Trên Thế giới đã có nhiều nghiên cứu về rối loạn nhận thức trên bệnh nhân động kinh được công bố [4], [6]. Tỷ lệ rối loạn các lĩnh vực nhận thức và sa sút trí tuệ trên bệnh nhân động kinh khác nhau tùy theo từng nghiên cứu, bởi vì phụ thuộc vào đối tượng cũng như phương pháp chọn mẫu của từng nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên, hầu hết các tác giả đều nhận thấy rối loạn các lĩnh vực nhận thức liên quan đến các yếu tố kể trên và sự cộng hưởng các yếu tố trên sẽ làm cho rối loạn nhận thức trở nên nặng hơn. Chính vì vậy, việc hiểu biết các đặc điểm lâm sàng về rối loạn các lĩnh vực nhận thức trên bệnh nhân động kinh sẽ giúp cho việc đưa ra các chiến lược phù hợp trong điều trị cũng như trong chăm sóc bệnh nhân động kinh nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu "*Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn một số lĩnh vực nhận thức trên bệnh nhân động kinh vô căn ở người lớn*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 200 bệnh nhân được chẩn đoán xác định động kinh theo tiêu chuẩn ILEA. Các bệnh nhân đều có tuổi từ 18 trở lên. Loại trừ các trường hợp bệnh nhân bị động kinh mắc một số bệnh liên quan đến rối loạn chú ý trước đó và những bệnh lý tổn thương não khác:

- Tất cả các bệnh nhân đều được chụp chụp cộng hưởng từ sọ não để loại trừ các nguyên nhân thực tổn ở não. Tiến hành khám lâm sàng để loại trừ các bệnh liên quan đến rối loạn chú ý trước đó như: bệnh alzheimer, sa sút trí tuệ do mạch máu, các bệnh lý tâm thần, bệnh mù chữ,

khiếm thị hoặc khiếm thính. Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đánh giá chức năng điều hành

2.2 Phương pháp nghiên cứu: phương pháp mô tả cắt ngang. Là phương pháp nghiên cứu hồi cứu với nguồn thông tin từ bệnh nhân, những người thân và gia đình bệnh. Mẫu nghiên cứu có 200 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Cỡ mẫu: Thuận tiện

Đánh giá các chức năng các lĩnh vực nhận thức dựa vào bộ câu hỏi trắc nghiệm của Hiệp hội Tâm thần học Hoa kỳ lần thứ IV (DSM -IV)

2.2.1 Đánh giá rối loạn trí nhớ (Memory Disorders)

- *Các biểu hiện của rối loạn trí nhớ tức thời:*

+ *Trí nhớ từ:* Đưa ra thông tin về 10 từ hoặc 10 cụm (hai hoặc ba từ) đề nghị bệnh nhân nhắc lại, nếu bệnh nhân bị rối loạn sẽ không nhắc lại được hoặc nhắc lại không chính xác ít nhất 6 cụm từ hoặc từ. Phối hợp với trắc nghiệm về trí nhớ từ (ở phần các trắc nghiệm thần kinh tâm lý).

+ *Trí nhớ hình:* Cho bệnh nhân 10 hình vẽ thông dụng sau đó đề nghị bệnh nhân nhắc lại nếu không nhắc lại chính xác 5 hình là có biểu hiện rối loạn (Phối hợp với trắc nghiệm về trí nhớ hình).

- *Các biểu hiện về trí nhớ ngắn hạn:*

Hỏi bệnh nhân thông qua người thân các sự kiện xảy ra trong gia đình quan trọng trong thời gian: Trong ngày và trong tuần, trong một vài tháng trước, trên 1 năm trước

Các biểu hiện rối loạn trí nhớ dài hạn: Bệnh nhân có hay không quên các kiến thức đã được biết từ nhỏ, bệnh nhân có hay không quên các kỹ năng đã biết

- *Đánh giá trí nhớ thị giác không gian:* Cho bệnh nhân nhìn một hình ảnh không gian đề nghị bệnh nhân vẽ lại hoặc mô tả lại hình ảnh đó.

2.2.2 Đánh giá rối loạn định hướng:

- *Định hướng thời gian:* Đề nghị bệnh nhân xác định thời gian hiện tại: năm, mùa, tháng, ngày thứ. *Định hướng không gian:* Đề nghị bệnh nhân xác định địa điểm, vị trí, tên địa chỉ nơi ở, nơi đang khám bệnh. *Định hướng bản thân.* *Định hướng về những người xung quanh.*

2.2.3 Đánh giá rối loạn ngôn ngữ (vong ngôn: aphasia) Rối loạn ngôn ngữ biểu hiện (nói, đọc, viết...): Biểu hiện nói lặp từ khó tìm từ khi nói, mất lưu loát phát âm không chính xác, nói viết sai ngữ pháp. *Rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận (không hiểu lời nói):* Câu ngắn, đơn giản, câu dài phức tạp. Phối hợp với bộ trắc nghiệm gọi tên của Boston có sửa đổi và trắc nghiệm nói lưu loát từ về các con vật.

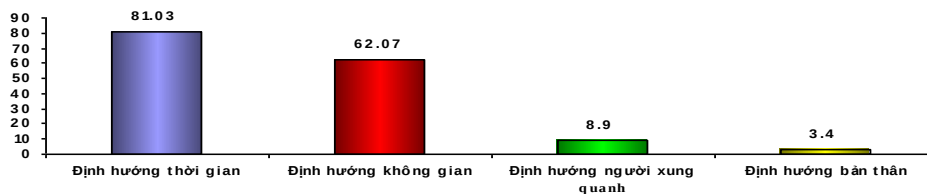
2.2.4 Đánh giá rối loạn chức năng hàng ngày khi sử dụng các phương tiện dụng cụ

Hỏi bệnh nhân hoặc người thân bệnh nhân có khó khăn gì trong các hoạt động hàng ngày sau: Sử dụng điện thoại, quản lý chi tiêu mua bán, sử dụng các dụng cụ cá nhân, sự đi bằng phương tiện giao thông, tự dùng thuốc đúng liều và đúng chỉ định.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được nhập thông tin vào máy tính, sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 15.0 và phần mềm STATA 8.0. So sánh các tỷ lệ dựng trắc nghiệm χ^2 .

Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng tham gia được giải thích về mục đích, nội dung, phương pháp nghiên cứu, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu... Thông tin cá nhân sẽ được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Tỷ lệ %



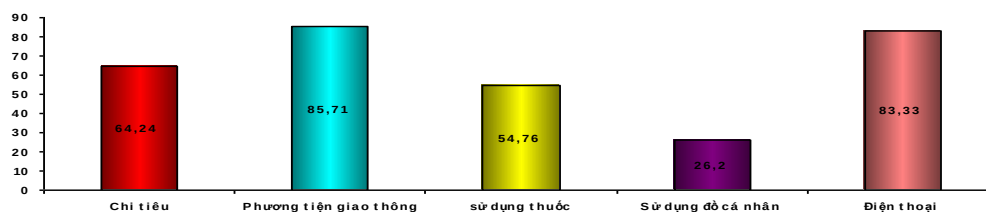
Biểu đồ 3.1 Đặc điểm lâm sàng rối loạn định hướng

Nhận xét: Rối loạn định hướng gặp ở 58/200 bệnh nhân (29%). Trong đó rối loạn định hướng thời gian hay gặp nhất chiếm 81%, rối loạn định hướng không gian chiếm 62,1%. Tỷ lệ rối loạn định hướng người xung quanh chiếm 8,6% và định hướng bản thân chiếm tỷ lệ chưa đến 3,4%.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn ngôn ngữ

Các biểu hiện rối loạn ngôn ngữ (n = 22)	Số lượng	Tỷ lệ %
Rối loạn ngôn ngữ biểu hiện (nói, đọc, viết...):	21	95,45
- Nói lặp từ khó tìm từ khi nói	19	90,48
- Mất lưu loát phát âm không chính xác	8	38,1
- Nói viết sai ngữ pháp	8	38,1
Rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận (không hiểu lời nói)	16	72,73
- Câu ngắn, đơn giản	3	18,75
- Câu dài phức tạp	16	100

Nhận xét: Rối loạn ngôn ngữ gặp 22/200 (11%). Trong đó rối loạn ngôn ngữ biểu hiện chiếm tỷ lệ cao nhất 95,45% trên tổng số bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ, trong nhóm này nhóm nói lặp từ khó tìm từ khi nói chiếm tỷ lệ cao nhất 90,48%. Rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận ít gặp hơn (chiếm 72,7%) trong đó chủ yếu rối loạn không hiểu các câu nói dài phức tạp.



Biểu đồ 3.2: Các rối loạn chức năng hoạt động bằng phương tiện

Nhận xét: Số bệnh nhân không sử dụng được ít nhất một trong các chức năng trên 43/200 (21,5%). Trong đó, số không sử dụng được điện thoại và không tự sử dụng được các phương tiện giao thông một mình chiếm tỷ lệ cao nhất tới trên 80%. Không sử dụng được các đồ dùng cá nhân chỉ dưới 26,2%.

IV. BÀN LUẬN

Động kinh là bệnh lý tổn thương mạn tính và có chu kỳ ở não, nên rối loạn trí nhớ là triệu chứng thường gặp trên bệnh nhân động kinh [3; 4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (Theo bảng 3.1) rối loạn trí nhớ chiếm 27%. Trong đó hay gặp nhất là trí nhớ tức thời (94,4%) với biểu hiện là bệnh nhân không nhớ được các từ vừa được nghe và không nhớ được các hình ảnh vừa nhìn hoặc nhớ không chính xác. Trí nhớ thị giác-không gian 55,56%. Ít gặp nhất là trí nhớ dài hạn (13,5%) biểu hiện bệnh nhân quên các kiến thức đã biết từ nhỏ và quên các kỹ năng cơ bản đã biết. Carolina Mattos Marques và cộng sự [1] cho biết 66% có suy giảm về trí nhớ trong nhóm nghiên cứu trong đó chủ yếu rối loạn trí nhớ từ là 90% rối loạn hình ảnh là 45%. Trong nhóm rối loạn trí nhớ tác giả gặp chủ yếu là trí nhớ tức thời (78%) và trí nhớ ngắn hạn (56,7%), trí nhớ dài hạn chỉ gặp 23%. Sunmonu T.A. và cộng sự [6] thấy rối loạn trí nhớ là 48%, trong đó chủ yếu hay gặp là trí nhớ tức thời (78%) và chủ yếu tập trung vào nhóm trí nhớ từ. Định hướng cũng là một lĩnh vực trong nhận thức, có sự liên quan mật thiết đến rối loạn trí nhớ nên rối loạn định hướng tham gia vào quá trình tiến triển của sa sút trí tuệ. Mặt khác khi rối loạn định hướng bệnh nhân sẽ gặp khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn định hướng được thấy 58 trên 200 bệnh nhân động kinh (29%) (Biểu đồ 3.1), trong đó chủ yếu rối loạn định hướng về thời gian chiếm 81%. Biểu hiện bệnh nhân không nhận biết được hoặc nhận biết sai trong việc xác định thứ trong tuần, ngày tháng và mùa trong năm... Rối loạn định hướng về không gian chiếm 62% trong nhóm bệnh nhân có rối loạn định hướng, trong đó biểu hiện chủ yếu không xác định được hoặc xác định sai địa chỉ mình đang ở 15%, bệnh viện mình đang khám 34%. Deonna T (2005) và cộng sự [2] đã cho thấy rối loạn định hướng chỉ chiếm 12%, trong đó chủ yếu định hướng về thời gian là 89% và không có trường hợp nào rối loạn định hướng về nhân vật. Sunmonu T.A. và cộng sự [6] cho biết trong nhóm rối loạn nhận thức rối loạn định hướng đứng thứ ba chiếm tỷ lệ 11,2% sau rối loạn trí nhớ và rối loạn ngôn ngữ; liên

quan nhiều đến tần suất cơn và vị trí khởi phát cơn, ít liên quan đến thuốc điều trị cũng như thời gian mang bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.2.), rối loạn ngôn ngữ gặp 22/200 (11%). Rối loạn ngôn ngữ biểu hiện chiếm tỷ lệ cao nhất 95,45% trong nhóm bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ. Trong nhóm này rối loạn ngôn ngữ biểu hiện bằng lâm sàng bởi nói lặp từ, khó tìm từ khi nói hoặc khi đọc tên một đồ vật chiếm tỷ lệ cao nhất 90,48%. Rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận ít gặp hơn (72,7%) trong nhóm có rối loạn ngôn ngữ, biểu hiện lâm sàng chủ yếu bệnh nhân không hiểu hoặc hiểu sai lệch các câu nói dài phức tạp. Anne T. Berg [2] đã đưa ra nhận xét rối loạn ngôn ngữ liên quan mật thiết đến vùng giải phẫu bị kích thích quá mức và tổn thương thực thể: hai vùng liên quan trực tiếp đến chức năng ngôn ngữ là vùng Broca thùy trán và vùng Wecnicke ở thùy thái dương. Sunmonu T.A và cộng sự [6] cho thấy 29,9% bệnh nhân có biểu hiện rối loạn ngôn ngữ, trong đó chủ yếu rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận, thể hiện là bệnh nhân không hiểu hoặc hiểu sai lời nói. Theo Carolina Mattos Marques [1] khả năng sử dụng các phương tiện dụng cụ liên quan nhiều đến trí nhớ, định hướng, chú ý, khả năng tính toán và điều hành. Trong nhóm bệnh nhân động kinh thái dương của tác giả có đến 56% bệnh nhân có rối loạn trí nhớ không sử dụng được dụng cụ trong các công việc như nấu ăn, dùng điện thoại cầm tay, không nhớ số điện thoại cũng như không biết tra danh bạ điện thoại. Ở nhóm có rối loạn định hướng có đến 89% bệnh nhân không thể sử dụng một mình phương tiện giao thông. Nghiên cứu của chúng tôi (Biểu đồ 3.2) số bệnh nhân động kinh không sử dụng được ít nhất một trong các chức năng trên là 43/200 (21,5%). Trong đó số không sử dụng được điện thoại và không tự sử dụng được các phương tiện giao thông một mình chiếm tỷ lệ cao nhất trên 80% trong nhóm có rối loạn chức năng trên còn không sử dụng được các đồ dùng cá nhân chỉ dưới 26,2%.

V. KẾT LUẬN

200 bệnh nhân động kinh trong nhóm nghiên cứu: rối loạn trí nhớ chiếm 27%, trong đó hay gặp nhất rối loạn trí nhớ ngắn hạn. Rối loạn định hướng có 29%, trong đó hay gặp nhất rối loạn định hướng thời gian. Rối loạn ngôn ngữ 11% và chủ yếu rối loạn ngôn ngữ biểu hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carolina Mattos Marques, Indelicato da Silva T, Helena da Silva Noffs M, Carrete Jr H. Lin K, Lin J, Sakamoto A.C, Yacubian EMT (2007),

- "Cognitive decline in temporal lobe epilepsy due to unilateral hippocampal sclerosis", *Epilepsy & Behavior*, vol 10, 477–485.
2. **Deonna T (2005)**, *Cognitive and behavioural disorders of epileptic origin in children*. In: Roulet-Perez E, editor. *Clinics in developmental medicine*. Cambridge: Mac Keith Press, Cambridge University Press.
 3. **Dodrill CB (2004)**, "Neuropsychological effects of seizures", *Epilepsy Behav*, 5(Suppl. 1), S21–24.
 4. **Anne T. B, Langfitt J.T, Test F.M, Levy S. R, DiMario F, Westerveld M, Kulas J (2008)**, "Residual cognitive effects of uncomplicated idiopathic and cryptogenic epilepsy", *Epilepsy & Behavior*, vol 13, 614–619.
 5. **Aldenkamp AP, Arends J (2004)**, "Effects of epileptiform EEG discharges on cognitive function: is the concept of 'transient cognitive impairment' still valid", *Epilepsy Behav*, 5(Suppl. 1).S25–S34.
 6. **Sunmonu T.A., Komolafe M.A., Ogunrin A.O., Ogunniyi A. (2009)**, "Cognitive assessment in patients with epilepsy using the Community Screening Interview for Dementia", *Epilepsy & Behavior*, vol 14, 535–539.
 7. **Carolina Mattos Marques, Indelicato da Silva T, Helena da Silva Noffs M, Carrete Jr H. Lin K, Lin J, Sakamoto A.C, Yacubian EMT (2007)**, "Cognitive decline in temporal lobe epilepsy due to unilateral hippocampal sclerosis", *Epilepsy & Behavior*, vol 10, 477–485.
 8. **Jokeit H, Ebner A (2002)**, "Effects of chronic epilepsy on intellectual functions", *Prog Brain Res*, 135:455–463

BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D MỔ UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm văn Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật nội soi 3D mổ ung thư dạ dày, đại trực tràng. Phân tích mối liên quan giữa biến chứng của phẫu thuật nội soi 3D mổ ung thư dạ dày, đại trực tràng với một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** mô tả tiền cứu. **Kết quả:** 246 bệnh nhân (27 UTDD, 219 UTĐTT). Tỷ lệ biến chứng của PTNS3D mổ UTDD (2/27) 7,4% trong đó 1 ca nhiễm trùng vết mổ 3,7%, 1 ca viêm phổi 3,7%. Biến chứng mổ UTĐTT là 10,5% (23/219), trong đó nhóm nhiễm trùng vết mổ và tiết niệu: 6,3% có liên quan đến đài đường và cao huyết áp (OR = 11,02), (OR = 10,19), huyết khối 0,4%, rò miệng nối 0,4%, tắc ruột sau mổ 1,8%, chảy máu 1,3%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi 3D mổ ung thư dạ dày, đại trực tràng tại bệnh viện K an toàn và khả thi.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi 3D, ung thư dạ dày, ung thư đại trực tràng.

SUMMARY

STUDY ON COMPLICATIONS OF 3D LAPAROSCOPIC SURGERY FOR GASTROINTESTINAL CANCER AT K HOSPITAL

Objects: Evaluate complication rate of 3D laparoscopic surgery for gastric and colorectal cancer. Analyze relation between complications of 3D laparoscopic surgery for gastric and colorectal cancer and some factors. **The method:** prospective descriptive study. **Results:** 246 patients include 27 with gastric cancer and 219 with colorectal cancer.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 15.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2019

Ngày duyệt bài: 14.3.2019

The complication rate of 3D laparoscopic surgery for gastric cancer is 7.4% (2/27) including 1 case with wound infection (3.7%), 1 case of pneumonia (3.7%). And colorectal cancer is 10.5% (23/219). Wound and urinary infections accounts for 6.3% related to diabetes and hypertension (OR = 11.02 and 10.19), thrombosis 0.4%, leakage 0.4% and postoperative intestinal obstruction 1.8%, bleeding 1.1%. **Conclusion:** 3D laparoscopic surgery for gastrointestinal cancer in K hospital is safe and feasible.

Keywords: 3D laparoscopic surgery, gastric cancer, colorectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường tiêu hóa (UTTH) là một trong những loại ung thư thường gặp ở các nước phát triển, tỉ lệ mắc phải và tử vong do UTTH ngày càng tăng cao. Đường tiêu hóa được quy ước là từ thực quản miệng xuống tới hậu môn. Theo các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ UTTH chủ yếu tập trung ở dạ dày và đại trực tràng, vì thế trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đề cập tới ung thư dạ dày (UTDD) và ung thư đại trực tràng (UTĐTT). Tại Việt Nam, UTĐTT đứng hàng thứ hai sau UTDD trong bệnh ung thư đường tiêu hóa. Phương pháp điều trị chủ yếu vẫn là phẫu thuật, việc phối hợp với xạ trị và hóa trị, miễn dịch... có tác dụng hỗ trợ để tăng thời gian sống thêm và giảm tỷ lệ tái phát. UTTH nếu được chẩn đoán và mổ sớm thì tỷ lệ sống trên 5 năm có thể đạt đến 60-80% [1], [2].

Trong suốt một thời gian dài phẫu thuật mở kinh điển vẫn là phương pháp chủ đạo trong điều trị UTTH, tuy nhiên với sự phát triển mạnh mẽ của phẫu thuật nội soi (PTNS) vào những năm đầu của thập niên 1990, sau đó phát triển

manh mẽ ra các trung tâm ngoại khoa của thế giới đã đóng góp vai trò quan trọng trong điều trị UTTH [2],[3]. Tuy nhiên PTNS cũng có những hạn chế như phẫu thuật viên phải thực hiện các thao tác kĩ thuật thông qua một màn hình có hình ảnh 2D thiếu tầm nhìn lập thể là một trong những khó khăn đáng kể nhất. Các phẫu thuật viên thường dựa vào chuyển động tương đối của các động tác nội soi, những mốc giải phẫu quen thuộc và kích thước của các cấu trúc giải phẫu để bù đắp cho sự thiếu hụt về chiều sâu hình ảnh. Gần đây cùng với sự phát triển mạnh mẽ của công nghệ hình ảnh, các nhà khoa học đã phát minh ra một hệ thống hiển thị không gian 3 chiều áp dụng cho phẫu thuật nội soi 3D với những ưu điểm như hình ảnh rõ nét, cảm giác về không gian tốt, hạn chế tác dụng phụ cho phẫu thuật viên như đau đầu, nhức mắt nên đã được phát triển và áp dụng tại nhiều nơi trên thế giới. Tuy nhiên mỗi một phương pháp dù mới đến đâu cũng có những ưu, nhược điểm của nó. Đánh giá những nhược điểm hay hạn chế của 1 phương pháp cũng là thước đo hiệu quả của phương pháp đó. Với mong muốn đánh giá cụ thể hơn về hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi 3D, nhất là các biến chứng của phương pháp này, chúng tôi tiến hành đề tài:

"Nghiên cứu về biến chứng của phẫu thuật nội soi 3D trong mổ ung thư đường tiêu hoá tại Bệnh viện K". Nhằm 2 mục tiêu:

- *Đánh giá tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật nội soi 3D điều trị ung thư dạ dày và ung thư đại trực tràng*
- *Phân tích mối liên quan giữa các biến chứng của phẫu thuật nội soi 3D mổ ung thư dạ dày, đại trực tràng với một số yếu tố liên quan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân UTDD và UTĐTT được chẩn đoán xác định bằng kết quả mô bệnh học sinh thiết trước mổ là ung thư biểu mô tuyến

- Giai đoạn bệnh T1 đến T3, Kích thước u < 5 cm, chưa có di căn xa M0

- Bệnh nhân đồng ý mổ bằng phương pháp mổ nội soi 3D cắt gần toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 với UTDD và cắt U đại trực tràng vét hạch theo nguyên tắc ung thư với UTĐTT

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiền cứu

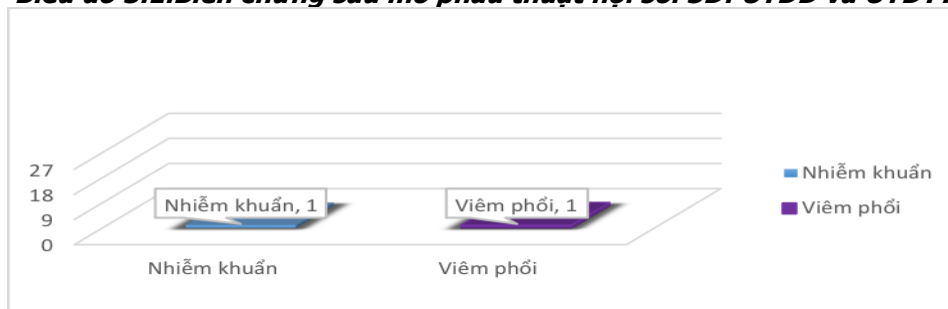
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: 27 Bệnh nhân UTDD và 219 Bệnh nhân UTĐTT

3.2. Các biến chứng sau mổ phẫu thuật nội soi 3D



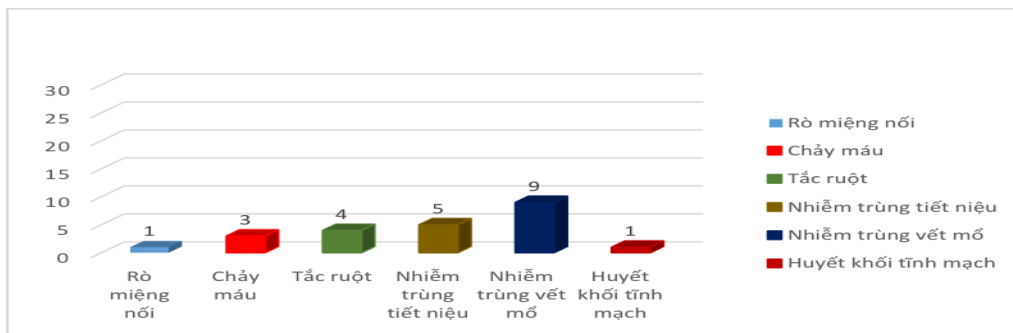
Biểu đồ 3.1. Biểu chứng sau mổ phẫu thuật nội soi 3D: UTDD và UTĐTT



Biểu đồ 3.2. Biểu chứng sau mổ phẫu thuật nội soi 3D UTDD

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa biến chứng nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiết niệu sau mổ với đường và cao huyết áp

Dấu hiệu	Nhiễm trùng	Có n = 9+5	Không n = 205	OR	95%CI
Đái đường		14	2	11,02	2,0 - 115,1
Cao huyết áp		12	1	10,19	1,2 - 90,05



Biểu đồ 3.3. Biến chứng sau mổ phẫu thuật nội soi 3D UTĐTT

IV. BÀN LUẬN

Trải qua hơn 3 thập kỷ phát triển của phương pháp xâm nhập tối thiểu Minimally invasive surgery: từ PTNS 2D, PTNS 3D, phẫu thuật qua các lỗ tự nhiên của cơ thể NOTES (Natural orifice transluminal endoscopic surgery), PTNS 1 lỗ trocar (single-port laparoscopy) và phẫu thuật Rô bốt. Tất cả đều là sản phẩm của một bước tiến trong lĩnh vực công nghệ được ứng dụng vào y khoa. Liệu rằng một ngày nào đó tất cả các khái niệm về ngoại khoa sẽ bị thay đổi khi bệnh nhân được phẫu thuật nhưng hoàn toàn không có sẹo mổ "scarless surgery"? câu trả lời vẫn còn ở phía trước. Một lộ trình tốt để đi tới phẫu thuật Rô bốt, phẫu thuật đỉnh cao nhất hiện nay thì phải trải qua phẫu thuật nội soi 3D. Để đánh giá tính ưu việt của phương pháp tiến tiến này chúng ta không chỉ thấy ở những tiêu chí tích cực như thời gian mổ nhanh hơn, lượng máu mất trong mổ ít hơn, thời gian hồi phục sớm hơn, số lượng hạch nạo vét được nhiều hơn PTNS 2D thông thường.... mà còn phải đánh giá qua các biến chứng của phương pháp 3D này. Một phương pháp ngoại khoa được cho là tốt hơn phương pháp khác nhất thiết phải có tỷ lệ biến chứng thấp hơn và mức độ biến chứng nhẹ hơn. PTNS 3D được áp dụng trong UTĐTH đặc biệt là trong UTDD và UTĐTT tới thời điểm hiện nay vẫn chưa có một nghiên cứu đánh giá tổng quan, nhất là các biến chứng trong và sau mổ. Các khái niệm về biến chứng trong và sau mổ tưởng như đơn giản nhưng để thống nhất trong các hội nghị đồng thuận ở cấp độ thế giới thì vẫn còn nhiều tranh luận. Năm 1992 cách đánh giá đầu tiên của Clavien đưa ra 3 khái niệm về kết quả không tốt sau phẫu thuật (negative outcome) bao gồm biến chứng sau mổ (complication), không điều trị thành công (failure to cure) và di chứng sau mổ (sequelae). Trong đó biến chứng được định nghĩa là "bất cứ sự diễn biến nào không bình thường" sau mổ của bệnh nhân [6]. Năm 2004 Daniel. Dindo và

Pierre-Alain. Clavien đưa ra cách đánh giá mới về biến chứng chung của ngoại khoa với 6336 bệnh nhân, lấy ý kiến thăm dò 144 phẫu thuật viên chính ở 10 trung tâm ngoại khoa lớn nhất trên thế giới. Với sự đồng thuận rất cao (92%) của các phẫu thuật viên, tiêu chuẩn này được dùng để đánh giá các biến chứng sau mổ chung trên thế giới hiện nay [6].

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phân loại biến chứng của Daniel.Dindo và Pierre-Alain. Clavien (2004) để đánh giá PTNS 3D mổ UTDD và UTĐTT với 246 bệnh nhân trong đó UTDD 27 ca và 219 ca UTĐTT có tuổi trung bình là 58,6. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 28 tuổi và cao tuổi nhất là 85 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam/ nữ là 1,25

Biến chứng sau mổ phẫu thuật nội soi 3D ung thư dạ dày và các yếu tố liên quan

Tai biến trong mổ PTNS điều trị UTDD thường hiếm gặp hơn vì phẫu thuật viên mổ ngày càng có kinh nghiệm phẫu tích và kỹ năng sử dụng các dụng cụ nội soi như dao siêu âm hay móc đốt đơn cực. PTNS 3D càng có nhiều ưu điểm cho phép phẫu thuật viên quan sát rõ nét và phẫu tích tỷ mỉ. Các tai biến trong mổ chủ yếu liên qua trực tiếp đến trình độ của phẫu thuật viên. Lu.J [6] báo cáo năm 2016 với 109 bệnh nhân UTDD được phẫu thuật nội soi 3D, tác giả không có tai biến trong mổ. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng sau mổ là rò miệng nối 2,8% grade IIIb; tắc ruột sau mổ 1,8% grade IIIb; nhiễm trùng vết mổ 0,9% grade I; rò bạch huyết 5,5% grade I. Tác giả rút ra kết luận PTNS 3D mổ UTDD là an toàn và khả thi. Liu.J 2018 [5] gặp 1 tai biến tổn thương động mạch lách khi phẫu tích trong mổ 3D UTDD trên 60 bệnh nhân chiếm 1,6% nhưng chỉ gặp 1 biến chứng sau mổ grade I: liệt ruột điều trị nội khoa kết quả tốt. Nghiên cứu của Kanaji. S (2016) [4] PTNS 3D cắt toàn bộ dạ dày với số lượng 15 bệnh nhân tác giả không gặp trường hợp nào tai biến trong mổ cũng như biến chứng sau mổ. Một nghiên cứu so sánh đối chứng pha 3 giữa mổ nội soi 2D và 3D điều trị

UTDD của Hui Zheng (2017) trong nhóm 3D với 211 bệnh nhân có biến chứng Grade II là nhiễm trùng vết mổ 0,5%; Grade I rò bạch huyết 3,3%; Grade IIb rò miệng nổi 3,8%. Không có bệnh nhân nào tử vong grade V.

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 27 trường hợp PTNS 3D cắt bán phần cực dưới UTDD chúng tôi có 2 ca biến chứng sau mổ chiếm 7,4% trong đó 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ Grade I, 1 trường hợp viêm phổi thuộc grade II. Không có bệnh nhân nào có tai biến trong mổ hay biến chứng nặng phải can thiệp ngoại khoa lại.

Phân tích về mối liên quan giữa biến chứng sau mổ UTDD của PTNS 3D với các yếu tố liên quan, các tác giả đều rút ra kết luận: truyền máu trước, trong mổ; albumin máu thấp < 35mg/dl; chỉ số BMI > 30; dùng corticoide kéo dài là các yếu tố nguy cơ liên quan đến biến chứng sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi với số lượng bệnh nhân còn hạn chế và tỷ lệ biến chứng thấp nên chưa tìm thấy mối liên quan giữa 2 biến chứng với các yếu tố nguy cơ liên quan nào.

Biến chứng sau mổ phẫu thuật nội soi 3D ung thư đại trực tràng và các yếu tố liên quan

So với phẫu thuật UTDD thì phẫu thuật UTĐTT mang tính chất hữu khuẩn hơn vì hệ vi khuẩn ở đại trực tràng khác với ở dạ dày nên khi có biến chứng xảy ra nhất là biến chứng rò miệng nổi thì mức độ và hệ quả sẽ nặng nề hơn. Sakata.S và cs (2016) tiến hành thống kê tất cả các nghiên cứu về PTNS 3D trong vòng 20 năm từ 1995 đến 2015 bằng các công cụ MEDLINE, PubMed. Kết quả có 300 bài báo viết về PTNS 3D trong đó PTNS 3D mổ UTĐTT có tỷ lệ biến chứng chung từ 10,5% đến 15%. Tác giả rút ra kết luận PTNS 3D ứng dụng trong phẫu thuật nội soi UTĐTT ưu việt hơn so với 2D với tỷ lệ biến chứng thấp hơn và mức độ biến chứng nhẹ hơn [7]. Báo cáo 2016 của Curro.G [2] so sánh 2 nhóm PTNS 3D 25 bệnh nhân với 2D 25 bệnh nhân mổ ung thư đại tràng phải. Tác giả rút ra kết luận về ưu điểm của phương pháp PTNS 3D: tỷ lệ biến chứng của PTNS 3D cắt đại tràng phải 12% thấp hơn của PTNS 2D là 15%. Trong đó biến chứng Grade III rò miệng nổi không gặp ở PTNS 3D.

Sorensen đã tiến hành một nghiên cứu thống kê từ 1980-2009 trên MEDLINE, PubMed, Cochrane về các yếu tố nguy cơ gây biến chứng trong mổ UTĐTT bằng cả 2 phương pháp 2D và 3D. Kết quả nhiễm trùng vết mổ từ 9,4% đến 18%, rò miệng nổi từ 2,9%- 15,3%, tai biến trong mổ rất thấp 0,006%. Tác giả phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan đến biến chứng trong và sau mổ như: nam giới, suy dinh dưỡng, thiếu máu trước mổ, truyền máu trong mổ, tiền sử nhồi máu cơ

tim, ASA > III, kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Các yếu tố nguy cơ này không có sự khác biệt giữa phẫu thuật mổ mở và nội soi [8].

Trong nhóm PTNS 3D mổ UTĐTT của chúng tôi tỷ lệ biến chứng chung là 10,5% (23/219) (Bảng1) trong đó nhóm nhiễm trùng (vết mổ và tiết niệu 14) 6,3% bệnh nhân đều là những bệnh nhân đái đường và cao huyết áp còn lại những biến chứng khác như huyết khối 0,4%, rò miệng nổi 0,4%, tắc ruột sau mổ 1,8%, chảy máu 1,3% đều không có các yếu tố liên quan.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật nội soi 3D điều trị UTDD là 7,4% trong đó 3,7% nhiễm trùng vết mổ; 3,7% viêm phổi. UTĐTT là 10,5% với các biến chứng rò miệng nổi 0,4%, huyết khối 0,4%; 1,3% chảy máu; 1,8% tắc ruột; 2,2% nhiễm trùng tiết niệu; 4,1% nhiễm trùng vết mổ. Không có tử vong trong 30 ngày sau mổ.

- Biến chứng nhiễm trùng vết mổ và nhiễm trùng tiết niệu sau mổ UTĐTT nội soi 3D có liên quan đến bệnh lý kèm theo là đái đường và cao huyết áp (OR = 11,02), (OR = 10,19).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cianchi.F, Coratti.F, Skalamera.I et al (2017).** "Can 3D imaging really help the surgeon perform laparoscopic gastric surgery?". Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery 2017, 2: p. 164-166.
2. **Curro.G; Cogliandolo.A; Bartolotta.M et al (2016)** "Three-dementional versus two-dimentional laparoscopic right hemicolectomy".Journal of laparoscopic & advanced surgical techniques" Vol 26,No 3:213-217
3. **Dindo.D; Demartines.N; Clavien.P.a (2004).** "Classification of surgical complications A New with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey". Ann Surg 2004; 240:205-213
4. **Kanaji.S; Suzuki.S; Harada.H et al (2017)** "Comparison of two -and three-dimensional display for performance of laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer ". Langenbecks Arch.surg. DOI 10.1007/s00423-017-15474-9
5. **Liu.J, Zhou.H, Qin.H, et al (2018).** "Comparative study of clinical efficacy using three-dimensional and two-dimensional laparoscopies in the treatment of distal gastric cancer". Onco Targets and Therapy, 11: p. 301-306.
6. **Lu.J, Zheng.CH, Zheng.HL et.al (2016)** " Randomized, controlled trial comparing clinical outcomes of 3D and 2D laparoscopic surgery for gastric cancer: an interim report".Surg Endosc DOT 10.1007/s 00464-016-5310-2.
7. **Sakata.S, Watson.M.O, Grove.P.M et al (2016)** " The conflicting Evidence of three- dimensional displays in laparoscopy A review of systems old and new".Annal of sur ,vol 263: 234-239
8. **Sorensen.D.S.M; Konge.L; Savran.M.M et al (2016)**"Three-dimentional versus two-dimentional vision in laparoscopy: systematic review". Surgical Endoscopy.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,2}, Nguyễn Ngọc Khôi¹,
Huỳnh Nguyễn Thuỳ Trang^{1,3}, Nguyễn Như Hồ^{1,4}

TÓM TẮT

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu và gây ra gánh nặng y tế cao. Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát tình hình kê đơn sử dụng kháng sinh trong điều trị VPBV. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang mô tả trên bệnh nhân được chẩn đoán VPBV tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai từ tháng 10/2017 đến 7/2018. Tỷ lệ bệnh nhân bị VPBV tại khoa ICU là cao nhất - 76,2%. VPBV thường liên quan đến các thủ thuật xâm lấn, như đặt nội khí quản (54,8%), thở máy (22,6%). Vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* là tác nhân được phân lập chiếm tỷ lệ cao nhất (25%). Nhóm kháng sinh quinolon là thuốc được sử dụng nhiều nhất (88,1%). Kết quả điều trị giúp bệnh nhân giảm/khỏi bệnh chỉ chiếm tỷ lệ 28,6%. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý chung là 14,3%. Kháng sinh được lựa chọn không hợp lý chủ yếu như teicoplanin (16,7%); levofloxacin (11,1%) và clindamycin (11,1%).

Từ khóa: viêm phổi bệnh viện, vi khuẩn, kháng sinh, hợp lý.

SUMMARY

INVESTIGATION OF ANTIBIOTIC USE IN PATIENTS WITH HOSPITAL-ACQUIRED PNEUMONIA AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL

Hospital-Acquired Pneumonia (HAP) is one of the most common nosocomial infection and the leading cause of death from nosocomial infections. The aim of this document was to investigate the antibiotic used in patients with HAP. We conducted a cross sectional study in patients diagnosed with HAP in Dong Nai General Hospital from October 2017 to July 2018. Prevalence of HAP patients in ICU department was highest, 76.2%. HAP related to invasive procedure, such as endotracheal intubation (54.8%), mechanical ventilation (22.6%). *Acinetobacter baumannii* was the most common pathogen (25%), and the most common antibiotic prescribed in patients was quinolon (88.1%). The positive treatment outcome was observed in 28.6% patients. The rate of appropriate antibiotic used was 14.3%. Inappropriate antibiotic used was observed in teicoplanin (16.7%), levofloxacin (11.2%) and clindamycin (11.1%).

¹Khoa Dược, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh;

²Khoa Dược, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh;

³Khoa Dược, Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai;

⁴Khoa Dược, Bệnh viện Nguyễn Trãi, TP. Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Hồ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2019

Ngày duyệt bài: 13.3.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) là nhiễm khuẩn thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong nhiễm khuẩn bệnh viện. VPBV là nhiễm khuẩn mắc phải trong bệnh viện, sau 48 giờ nhập viện và không có ủ bệnh hay triệu chứng lâm sàng vào thời điểm nhập viện. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong của VPBV rất cao từ 20-70% [6,7,8]. VPBV khó chẩn đoán vì các biểu hiện bệnh bị che khuất bởi bệnh cảnh chính, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng (sốt, ran phổi, bạch cầu tăng, thâm nhiễm phổi) thường không đặc hiệu, khó điều trị vì tình trạng vi khuẩn kháng thuốc và khó xác định chính xác loại vi khuẩn gây viêm phổi [2,8]. Trong số các VPBV, VPBV liên quan đến thở máy chiếm tỷ lệ 90%, kéo dài thời gian nằm viện 6,1 ngày, làm tổn thêm khoảng 10.000 đến 40.000 đô la Mỹ cho một trường hợp [8]. Theo các nghiên cứu ở các bệnh viện trong toàn quốc, tỷ lệ VPBV dao động từ 21-75% [4,6]. Tại Việt Nam, tình hình vi khuẩn VPBV cũng rất nghiêm trọng với các chủng đa kháng gia tăng khiến việc điều trị rất khó khăn và gia tăng tỷ lệ bệnh nhân tử vong [4]. Để giải quyết vấn đề này cần tuân theo 2 nhóm giải pháp chiến lược đó là phát hiện, chẩn đoán, điều trị sớm hợp lý và giải pháp dự phòng bao gồm kiểm soát nhiễm khuẩn và chiến lược sử dụng kháng sinh hợp lý. Nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát việc sử dụng kháng sinh và nhận xét tính hợp lý của việc dùng kháng sinh trong điều trị VPBV tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên tất cả bệnh nhân được chẩn đoán VPBV điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng (bao gồm khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Hô hấp, Ngoại thần kinh, Ngoại tổng quát, Chấn thương chỉnh hình và Nội tổng quát), Bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai từ tháng 10/2017 đến tháng 07/2018.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán VPBV hoặc viêm phổi liên quan đến thở máy hoặc viêm phổi liên quan đến chăm sóc y tế ở một trong các mục chẩn đoán vào viện, chẩn đoán xuất viện, tổng kết xuất viện của hồ sơ bệnh án.

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi sau 48 giờ kể từ khi nhập viện (tính cả tuyến trước (nếu có).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị tử vong trong vòng 48 giờ sau nhập viện. Chẩn đoán viêm phổi do nấm.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là cắt ngang mô tả

Các tiêu chí cần khảo sát

- Xác định tần số, tỷ lệ các đặc điểm nghiên cứu, tình hình sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân: thu thập thông tin về khoa lâm sàng, tuổi, giới của bệnh nhân, bệnh kèm, số ngày nằm viện, tác nhân gây bệnh, kháng sinh lựa chọn (tên thuốc, liều lượng, khoảng cách liều, cách dùng, thời gian điều trị, phối hợp thuốc, kết quả điều trị).

- Đánh giá sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân VPBV.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập bằng Epidata và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0. Biến định danh được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Phân bố bệnh nhân theo khoa lâm sàng, tuổi, giới, bệnh kèm, tỷ lệ tác nhân gây bệnh, tỷ lệ kháng sinh lựa chọn, tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý được tính bằng thống kê mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 84 bệnh nhân VPBV thỏa mãn tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu. Tỷ lệ VPBV tại Khoa hồi sức tích cực chống độc là cao nhất 76,2%, tiếp theo là Khoa hô hấp và Nội tổng quát (đều là 8,3%). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $70,2 \pm 15,6$ tuổi. Tỷ lệ VPBV ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi cao nhất (77,4%). Tỷ lệ VPBV ở nam cao hơn so với nữ (63,1% so với 36,9%). Đa số bệnh nhân VPBV có bệnh nền kèm theo, trong đó, tỷ lệ cao nhất là bệnh lý tim mạch (36%) và đái tháo đường (18,4%). Thời gian nằm viện trung bình $22,1 \pm 18,3$ ngày. VPBV có liên quan nhiều đến việc thực hiện các thủ thuật xâm lấn, chủ yếu là đặt nội khí quản (54,8%) và thở máy (22,6%). Có 61 bệnh nhân phân lập được vi khuẩn gây bệnh, chiếm 72,6% (Bảng 1).

Bảng 1. Các tác vi khuẩn gây bệnh trong nghiên cứu (n = 84)

Vi khuẩn	Tần số	Tỷ lệ (%)
Acinetobacter baumannii	21	25,0
Escherichia coli	7	8,3
Klebsiella pneumoniae	7	8,3
Staphylococcus aureus	6	7,1
Proteus mirabilis	4	4,8
Streptococcus pneumoniae	3	3,6

Burkholderia cepacia complex	2	2,4
Moraxella catarrhalis	2	2,4
Pseudomonas aeruginosa	2	2,4
Vi khuẩn khác	7	8,3
Không phân lập được	23	27,4

Kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất là kháng sinh thuộc nhóm quinolon (88,1%) và carbapenem (59,5%). Tỷ lệ kháng sinh sử dụng và thời gian sử dụng được trình bày theo Bảng 2.

Bảng 2. Phân bố kháng sinh và thời gian sử dụng

Kháng sinh	Tần số	Tỷ lệ	Thời gian sử dụng
Quinolon	74	88,1%	$17,15 \pm 7,23$
Carbapenem	50	59,5%	$10,98 \pm 7,94$
β -lactam/ức chế β -lactamase	44	52,4%	$10,02 \pm 7,56$
Cephalosporin	37	44,0%	$7,59 \pm 5,45$
Aminoglycosid	24	28,6%	$10,09 \pm 7,64$
Teicoplanin	19	22,6%	$11,42 \pm 6,50$
Colistin	15	17,9%	$11,33 \pm 6,88$
Linezolid	11	13,1%	$6,73 \pm 4,88$
Vancomycin	9	10,7%	$8,56 \pm 4,30$
Clindamycin	9	10,7%	$6,44 \pm 4,03$
Cotrimoxazol	8	9,5%	$7,88 \pm 6,99$
Netilmicin	3	3,6%	$7,33 \pm 2,51$
Metronidazol	3	3,6%	$7,01 \pm 5,56$
Macrolid	2	2,4%	$7,01 \pm 4,24$
Cyclin	1	1,2%	14

Tính hợp lý của việc lựa chọn kháng sinh được đánh giá dựa trên 2 tài liệu khuyến cáo. Tỷ lệ bệnh nhân được lựa chọn kháng sinh hợp lý chiếm 57,1%. Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng hợp lý kháng sinh trên tất cả các tiêu chí là 12/84 bệnh nhân (14,3%). Số bệnh nhân có ít nhất 1 tiêu chí sử dụng kháng sinh không hợp lý là 72 bệnh nhân.

Bảng 3. Đánh giá sử dụng kháng sinh hợp lý (n = 84)

Chỉ số	Tần số	Tỷ lệ
Lựa chọn kháng sinh hợp lý	48	57,1%
Liều dùng và khoảng cách liều hợp lý	27	32,1%
Đường dùng và cách dùng hợp lý	83	98,9%
Thời gian điều trị hợp lý	69	82,1%
Kết hợp kháng sinh cần thiết	70	83,3%
Hợp lý chung	12	14,3%

Kết quả về các kháng sinh có sử dụng không hợp lý được trình bày theo Bảng 4. Kháng sinh có tỷ lệ không hợp lý nhiều nhất là teicoplanin, clindamycin và levofloxacin.

Bảng 4. Các kháng sinh sử dụng không hợp lý (n = 72)

Kháng sinh	Tần suất	Tỷ lệ
Teicoplanin	12	16,7%
Clindamycin	8	11,1%
Levofloxacin	8	11,1%
Meropenem	7	9,7%
Sulfamethoxazol-trimethoprim	5	6,9%
Amoxicillin-sulbactam	5	6,9%
Piperacillin-tazobactam	3	4,2%
Amikacin	3	4,2%
Cefpirom	3	4,2%
Colistin	2	2,8%
Ceftriaxon	2	2,8%
Imipenem	2	2,8%

Kết quả điều trị VPBV giúp bệnh nhân giảm/khoi bệnh là 24/84 bệnh nhân (28,6%). Trong khi đó tỷ lệ bệnh nặng hơn, xin về và tử vong là 60/84 bệnh nhân (71,4%).

IV. BÀN LUẬN

VPBV tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc chiếm tỷ lệ rất cao (76,2%). VPBV liên quan nhiều đến việc thực hiện các thủ thuật xâm lấn, chủ yếu là đặt nội khí quản (54,8%) và thở máy (22,6%), tương tự nghiên cứu của Thái Thị Kim Nga [5]. Một số nghiên cứu cho thấy 83% các nhiễm khuẩn hô hấp liên quan đến thông khí hỗ trợ. Việc thở máy hay đặt nội khí quản kéo dài càng tăng nguy cơ VPBV, điều này phù hợp với nghiên cứu Lê Thị Hồng Chung [3].

Acinetobacter baumannii chiếm tỷ lệ cao nhất (25%) trong số các vi khuẩn gây VPBV. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Hồng Chung, vi khuẩn gây VPBV là *Acinetobacter baumannii* (25,3%), *Klebsiella pneumoniae* (21,3%), *Escherichia coli* (20%), *Pseudomonas aeruginosa* (8%) [3]. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bảo, năm 2010 tại các bệnh viện lớn TP. Hồ Chí Minh với tổng số 785 chủng vi khuẩn phân lập được, tỷ lệ VPBV do vi khuẩn Gram âm chiếm đa số với 87,4%, trong đó cao nhất là *Klebsiella* spp. (32,99%) *Acinetobacter* spp. (25,99%), *Pseudomonas* spp. (12,48%) và *E. coli* (8,79%). Vi khuẩn Gram dương chiếm 12,61% chủ yếu là *Staphylococcus aureus* (4,97%) và *Streptococcus coagulase* âm (4,33%). Tuy nhiên, tỷ lệ cũng khác nhau giữa các bệnh viện. *Klebsiella* spp. chiếm vị trí hàng đầu gây VPBV tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định và bệnh viện Thống Nhất nhưng đứng hàng thứ hai sau *Acinetobacter* spp. tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện 175 [4].

Nhóm kháng sinh quinolon được sử dụng nhiều nhất (88,1%), kể đến là carbapenem, β -lactam/ức chế β -lactamase (lần lượt là 59,5% và 52,4%). Netilmycin, macrolid, cyclin có tần suất

sử dụng rất thấp, điều này là phù hợp vì những kháng sinh này không có trong các khuyến cáo điều trị VPBV. Metronidazol được sử dụng với mục đích bao phủ vi khuẩn kỵ khí trên các bệnh nhân được chẩn đoán. Thời gian sử dụng kháng sinh ngắn nhất là $6,44 \pm 4,03$ với clindamycin và dài nhất là $17,15 \pm 7,23$ với quinolon, ngắn hơn so với thời gian nằm viện trung bình $22,1 \pm 18,3$ ngày. Aminoglycosid được sử dụng trung bình $10,09 \pm 7,64$ ngày, trong khi đó, các phác đồ chỉ hướng dẫn chung nhóm aminoglycosid dùng không quá 5 – 7 ngày [2,8]. Vấn đề đặt ra là sự an toàn cho bệnh nhân khi bệnh viện chưa tiến hành theo dõi nồng độ kháng sinh nhóm aminoglycosid trong máu.

Trong các chỉ số đánh giá sử dụng kháng sinh hợp lý, liều dùng và khoảng cách liều hợp lý chiếm tỷ lệ thấp nhất 32,1%. Tỷ lệ lựa chọn kháng sinh hợp lý chiếm 57,1%, thấp hơn so với nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện Thái Lan (74,6%) [7]. Về đường dùng, tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định đường dùng hợp lý so với các khuyến cáo nghiên cứu của chúng tôi là rất cao 98,9%. Trong điều trị VPBV nặng cần liều tối ưu, bằng đường tĩnh mạch nhằm đạt hiệu quả tối đa, sau đó chuyển sang uống nếu đáp ứng lâm sàng tốt và hấp thu tốt [2,8].

Kháng sinh được lựa chọn không hợp lý chủ yếu là teicoplanin (16,7%), levofloxacin (11,1%) và clindamycin (11,1%). Teicoplanin là kháng sinh cần dự trữ, dùng để điều trị các nhiễm khuẩn Gram dương hiếu khí, nhiễm MRSA (*Staphylococcus aureus* đề kháng methicilin) nhưng lại được dùng trong các trường hợp VPBV do vi khuẩn Gram âm hoặc trước khi có kết quả cấy vi sinh và kháng sinh đồ. Clindamycin và sulfamethoxazol-trimethoprim thường dùng như kháng sinh kinh nghiệm hoặc điều trị không có trong các khuyến cáo và cũng không phù hợp với tình hình đề kháng tại bệnh viện. Phối hợp amoxicillin-sulbactam thường được dùng nhưng lại chưa có nghiên cứu về hiệu quả phối hợp này trên lâm sàng. Kết quả này khác nghiên cứu tại Thái Lan, kháng sinh phổ rộng có khuynh hướng sử dụng không thích hợp là piperacillin/tazobactam, cefoperazon/sulbactam, imipenem/cilastatin, meropenem và vancomycin [7]. Lựa chọn kháng sinh chưa hợp lý chiếm tỷ lệ 57,1% cao hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Văn Ân là 24% [1].

Tỷ lệ điều trị thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là khá thấp, 28,6%. Điều này có thể do hầu hết các bệnh nhân nằm tại khoa Hồi sức tích cực chống độc phải thở máy, nằm viện

lâu ngày, do đó, tỷ lệ nhiễm vi khuẩn đa kháng cao và tình trạng bệnh nặng. Nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo đánh giá tình hình tử vong tại 150 khoa ICU với 1285 bệnh nhân tại 16 nước Châu Á trên bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn, cho thấy tỷ lệ tử vong là 44,9% mặc dù 64% có điều trị kháng sinh phổ rộng [6]. Viêm phổi bệnh viện chiếm 0,5 – 1% bệnh nhân nằm viện và nhiễm trùng gây tử vong cao nhất. Tử vong tăng lên 76% nếu do tác nhân đa kháng thuốc và điều trị kháng sinh không hiệu quả [6].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân VPBV cao nhất là ở khoa Hồi sức tích cực – chống độc, với tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Acinetobacter baumannii*. Nhóm kháng sinh được lựa chọn nhiều nhất là quinolon và carbapenem. Tỷ lệ chọn lựa kháng sinh, liều dùng và khoảng cách liều hợp lý còn thấp. Sử dụng kháng sinh không hợp lý chủ yếu là với kháng sinh teicoplanin, levofloxacin và clindamycin. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị có hiệu quả, giảm/khỏi bệnh còn thấp. Do đó, chúng tôi nhận thấy, cần xây dựng một phác đồ điều trị VPBV phù hợp với tình hình đề kháng tại bệnh viện, giúp lựa chọn sử dụng kháng sinh hợp lý hơn nhằm cải thiện hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Văn Ân (2012)**. Thực trạng sử dụng kháng sinh trong viêm phổi bệnh viện tại Khoa hồi sức tích cực BV Nhân Dân Gia Định. Hội thảo khoa học ngày 21/4/2012 tại TP. Hồ Chí Minh.
2. **Bộ Y tế (2015)**. "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh", NXB Y học. tr 39-44, 93-98.
3. **Lê Thị Hồng Chung (2011)**. Điều tra tình hình viêm phổi bệnh tại khoa HSCC. Bệnh viện Đà Nẵng. Tài liệu hội nghị phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện khu vực miền trung - Tây nguyên lần thứ I. tr 47- 51.
4. **Nguyễn Thanh Bảo, Cao Minh Nga, Trần Thị Thanh Nga, Vũ Thị Kim Cương, Nguyễn Sử Minh Tuyết, Vũ Bảo Châu, Huỳnh Minh Tuấn (2012)**. Chọn lựa kháng sinh ban đầu trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại một số bệnh viện. TP HCM. Tạp chí Y học TP HCM. 16(1): tr 206-214.
5. **Thái Thị Kim Nga (2003)**. Đánh giá viêm phổi bệnh viện tại khoa sản đặc biệt ngoại thần kinh Bệnh viện Chợ Rẫy. Hội thảo Điều dưỡng trong công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện. tr 69-70.
6. **Phạm Thị Ngọc Thảo (2011)**. Nghiên cứu tình hình điều trị nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn các khoa hồi sức tích cực khu vực Châu Á. Tạp chí Y học TP HCM. 15(1): tr 28-35.
7. **Apachta P., Terapong T. (2011)**. Assessment of appropriateness of restricted antibiotic use in Charoenkrung Pacharak Hospital, a tertiary care hospital in Bangkok, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 42 (4): pp. 926-935.
8. **IDSA guideline (2016)**. Management of adults with Hospital-acquired and Ventilator – associated Pneumonia: 2016. Clinical Practice Guidelines by the IDSA and the ATS.

DUY TRÌ THỰC HIỆN CÁC TIÊU CHUẨN THỰC HÀNH NHÀ THUỐC TỐT (GPP) CỦA CÁC NHÀ THUỐC TẠI HÀ NỘI NĂM 2017

Hà Văn Thúy¹, Nguyễn Phương Chi², Tô Hoài Nam³

TÓM TẮT

Tiêu chuẩn Thực hành Nhà thuốc tốt (GPP) là một yếu tố quan trọng nhằm đảm bảo cung cấp chất lượng dịch vụ toàn diện, cũng như giúp người dân và xã hội sử dụng thuốc đạt hiệu quả cao nhất. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện để so sánh và đánh giá việc duy trì hoạt động của nhà thuốc đúng theo tiêu chuẩn GPP tại các nhà thuốc đang hoạt động tại Hà Nội. Nghiên cứu đã được tiến hành trên 108 nhà thuốc, số liệu về các trường hợp vi phạm tiêu chuẩn GPP được lấy từ các báo cáo thanh kiểm tra các nhà thuốc của

Sở Y tế Hà Nội vào năm 2017. Chi-square test hoặc Fisher's exact test được sử dụng để so sánh vi phạm tiêu chuẩn GPP giữa các trường hợp tái thẩm định (thẩm định tiêu chuẩn GPP có thông báo trước) và hậu kiểm (không báo trước). Kết quả cho thấy hầu hết các trường hợp vi phạm tiêu chuẩn GPP của các nhà thuốc tư nhân thuộc diện hậu kiểm cao hơn đáng kể so với diện thẩm định, bao gồm các quy định về nhân sự, cơ sở vật chất, trang thiết bị, duy trì hồ sơ, sổ sách và các quy định về chuyên môn.

SUMMARY

MAINTENANCE OF GOOD PHARMACY PRACTICE (GPP) STANDARDS OF HANOI PHARMACIES IN 2017

Good Pharmacy Practice (GPP) standard is an important factor that provides comprehensive pharmacy service while helping people and society to make best use of medicines. The study, therefore, was conducted to compare and assess the maintenance of GPP standards in active pharmacies in Hanoi. 108

¹Bộ Y tế,

²Trường Đại học Dược Hà Nội,

³Sở Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy

Email: Hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2019

Ngày duyệt bài: 7.3.2019

private pharmacies were included in the study and data of violation of GPP standards was derived from inspection reports of those pharmacies at Hanoi Department of Health in 2017. Chi-square test or Fisher's exact test was used to compare errors of pharmacies between "inspection 1" (GPP verification and with notice) and "inspection 2" (without notice). The results revealed that most of GPP violations of private pharmacies in "inspection 2", including personnel, facilities, preservation equipment, document management, and professional activities, were significantly higher than that in "inspection 1".

Keywords: nhà thuốc, GPP, Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tính đến hết năm 2014, cả nước có 12.011 nhà thuốc đang hoạt động, trong đó Hà Nội có 2.750 nhà thuốc (chiếm 23%). Để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân Hà Nội (khoảng trên 7 triệu người), số lượng nhà thuốc tại Hà Nội đã tăng gần gấp đôi từ năm 2010 đến năm 2014. Từ năm 2012, tất cả nhà thuốc hoạt động tại Hà Nội đều đạt tiêu chuẩn thực hành nhà thuốc tốt (GPP). Tuy nhiên, công tác thanh tra, kiểm tra hàng năm cho thấy tại địa bàn Hà Nội, các cơ sở bán lẻ thuốc nói chung và các nhà thuốc nói riêng vẫn còn tình trạng vi phạm quy định GPP. Việc duy trì hoạt động của nhà thuốc đúng theo tiêu chuẩn GPP như khi thẩm định, cấp phép là một trong những yếu tố quan trọng để nâng cao chất lượng phục vụ của nhà thuốc đối với cộng đồng. Do đó, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu đánh giá việc duy trì tiêu chuẩn GPP của các nhà thuốc tại Hà Nội năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các nhà thuốc đạt tiêu chuẩn Thực hành Nhà thuốc tốt (GPP) tại thành phố Hà Nội.

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Trong số 179 nhà thuốc có hồ sơ không đạt lần đầu khi thẩm định, lựa chọn các nhà thuốc nộp hồ sơ đăng ký tái kiểm tra (108 nhà thuốc) để tiến hành hậu kiểm, đánh giá việc duy trì tiêu chuẩn GPP của các nhà thuốc này.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu thực hiện trên 108 nhà thuốc để so sánh và đánh giá duy trì tiêu chuẩn GPP giữa thẩm định và hậu kiểm (kiểm tra hoạt động của các nhà thuốc đột xuất).

2.4. Phương pháp thu thập số liệu và phân tích số liệu: Số liệu được thu thập qua biên bản tái thẩm định và biên bản hậu kiểm của 108 nhà thuốc tại Hà Nội. Đánh giá duy trì tiêu chuẩn GPP dựa trên từng tiêu chuẩn trong yêu cầu GPP, bao gồm các quy định về: Nhân sự, cơ sở vật chất, trang thiết bị, hồ sơ sổ sách và hoạt động chuyên môn.

Nghiên cứu tiến hành phân tích vi phạm tiêu chuẩn GPP theo tần suất xuất hiện (%). Chi-square test hoặc Fisher's exact test (trong trường hợp giá trị mong đợi nhỏ hơn 5) được sử dụng để so sánh vi phạm tiêu chuẩn GPP giữa tái thẩm định và hậu kiểm. Giá trị $p < 0,05$ được coi là kết quả khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa lần tái thẩm định và hậu kiểm. Dữ liệu được nhập trên phần mềm Microsoft Excel 2010 và được phân tích trên phần mềm R 3.4.2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng duy trì các quy định về nhân sự: Dựa trên số liệu thu được về tình trạng duy trì hoạt động của các nhà thuốc về tiêu chuẩn nhân sự, kết quả phân tích hoạt động này được thể hiện trong Bảng 1.

Bảng 1. Duy trì các quy định về nhân sự tại nhà thuốc

TT	Nội dung	Tái thẩm định (n=108)	Hậu kiểm (n=108)	Giá trị p
		n (%)	n (%)	
1	Dược sỹ PTCM có mặt khi cơ sở hoạt động	108 (100,0)	28 (25,9)	<0,001
2	Dược sỹ PTCM tham gia kiểm soát chất lượng thuốc khi nhập và bảo quản	90 (83,3)	23 (21,3)	<0,001
3	Dược sỹ PTCM cập nhật kiến thức chuyên môn	105 (97,2)	24 (22,2)	<0,001
4	Dược sỹ PTCM có đào tạo hướng dẫn nhân viên quy chế, kiến thức chuyên môn	93 (86,1)	24 (22,2)	<0,001
5	Nhân viên có bằng cấp chuyên môn phù hợp với công việc được giao	103 (95,9)	99 (91,7)	0.41

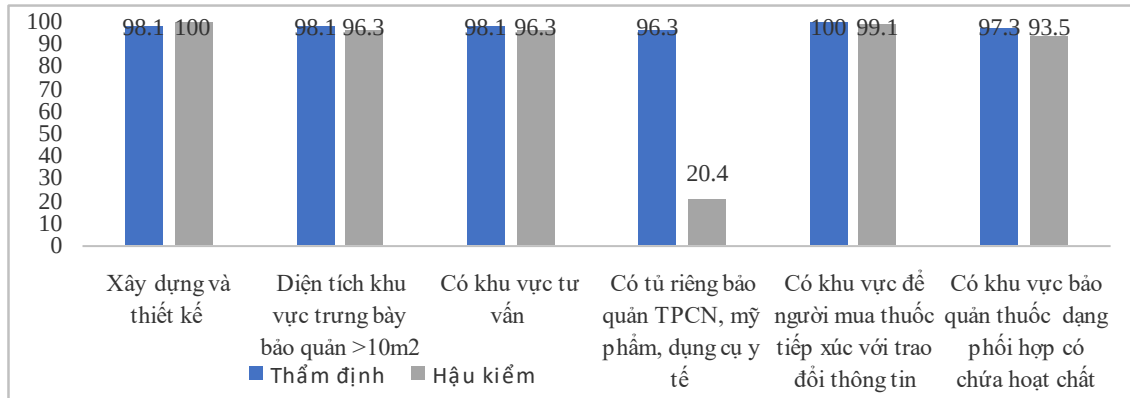
Có sự khác biệt khá lớn trong hoạt động của nhà thuốc tại thời điểm thẩm định và kiểm tra không báo trước (hậu kiểm), đặc biệt là ở tiêu chuẩn «*dược sỹ phụ trách chuyên môn (PTCM) có mặt khi cơ sở hoạt động*», 100,0% khi tái

thẩm định và 25,9% khi hậu kiểm ($p < 0,001$). Nghiên cứu cho thấy có một tỷ lệ tương đồng giữa việc các nhà thuốc không có mặt dược sỹ PTCM khi hoạt động và các nội dung liên quan đến kiểm soát chất lượng, cập nhật kiến thức

chuyên môn, hay đào tạo hướng dẫn nhân viên đều có tỷ lệ không đáp ứng tương tự nhau. Chỉ có tiêu chuẩn «*nhân viên có bằng cấp chuyên môn phù hợp với quy định*» là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tái thẩm định và hậu kiểm (95,7% và 91,7%).

3.2. Thực trạng duy trì các quy định về cơ sở vật chất

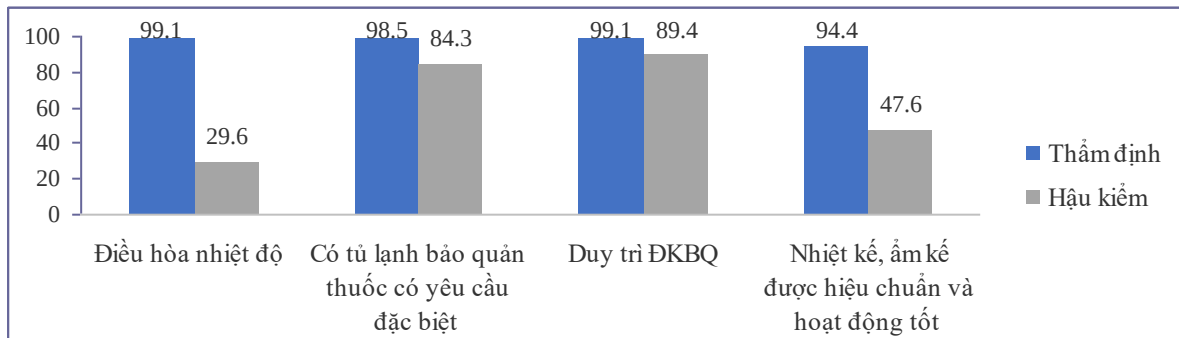
Hình 1 trình bày kết quả về duy trì cơ sở vật chất khi nhà thuốc hoạt động. Hầu hết các nhà thuốc đều duy trì được các điều kiện như khi thẩm định cấp phép. Tuy nhiên, tiêu chí «*có khu vực riêng bảo quản thực phẩm chức năng, mỹ phẩm, dụng cụ y tế*» có sự khác biệt khá lớn, 96,3% khi thẩm định nhưng khi hậu kiểm chỉ còn có 20,4%.



Hình 1. Duy trì cơ sở vật chất tại các nhà thuốc

3.3. Thực trạng duy trì các quy định về trang thiết bị

Kết quả duy trì trang thiết bị bảo quản và ghi nhãn thuốc khi thẩm định và hậu kiểm của nhà thuốc GPP được thể hiện qua Hình 2. Nghiên cứu chỉ ra các nội dung liên quan tới trang thiết bị bảo quản và ghi nhãn thuốc đều được nhà thuốc thực hiện nghiêm chỉnh với tỷ lệ trên 94% khi thẩm định. Tuy nhiên, khi kiểm tra nhà thuốc không báo trước, tỷ lệ nhà thuốc không duy trì nhiệt độ bảo quản thuốc thích hợp bằng điều hòa giảm rõ rệt (29,6 %). Nhiệt kế và ẩm kế cũng không được hiệu chuẩn định kỳ, duy trì hoạt động sau khi thẩm định (47,6%).



Hình 2. Tình trạng trang thiết bị bảo quản và điều kiện bảo quản tại các nhà thuốc GPP khi tái thẩm định và hậu kiểm

3.4. Thực trạng duy trì các hồ sơ, sổ sách và quy định về chuyên môn

Bảng 2 trình bày các quy định về chuyên môn của nhà thuốc GPP khi tái thẩm định và hậu kiểm. Đối với hệ thống hồ sơ tài liệu của nhà thuốc, tỷ lệ các nhà thuốc vi phạm khi thẩm định thấp hơn nhiều so với khi kiểm tra đột xuất. Chỉ có 2 nội dung «*giấy tờ pháp lý*» và «*hồ sơ nhân viên*» là không có sự khác biệt nhiều khi thẩm định và kiểm tra đột xuất ($p > 0,05$).

Đối với hoạt động kiểm nhập thuốc, kết quả

nghiên cứu cho thấy khi thẩm định tỷ lệ nhà thuốc có quy trình mua và kiểm soát chất lượng thuốc cao gấp gần 3 lần so với khi hậu kiểm. Tỷ lệ nhà thuốc mua thuốc có hóa đơn, chứng từ hợp lệ khi kiểm tra đột xuất chỉ đạt 32,4 %, thấp hơn một nửa so với khi thẩm định. Tỷ lệ thuốc nhập vào nhà thuốc được kiểm soát chất lượng và ghi sổ sách theo đúng quy định khi hậu kiểm rất thấp (26,8%), chỉ bằng một phần ba so với tỷ lệ khi thẩm định.

Về việc thực hiện quy chế chuyên môn và

thực hành nghề nghiệp, số liệu cho thấy có sự khác biệt lớn giữa thẩm định và hậu kiểm của nhà thuốc GPP. Đặc biệt, khi kiểm tra đột xuất

các nhà thuốc GPP đã phát hiện 7 nhà thuốc có thuốc kém chất lượng, thuốc hết hạn và thuốc không rõ nguồn gốc.

Bảng 2. Duy trì các quy định về chuyên môn tại các nhà thuốc GPP

Nội dung	Tái thẩm định (n=108)	Hậu kiểm (n=108)	Giá trị p
	n (%)	n (%)	
Lưu trữ sổ sách, tài liệu chuyên môn			
Giấy tờ pháp lý	108 (100,0)	105 (97,2)	0,27
Hồ sơ nhân viên	103 (95,4)	94 (87,0)	0,05
Hóa đơn, chứng từ lưu theo quy định	94 (87,0)	36 (33,3)	<0,001
Thực hiện kiểm nhập	48 (44,4)	15 (13,9)	<0,001
Việc theo dõi thông tin bệnh nhân	48 (44,4)	23 (21,3)	<0,001
Xây dựng và ban hành các quy trình thao tác chuẩn	88 (81,5)	48 (44,4)	<0,001
Kiểm nhập thuốc			
Có quy trình mua thuốc và kiểm soát chất lượng thuốc	87 (80,6)	31 (28,7)	<0,001
Thuốc nhập vào nhà thuốc được theo dõi số lô hạn dùng	94 (87,0)	36 (33,3)	<0,001
Thuốc mua có đầy đủ hóa đơn, chứng từ hợp lệ	75 (69,8)	35 (32,4)	<0,001
Thuốc nhập vào được kiểm soát chất lượng và ghi sổ sách theo quy định	77 (71,4)	29 (26,8)	<0,001
Niêm yết giá thuốc đúng quy định	97 (89,9)	62 (57,4)	<0,001
Quy chế chuyên môn và thực hành nghề nghiệp			
Có tiếp nhận thông tin và lưu thông báo thuốc bị khiếu nại	85 (78,8)	34 (31,5)	<0,001
Thuốc dạng phối hợp có chứa hoạt chất GN, HT và TC được nhập đúng quy định	104 (93,7)	48 (44,4)	<0,001
Phát hiện thuốc không còn đủ nhãn	0 (0,0)	8 (7,4)	0.007
Phát hiện thuốc kém chất lượng, thuốc hết hạn, thuốc không rõ nguồn gốc	0 (0,0)	7 (6,5)	0,014
Thuốc được bán theo đơn và lưu đơn thuốc theo quy định	94 (87,3)	45 (41,7)	<0,001

Ghi chú: - Hồ sơ pháp lý bao gồm: Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh, giấy chứng nhận đạt tiêu chuẩn GPP, giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh.

- Hồ sơ nhân viên bao gồm: Bằng cấp chuyên môn, giấy khám sức khỏe, hợp đồng lao động.

IV. BÀN LUẬN

Khi thẩm định (nhà thuốc có chuẩn bị), nhìn chung các nhà thuốc đều chấp hành đúng theo các quy định trong GPP. Tuy nhiên, tỷ lệ nhà thuốc duy trì các điều kiện và hoạt động theo tiêu chuẩn GPP khi kiểm tra đột xuất thấp hơn rất nhiều so với khi thẩm định. Điều này cho thấy việc đánh giá nhà thuốc chỉ dựa trên các số liệu được chuẩn bị trước, do nhà thuốc cung cấp sẽ chưa đánh giá đúng với thực tế hoạt động của các nhà thuốc GPP.

4.1. Về nhân sự: Điểm khác biệt lớn nhất giữa thẩm định và hậu kiểm trong tiêu chuẩn về nhân sự là sự có mặt và tham gia vào hoạt động của nhà thuốc của dược sĩ. Khi thẩm định, 100% nhà thuốc GPP đều có dược sĩ. Tuy nhiên, khi hậu kiểm tỷ lệ này giảm xuống 4 lần (khoảng 25% nhà thuốc có dược sĩ). So sánh với kết quả thanh tra hậu kiểm trong giai đoạn 2014-2015

của Sở Y tế Hà Nội, tỷ lệ vi phạm về quy định dược sĩ có mặt khi nhà thuốc hoạt động năm 2016 cao hơn khoảng 25%. Một số lỗi vi phạm về chuyên môn như kiểm nhập thuốc có đủ hóa đơn chứng từ, hoặc theo dõi các thuốc định chỉ lưu hành, thuốc kém chất lượng, đặc biệt các vi phạm liên quan đến thuốc không có nguồn gốc xuất xứ, thuốc kém chất lượng chỉ xảy ra ở các nhà thuốc mà dược sĩ PTCM không có mặt khi cơ sở hoạt động.

4.2. Về cơ sở vật chất: Cơ sở vật chất của các nhà thuốc GPP khi thẩm định và hậu kiểm không thay đổi về địa điểm kinh doanh, diện tích và bố trí các khu vực như: Khu vực mua thuốc, khu vực tư vấn cho người bệnh. Tuy nhiên, có sự khác nhau trong việc sử dụng tủ, kệ sai mục đích khi hậu kiểm. Nguyên nhân của vi phạm này có thể do:

-Thói quen của nhân viên bán thuốc, không chú ý phân biệt thực phẩm chức năng và thuốc.

- Nhà thuốc muốn tận dụng tủ thuốc để tiết kiệm diện tích trưng bày cho nhà thuốc.

- Hoạt động kiểm nhập chưa được tuân thủ đúng quy trình, dẫn đến không phân loại thực phẩm chức năng ngay khi nhập thuốc.

4.3. Về trang thiết bị bảo quản và theo dõi điều kiện bảo quản thuốc: Kết quả nghiên cứu cho thấy các nhà thuốc GPP duy trì được một số hoạt động trong tiêu chuẩn về trang thiết bị bảo quản và ghi chép điều kiện bảo quản thuốc (bảo quản các thuốc ở điều kiện đặc biệt trong tủ lạnh, đảm bảo bao bì cho các thuốc lẻ và ghi nhãn đầy đủ). Sự khác biệt lớn nhất giữa thẩm định và hậu kiểm của các nhà thuốc GPP về trang thiết bị bảo quản thuốc là tình trạng hoạt động của các trang thiết bị (điều hòa nhiệt độ, nhiệt kế, nhiệt ẩm) trong nhà thuốc để đảm bảo điều kiện bảo quản thích hợp cho thuốc. Nguyên nhân của các sự việc trên có thể do các nhà thuốc chưa thực sự chú trọng việc duy trì điều kiện bảo quản thích hợp cho thuốc hoặc muốn tiết kiệm chi phí duy trì nhà thuốc.

4.4. Về hồ sơ sổ sách và hoạt động kiểm nhập thuốc: Kết quả về tình trạng hồ sơ sổ, sách hoạt động của các nhà thuốc GPP cho thấy có sự khác biệt rõ ràng về hoạt động của nhà thuốc khi thẩm định và hậu kiểm trong duy trì tiêu chuẩn GPP. Theo kết quả hậu kiểm, việc theo dõi số lô hạn dùng thuốc ở các nhà thuốc chỉ đạt 30% và việc thực hiện kiểm nhập chỉ đạt 13,8%, thấp hơn nhiều so với khi thẩm định. Ngoài ra, tỷ lệ nhà thuốc vi phạm về các quy trình nhập thuốc và kiểm soát chất lượng thuốc (72,3%), mua thuốc không có đầy đủ hóa đơn, chứng từ hợp lệ (67,3%) và không lưu sổ các thuốc kiểm nhập (73,2%) còn ở mức cao. So sánh với kết quả thanh tra của Sở Y tế Hà Nội năm 2015 cho thấy, tỷ lệ các vi phạm này không thay đổi nhiều. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Yên và cộng sự cũng cho thấy hồ sơ sổ sách chưa được thực hiện đầy đủ tại các nhà thuốc GPP. Đây là những vi phạm rất phổ biến và sau nhiều năm thực hiện GPP, các vi phạm này chưa có dấu hiệu giảm.

Nguyên nhân dẫn tới các vi phạm này có thể do sự vắng mặt của dược sĩ PTCTM tại nhà thuốc trong thời gian hoạt động dẫn tới các hoạt động kiểm soát chất lượng thuốc không được thực hiện đầy đủ. Nguyên nhân của sự khác biệt giữa thẩm định và hậu kiểm có thể bắt nguồn từ việc các nhà thuốc chỉ chú trọng hoạt động để được cấp chứng nhận nhà thuốc GPP theo đúng quy định nhưng lại không chú trọng duy trì theo các tiêu chuẩn GPP. Thực trạng này đặt ra yêu cầu

cần có giải pháp cụ thể để các nhà thuốc thay đổi hoạt động và tuân thủ đúng theo tiêu chuẩn GPP.

4.5. Về việc thực hiện quy chế chuyên môn và thực hành nghề nghiệp của các nhà thuốc GPP: Tương tự như các hoạt động khác của nhà thuốc GPP, việc thực hiện quy chế chuyên môn và thực hành nghề nghiệp của nhà thuốc GPP chưa được duy trì tốt sau khi được cấp chứng nhận GPP. Thuốc được bán theo đơn và lưu đơn thuốc theo quy định giảm gần 50% so với khi thẩm định. Một nghiên cứu tại Đồng Nai cũng cho thấy tình trạng bán thuốc kê đơn khi không có đơn của bác sĩ diễn ra ở hầu hết các nhà thuốc. Việc các nhà thuốc GPP bán thuốc không theo đơn thuốc là một trong những nguyên nhân làm tăng nguy cơ kháng thuốc kháng sinh tại Việt Nam. Một điểm đáng chú ý khi hậu kiểm là phát hiện 7 nhà thuốc có kinh doanh thuốc kém chất lượng, thuốc hết hạn và thuốc không rõ nguồn gốc. Đây là điểm không chấp nhận được khi nhà thuốc đăng ký cấp chứng chỉ GPP và đã được chứng nhận đạt tiêu chuẩn GPP mà vẫn có sai phạm này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy việc duy trì tiêu chuẩn GPP tại các nhà thuốc theo 5 tiêu chí về nhân sự, cơ sở vật chất, trang thiết bị bảo quản, sổ sách và hoạt động chuyên môn đều thấp hơn so với thẩm định ban đầu. Do đó, nếu chỉ đánh giá tiêu chuẩn GPP của nhà thuốc xung quanh thời điểm thẩm định sẽ không phản ánh đúng bản chất của nhà thuốc GPP./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sở Y tế thành phố Hà Nội**, Báo cáo hoạt động thanh tra chuyên ngành Y tế. 2015.
2. **Bộ Y tế**, Thông tư ban hành nguyên tắc, tiêu chuẩn "Thực hành tốt nhà thuốc" số 46/2011/TT-BYT.2011.
3. **Andy Field, J.M., Zoë Field**, *Discovering statistics using R*. 2012: SAGE Publications
4. **Trịnh Hồng Minh, P.Đ.L., Phan Văn Bình**, Khảo sát thực trạng hoạt động nghề nghiệp của người bán lẻ thuốc tại các cơ sở bán lẻ thuốc đạt tiêu chuẩn GPP trên địa bàn tỉnh Đồng Nai. Tạp chí Y dược học quân sự, 2015.
5. **Nguyễn Văn Yên và cộng sự**, *Chất lượng cung ứng dịch vụ của các nhà thuốc tại quận Ba Đình năm 2007 qua một số chỉ tiêu* Tạp chí Dược học, 2011.
6. **Trần Minh Luân, N.T.V., Nguyễn Thị Thu Thủy**, Đánh giá kỹ năng thực hành nghề nghiệp của người bán lẻ thuốc tại các nhà thuốc đạt tiêu chuẩn GPP trên địa bàn thành phố Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp. Tạp chí Dược học, 2017.
7. **Nga Do, T.T., et al.**, *Antibiotic sales in rural and urban pharmacies in northern Vietnam: an observational study*. BMC Pharmacol Toxicol, 2014.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH MẮT HỘT HOẠT TÍNH Ở TRẺ EM HAI HUYỆN PHÍA BẮC TỈNH HÀ GIANG

Nguyễn Xuân Hiệp*, Nguyễn Tuấn Anh*, Nguyễn Đức Hòa**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mắc bệnh mắt hột hoạt tính ở trẻ em từ 1 đến 9 tuổi ở 2 huyện Mèo Vạc và Đồng Văn tỉnh Hà Giang năm 2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, không có nhóm chứng. Là các trẻ từ 1 đến 9 tuổi, đang sống tại cụm điều tra ít nhất 03 tháng tính đến ngày điều tra. **Kết quả:** nghiên cứu 1589 trẻ có 98 trẻ mắc mắt hột hoạt tính chiếm 6,1%, có sự khác biệt về tỷ lệ mắt hột hoạt tính giữa hai huyện huyện Mèo Vạc là 7,4% và Đồng Văn là 4,8%. Trẻ nam mắc mắt hột hoạt tính chiếm 42,9% và nữ chiếm 57,1%, tỷ suất chênh của 2 giới là 1,27 (giá trị OR từ 0,84 đến 1,92). Nghiên cứu cho thấy yếu tố tuổi cũng có sự liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh như trẻ từ 3 đến 9 tuổi có nguy cơ mắc bệnh mắt hột hoạt tính cao hơn gấp 2,76 lần nhóm trẻ từ 1 đến 2 tuổi với độ tin cậy 95%, OR nhận giá trị từ 1,2 đến 6,39. **Kết luận:** tỷ lệ mắt hột hoạt tính ở trẻ 1 đến 9 tuổi của 2 huyện Mèo Vạc và Đồng Văn tỉnh Hà Giang năm 2017 là 6,1% và tỷ lệ mắt hột hoạt tính tại huyện Mèo Vạc cao hơn Đồng Văn (7,4% và 4,8%). Tỷ lệ trẻ 1 đến 9 tuổi ở nữ mắc mắt hột hoạt tính cao hơn nam và trong đó nhóm 1 đến 2 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất.

Từ khóa: mắt hột hoạt tính.

SUMMARY

EVALUATION OF THE ACTIVE TRACHOMA IN THE CHILDREN IN NORTH TWO DISTRICTS OF HA GIANG PROVINCE

Objectives: To determine the prevalence of active trachoma in children aged 1 to 9 years in 2 districts, Meo Vac and Dong Van in Ha Giang province in 2017. **Subjects and research methods:** cross-sectional descriptive study, no control group. As children from 1 to 9 years old, living in the investigation cluster at least 03 months up to the date of investigation. **Results:** study 1589 children with 98 children with active trachoma, accounting for 6.1%. There is a difference in the rate of active trachoma in the two districts of Meo Vac district is 7.4% and Dong Van district is 4.8%. The male children with active trachoma accounted for 42.9% and females accounted for 57.1%, the odds ratio of two sexes was 1.27 (OR value from 0.84 to 1.92). Research shows that age factor is also related to the incidence of disease such as children aged 3 to 9 years who are at higher risk of active trachoma, 2.76 times higher than children aged

1 to 2 years with confidence 95%, OR value from 1.2 to 6.39. **Conclusion:** The rate of active trachoma in children from 1 to 9 years old in the districts of Meo Vac and Dong Van in Ha Giang in 2017 is 6.1% and the rate of active trachoma in Meo Vac district is higher than Dong Van (7.4% and 4.8%). The rate of 1 to 9 years old children in female with active trachoma is higher than that of male and in which 1 to 2 years old group has the lowest incidence.

Keywords: active trachoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mắt hột là một viêm kết giác mạc lây lan mạn tính, tác nhân gây bệnh là Chlamydia Trachomatis. Mắt hột hoạt tính tập trung ở lứa tuổi nhỏ từ 1-9 tuổi, tiến triển mãn tính dẫn đến sẹo kết mạc gây biến dạng sụp mí trên, lông quặm, lông xiêu. Đây vẫn là một trong năm nguyên nhân gây mù chủ yếu trên thế giới. Hà Giang có nhiều điều kiện thuận lợi để mắt hột lưu hành như là tỉnh có mắt hột lưu hành cũ, điều kiện khí hậu khắc nghiệt và kinh tế xã hội đặc biệt hệ thống y tế cơ sở còn nhiều khó khăn. Tỷ lệ mắt hột hoạt tính cho biết tình hình thực tại và khả năng lây lan trong cộng đồng từ đó giúp cho việc có xây dựng chương trình phòng chống mắt hột trên toàn quốc hay không [1], [2]. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ mắc bệnh mắt hột hoạt tính ở trẻ em từ 1 đến 9 tuổi ở 2 huyện Mèo Vạc và Đồng Văn tỉnh Hà Giang năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: trẻ từ 1 đến 9 tuổi, đang sinh sống tại cụm điều tra ít nhất 03 tháng tính đến ngày điều tra tháng 4 năm 2017.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả lâm sàng cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Tính theo công thức

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

n là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu. Z = 1,96 (với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0.05$). p = tỷ lệ mắt hột hoạt tính ở trẻ em ước tính là 14% [3]. d = 2%

$n = (3,8416 \times 0,14 \times 0,86) / (0,02 \times 0,02) = 1157$. Lấy cỡ mẫu khám mắt hột hoạt tính ở trẻ em ít nhất 1200 trẻ.

Chọn mẫu: tại 2 huyện lựa chọn ngẫu nhiên bằng phần mềm máy tính ra 24 cụm điều tra là 24 thôn/ bản. Mỗi thôn/ bản chọn ít nhất 50 trẻ.

Phương tiện nghiên cứu: kính lúp 2,5x, đèn

*Bệnh viện Mắt Trung Ương

**Bệnh viện Mắt Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiệp

Email: nguyentuanhiệp@vniio.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2019

Ngày duyệt bài: 28.2.2019

pin, cồn sát khuẩn nhanh, bằng phân loại mắt hột theo tổ chức y tế thế giới, phiếu điều tra.

Trẻ được xác định có mắt hột hoạt tính: khi phát hiện ít nhất 1 mắt hột hoạt tính giai đoạn TF (có ít nhất 5 hột trên kết mạc sụn mi trên với kích thước trên 0,5 mm) hoặc TI (kết mạc sụn mi dày lên che khuất trên một nửa hệ mạch máu kết mạc trên sụn mi trên. Trường hợp đặc biệt mắt hột sẹo (TS) nhưng còn hoạt tính sẽ được xác định là có mắt hột hoạt tính.

Số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu có tổng số 1589 trẻ trong đó nam là 774 (chiếm 48,4%) và nữ là 824 trẻ (chiếm 51,6%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự Nguyễn Chí Dũng khi đánh giá tỷ lệ mắt hột hoạt tính tại 3 tỉnh Nam Định, Thái Bình, Hải Dương năm 2009 (nam và nữ dưới 16 tuổi là 51,7% và 48,3%) hay khi đánh giá ở Bắc Giang năm 2011 tỷ lệ nam nữ là 53,3% và 46,7% [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của trẻ được nghiên cứu là $5,23 \pm 2,37$, trung vị là 5 trong đó nhóm trẻ từ 1 đến 2 là 235 trẻ chiếm 14,7% và nhóm trẻ từ 3 đến 5 là 642 trẻ chiếm 40,2%. Nhóm trẻ từ 1 đến 2 tuổi chiếm tỷ lệ thấp có thể do nhiều nguyên nhân. Những năm gần đây các chương trình dân số kế hoạch hoá gia đình có hiệu quả hơn, các gia đình sinh ít con hơn do vậy việc chăm sóc mắt ban đầu nói riêng và chăm sóc sức khỏe ban đầu nói chung được tốt hơn. Một lý do nữa là ở độ tuổi này trẻ vẫn thường ở nhà với ông bà hoặc bố mẹ nên việc lây nhiễm ít hơn và được chăm sóc cũng như tuân thủ điều trị thuận lợi hơn.

Xác định tỷ lệ mắc bệnh mắt hột hoạt tính. Với 1598 trẻ được điều tra có 98 trẻ có mắt hột hoạt tính chiếm 6,1%. Như vậy tỷ lệ mắt hột hoạt tính tại hai huyện này là thấp nhất hơn so với các báo cáo điều tra trước đây như 6.5% năm 2005, 10.09% năm 2014 và 14% năm 2015 [5]. Sự khác biệt này có được là nhờ có các cuộc điều tra, cấp phát thuốc điều trị với sự giúp đỡ của tổ chức Y tế Thế giới và qua đó thấy được hiệu quả rõ rệt của chiến lược SAFE cho trẻ em tại Hà Giang của Bệnh viện Mắt Trung Ương. Theo chiến lược SAFE nếu trẻ em 1 đến 9 có tỷ lệ mắt hột (TF) cao trên 20% và mắt hột viêm trên 5% thì cần điều trị cho cả gia đình trẻ có mắt hột hoạt tính do vậy tại 2 huyện Mèo Vạc và Đồng Văn chưa có chỉ định dùng thuốc cho cả gia đình trẻ mắc mắt hột hoạt tính.

Chúng tôi thấy có sự khác biệt về tỷ lệ mắt

hột hoạt tính giữa hai huyện huyện Mèo Vạc là 7,4% và Đồng Văn là 4,8%. Điều này có thể giải thích do điều kiện kinh tế xã hội của Mèo Vạc khó khăn hơn so với huyện Đồng Văn. Theo công thông tin điện tử tỉnh Hà Giang, huyện Mèo Vạc là một trong các huyện nghèo và khó khăn nhất trong tỉnh với thu nhập bình quân đầu người của huyện Mèo Vạc năm 2018 ước tính 16,27 triệu đồng/người/năm trong khi đó huyện Đồng Văn ước tính là 18 triệu đồng/người/năm so với thống kê ước tính tổng thu nhập bình quân đầu người trên cả nước năm 2017 là khoảng 53,5 triệu đồng/người/năm. Chính vì vậy, tại hai huyện phía bắc tỉnh Hà Giang này rất khó đạt được được mục tiêu kiểm soát và thanh toán bệnh mắt hột. Mặc dù tỷ lệ bệnh năm 2017 có thấp hơn các năm trước nhưng bệnh mắt hột hoạt tính tại Hà Giang năm 2017 vẫn cao hơn tình hình chung của các địa phương khác trên cả nước. Nguyễn Chí Dũng báo cáo (năm 2009) ở 3 tỉnh Nam Định, Thái Bình, Hải Dương cũng như ở Bắc Giang (năm 2011) tỷ lệ mắt hột hoạt tính là 0%. Đặc biệt theo đánh giá tình hình bệnh mắt hột bệnh viện Mắt Trung ương (năm 2014) tại 24 huyện của 9 tỉnh trên cả nước cho thấy hầu hết có tỷ lệ mắt hột hoạt tính ở trẻ em dưới 5% trong khi đó có một đơn vị điều tra tại Hà Giang thấy có tỷ lệ mắt hột hoạt tính là 10,9% [6], [7].

Tỷ lệ mắt hột hoạt tính ở trẻ em 1 đến 9 tuổi cũng thay đổi giữa các nước trên thế giới như tỷ lệ mắt hột hoạt tính ở trẻ 1 đến 9 tại 6 châu thuộc tỉnh Sơn Đông, Trung Quốc (2014) dưới 5%, tại Campuchia (2016) giao động từ 0% - 0,2%, Ghana (2017- châu Phi) là 0,09% đến 1,2%, Senegal (2017-châu Phi) là 2,5%. Trong khi đó một số quốc gia, khu vực vẫn còn tỷ lệ mắt hột hoạt tính cao hơn như tại quốc đảo Kiribati, Tarawa (2017) là 28%, quận Gazegibela (2015- Ethiopia) là 52,4% [8], [TDT 8].

Như vậy tỷ lệ bệnh mắt hột hoạt tính cao ở Hà Giang là vì đây là một trong những tỉnh khó khăn nhất cả nước cả về điều kiện kinh tế xã hội, địa lý và đặc biệt là về điều kiện phát triển hệ thống y tế chăm sóc sức khỏe người dân. Hai huyện Mèo Vạc và Đồng Văn là những huyện nghèo nhất tỉnh Hà Giang, điều kiện chăm sóc sức khỏe của nhân dân còn thiếu thốn nên rất khó khăn cho việc thanh toán mắt hột hoạt tính tại 2 huyện nghèo này. Kết quả nghiên cho thấy thức trạng và từ đó cần có chiến lược điều trị để từng bước thanh toán bệnh mắt hột trên địa bàn còn nhiều khó khăn này.

Phân bố tỷ lệ bệnh mắt hột hoạt tính ở trẻ em theo giới và tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi trong tổng số 98 trẻ mắc mắt hột hoạt

tính có 42 trẻ nam chiếm tỷ lệ 42,9% và có 56 trẻ nữ chiếm tỷ lệ 57,1%. Tỷ suất chênh OR/95%CI của 2 giới nam và nữ với có mắc

bệnh mắt hoạt tính hay không là 1,27, giá trị OR từ 0,84 đến 1,92. Điều này cũng phù hợp với nhận định của một số báo cáo [4], [7].

Về phân bố tỷ lệ bệnh mắt hoạt tính ở trẻ em theo nhóm tuổi như sau:

Bảng: Phân bố tỷ lệ bệnh theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Có bệnh		Không bệnh		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
1-2	6	6,1%	229	15,3%	235	14,7
3-5	41	41,8	601	40	642	40,2
6-9	51	52,1	670	44,7	721	45,1
Tổng số	98	100	1500	100	1598	100

Trên trẻ mắc mắt hoạt tính nhóm 6 đến 9 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (52,1%) và nhóm tuổi 1 đến 2 chiếm tỷ lệ ít nhất (6,1%). Nghiên cứu cho thấy yếu tố tuổi cũng có sự liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh như trẻ từ 3 đến 9 tuổi có nguy cơ mắc bệnh mắt hoạt tính cao hơn gấp 2,76 lần nhóm trẻ từ 1 đến 2 tuổi với độ tin cậy 95%, OR nhận giá trị từ 1,2 đến 6,39.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắt hoạt tính ở trẻ 1 đến 9 tuổi của 2 huyện Mèo Vạc và Đồng Văn tỉnh Hà Giang năm 2017 là 6,1% và tỷ lệ mắt hoạt tính tại huyện Mèo Vạc cao hơn Đồng Văn (7,4% và 4,8%). Tỷ lệ trẻ 1 đến 9 tuổi ở nữ mắc mắt hoạt tính cao hơn nam và trong đó nhóm 1 đến 2 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (1998)**, Global Elimination of Blinding Trachoma. Geneva World Health Organization Assembly 51.11, .
2. **Bộ Y tế Cục Quản lý khám chữa bệnh (2015)**, "Đánh giá nhanh các bệnh gây mù có thể phòng tránh được RAAB 2015,".
3. **Nguyễn Xuân Hiệp. (2017)**, "Đánh giá tỷ lệ bệnh mắt hoạt tính trên trẻ em tại xã Lũng Hồ huyện Yên Minh tỉnh Hà Giang Việt Nam" - Tạp chí Y học Việt Nam - Năm 2017, số Tháng 5 - số 1, tập 454, tr. 93-97.

4. **Nguyễn Chí Dũng, Nguyễn Duy Thắng (2012)**, Đánh giá nhanh tỷ lệ mắt hoạt tính và quặm do mắt hoạt ở cộng đồng tỉnh Bắc Giang năm 2011-Tạp chí Nhân khoa Việt Nam .

5. **Vũ Tuấn Anh, Trần Minh Đạt, Bùi Văn Xuân (2016)**, Đánh giá tình hình bệnh mắt hoạt ở Việt Nam hiện nay và chiến lược thanh toán bệnh mắt hoạt tại Việt Nam - Kỷ yếu Hội nghị ngành Nhân khoa toàn quốc năm 2016, Chuyên đề Nhân khoa, tr. 15-16.

6. **Bộ Y tế Cục Quản lý khám chữa bệnh (2007)**, "Đánh giá nhanh các bệnh gây mù có thể phòng tránh được RAAB 2007,".

7. **Nguyễn Chí Dũng (2010)**, Đánh giá nhanh tỷ lệ mắt hoạt tính và quặm do mắt hoạt, tỷ lệ mù và các nguyên nhân chính gây mù ở cộng đồng tại 3 tỉnh Nam Định, Thái Bình, Hải Dương năm 2009-Kỷ yếu Hội nghị ngành Nhân khoa năm 2010.

8. **Debrah O., Mensah E.O., Senyonjo L., et al. (2017)**. Elimination of trachoma as a public health problem in Ghana: Providing evidence through a pre-validation survey. PLoS Negl Trop Dis, 11(12),

KẾT QUẢ SƠM KỸ THUẬT KHÂU NỐI MẠCH MÁU TRONG GHÉP THẬN VỚI THẬN GHÉP CÓ MẠCH MÁU BÌNH THƯỜNG

Nguyễn Minh Tuấn*, Đoàn Quốc Hưng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm kỹ thuật khâu, nối mạch máu trong ghép thận với thận ghép có mạch máu bình thường (có 1 động mạch và 1 tĩnh mạch thận) tại Bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt

ngang không đối chứng các bệnh nhân (BN) suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2012 đến 6/2018 với thận ghép có mạch máu bình thường. **Kết quả:** 193 BN ghép thận đủ tiêu chuẩn nghiên cứu với nam/nữ là 121/72, 191 (99%) TH thận ghép đặt vào HCP, 192 (99,5%) TH ĐM thận nối tận – bên với ĐM chậu ngoài, 01 (0,5%) TH ĐM thận nối tận – bên với ĐM chậu chung, 100% miệng nối thông, 100% các trường hợp thận ghép cho nước tiểu ngay trên bàn mổ sau khi thả kẹp mạch máu, 02 BN (1%) có tụ máu quanh thận ghép nhưng không phải can thiệp ngoại khoa trong đó có 1 TH khối máu tụ chèn ép làm giảm chức năng thận phải chạy thận 02 lần sau đó chức năng thận ổn định lại. Không có tử vong trong và sau mổ. **Kết luận:** Ghép thận với thận

*Bệnh viện 19-8 BCA,

**Bệnh viện Việt Đức, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn

Email: minhthuanncs35@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2019

Ngày duyệt bài: 11.3.2019

ghép lấy từ người cho sống có mạch máu thận bình thường tại Bệnh viện Việt Đức là an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công cao, ít biến chứng với cả người cho và người nhận thận.

Từ khóa: ghép thận, kỹ thuật khâu nối mạch máu.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF SURGICAL VASCULAR IN KIDNEY TRANSPLANTATION WITH NORMAL VASCULAR

Objective: Description, evaluation early results of in kidney transplantation with normal vascular at VietDuc hospital from 1-2012 to 6-2018. **Patients and method:** 193 patients with end-stage renal disease underwent kidney transplant with normal vascular at Viet Duc hospital. **Results:** The ratio male/female 121/72, 100% of the case make urine after vascular declamps, 2 cases (1%) presented a local hematoma. There were no deaths during and after surgery. **Conclusion:** Kidney transplantation from live donors is safe, effective, high success rate, low complications with donors and kidney recipients.

Key words: Kidney transplantation, vascular anastomosis technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật khâu nối mạch máu là kỹ thuật ngoại khoa chính trong ghép thận. Chất lượng của kỹ thuật khâu nối mạch máu có ý nghĩa rất quan trọng đối với kết quả ghép thận. Trên lâm sàng, có nhiều biến chứng sớm và muộn sau ghép thận liên quan đến miệng nối mạch máu. Thận ghép có mạch máu bình thường là những thận lấy từ người hiến thận để ghép có 01 động mạch và có 01 tĩnh mạch. Trước đây việc lựa chọn thận có 01 động mạch và 01 tĩnh mạch để lấy từ người cho thận là chỉ định bắt buộc trong lựa chọn thận trước ghép. Hiện nay phẫu thuật mạch máu rất phát triển cho phép xử lý được nhiều trường hợp thận ghép có mạch máu khó, góp phần tăng tỷ lệ và số lượng ghép thận. Tuy nhiên thận ghép có mạch máu bình thường vẫn được ưu tiên trong lựa chọn thận lấy để ghép. Kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận đã được chuẩn hóa nhiều, tuy nhiên việc thực hiện kỹ thuật này vẫn còn có sự khác nhau tại các trung tâm ghép thận. Sự khác nhau này phụ thuộc vào thói quen, kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên khác nhau, phụ thuộc vào đặc điểm mạch máu của thận ghép. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích: Đánh giá kết quả sớm kỹ thuật khâu, nối mạch máu trong ghép thận với thận ghép có mạch máu bình thường tại Bệnh viện Việt Đức từ 1-2012 đến 6-2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 193 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép

thận tại Bệnh viện Việt Đức từ 1-2012 đến 6-2018 với thận ghép có mạch máu bình thường được lấy từ người cho sống.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không đối chứng.

Nội dung nghiên cứu: Các chỉ tiêu về dịch tễ học, người cho, người nhận, quan hệ huyết thống. Thời gian phẫu thuật, vùng ghép thận, kỹ thuật khâu, nối mạch máu trong ghép thận. Kết quả sớm sau ghép thận (bài tiết nước tiểu, chức năng thận sau ghép, tính thông của mạch máu...); biến chứng sớm sau ghép. Số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê trong nghiên cứu y sinh học. Các kết quả được bàn luận và so sánh với các nghiên cứu đã được công bố trong nước và quốc tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân nhận thận. 193 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong đó nam là 121 BN (62,7%), nữ là 72 BN (37,3%).

Bảng 1: Tuổi của bệnh nhân (N=193)

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ
≤20	4	2,07%
21-30	49	25,39%
31-40	65	33,67%
41-50	45	23,31%
≥51	50	15,56%
Tổng	193	100%

Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 12, cao nhất là 63, TB ± SD là 38,2 ± 10,8. Độ tuổi gặp nhiều nhất từ 20-50 chiếm 82,37%.

Bảng 2: Quan hệ giữa người cho và người nhận thận (N=193).

Quan hệ	Số lượng	Tỷ lệ
Bố, mẹ cho con	20	10,4%
Anh, chị, em cho nhau	10	5,2%
Cùng huyết thống	4	2,1%
Không cùng huyết thống	159	82,4%
Tổng	70	100%

3.2 Vị trí đặt thận ghép và làm miệng nối động mạch, tĩnh mạch thận chính

- 191 trường hợp (99%) thận ghép được đặt ở hố chậu P, 2 trường hợp (1%) thận ghép được đặt ở hố chậu T do; 01 bệnh nhân đã được ghép thận ở hố chậu phải trước đó và 01 bệnh nhân đã mổ sỏi thận và niệu quản 03 lần bên phải.

- 192 (99,5%) trường hợp động mạch thận ghép nối tận – bên với động mạch chậu ngoài, 1 (0,5%) trường hợp động mạch thận ghép nối tận – bên với động mạch chậu chung.

- 193 (100%) trường hợp tĩnh mạch của thận ghép được nối tận – bên với tĩnh mạch chậu ngoài của người nhận thận.

3.3 Kết quả & biến chứng.

- Tuổi máu thận sau khi nối xong và thả kẹp mạch máu.

Bảng 3: Tuổi máu thận sau khi nối xong và thả kẹp mạch máu (N=193).

Tuổi máu thận	Số lượng	Tỷ lệ %
Thận căng hồng đều	190	98,5%
Thận mềm tuổi máu kém	2	1%
Có vùng tím cực dưới	1	0,5%

Bảng 4: Kết quả và biến chứng (N=193)

Kết quả / biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Miệng nối ĐM thông tốt	193	100%
Làm lại miệng nối động mạch	0	0%
Có nước tiểu ngay trên bàn mổ	193	100%
Chảy máu sau mổ	0	0%
Tụ máu quanh thận ghép không phải can thiệp	2	1%
Chức năng thận ổn định sau ghép	193	100%
Tử vong	0	0%

- Bài tiết nước tiểu sau ghép: 100% trường hợp có nước tiểu ngay trên bàn mổ với thời gian sớm nhất sau thả kẹp mạch máu là: 1 giây, lâu nhất là: 900 giây, trung bình là: 35,45 giây.

- Thời gian phẫu thuật: Ngắn nhất 85 phút, dài nhất 280 phút, TB $\pm$ SD là 163,6 $\pm$ 35,5.

- Thời gian nằm viện sau ghép thận: Ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 31 ngày, TB $\pm$ SD là 12,82 $\pm$ 4,1.

- Thời gian nằm viện: Ngắn nhất 8 ngày, dài nhất 45 ngày, TB $\pm$ SD là 15,73 $\pm$ 5,6.

- Có 99 BN (51,3%) có creatinin huyết thanh về mức bình thường trước khi ra viện (≤ 106 mmol/l) với thời gian sau ghép ngắn nhất là 01 ngày, dài nhất là 16 ngày, TB $\pm$ SD là 3,93 $\pm$ 3,5. Các BN còn lại có nồng độ creatinin huyết thanh lúc ra viện ở giai đoạn suy thận I - II.

- Siêu âm thận ghép.

+ Có tụ máu quanh thận ghép 2 (1%) trường hợp. Trong đó 1 trường hợp máu tụ nhỏ không ảnh hưởng đến chức năng thận, 1 trường hợp máu tụ chèn ép làm giảm tưới máu thận chức năng thận suy giảm phải lọc máu 02 lần sau đó chức năng thận ổn định trở lại. Cả 2 trường hợp không phải can thiệp ngoại khoa.

+ Doppler mạch thận ghép: 100% miệng nối mạch máu thận ghép thông.

+ Chỉ số sức cản động mạch thận ghép tại miệng nối động mạch (RI) sau ghép: thấp nhất là 0,5; cao nhất là 0,91; trung bình là 0,66 $\pm$ 0,073.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân nhận thận

Tuổi: Theo nghiên cứu của chúng tôi tuổi của bệnh nhân nhận thận có tuổi thấp nhất là 12, cao nhất là 63, trung bình là 38,2 $\pm$ 10,8. Độ tuổi gặp nhiều nhất là từ 20-50 chiếm 82,37 %

(Bảng 1). Theo Trần Ngọc Sinh, Dư Thị Ngọc Thu và cs tuổi nhỏ nhất là 16 cao nhất là 61 trung bình là 33,98 $\pm$ 9,44. Lê Tuấn Anh và Hoàng Mạnh An tuổi nhỏ nhất là 14 và cao nhất là 65 lứa tuổi gặp nhiều nhất là 20-40 chiếm 72% [7]. Như vậy tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Nguyên nhân là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện gần đây sau khi luật hiến tạng đã được thực hiện làm thay đổi đối tượng hiến thận. Tỷ lệ bố mẹ cho con thận để ghép là 10,4% (Bảng 2). Trong nghiên cứu của Trần Ngọc Sinh, Dư Thị Ngọc Thu tỷ lệ bố mẹ, anh chị em cho thận để ghép chiếm tỷ lệ 98,515%. Tỷ lệ bố mẹ cho thận để ghép trong nghiên cứu của Lê Tuấn Anh và Hoàng Mạnh An là 40,48% [7]. Theo tiêu chuẩn về tuổi người hiến thận từ 18 – 65 tuổi [1] do vậy khi bố mẹ là người hiến thận, người nhận là con thì thường có tuổi còn trẻ.

Giới: Kết quả của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 62,7%/37,3%. Kết quả này cũng tương đương với các tác giả khác. Theo Lê Tuấn Anh và Hoàng Mạnh An là 73,9%/26,1% [7].

4.2 Về vị trí đặt thận ghép. Về vị trí đặt thận ghép chúng tôi đồng loạt thực hiện đặt thận thận ghép vào hố thận phải với 191/193 trường hợp (99%) (Mục 3.2), chỉ có 2/193 trường hợp (1%) thận ghép được đặt ở hố chậu T do trong 02 BN này có 01 BN đã được ghép thận lần 1 vào hố chậu P trước đó và 01 BN đã mổ 3 lần sỏi thận và niệu quản phải trước đó. Kỹ thuật đặt thận ghép ở hố chậu phải được bắt nguồn từ thành phố Lille nước Pháp với những ưu điểm như: dễ bóc tách mạch máu vùng chậu để ghép, thăm khám lâm sàng và sinh thiết thận ghép dễ dàng và an toàn hơn do không có đại tràng che phủ [4]. Ngoài ra theo chúng tôi về mặt giải phẫu TM chậu chung bên phải nằm ngoài hơn so với ĐM nên thuận tiện hơn trong những trường hợp tĩnh mạch thận ghép ngắn, nhất là những trường hợp lấy thận phải để ghép. Với những ưu điểm đó nên việc chọn đặt thận ghép ở hố chậu phải theo chúng tôi là phù hợp [5].

4.3 Về kỹ thuật khâu nối mạch máu.

Trong tổng số 193 bệnh nhân của chúng tôi có 192 BN ĐM thận được ghép tận - bên với ĐM chậu ngoài và 1 BN ĐM thận được ghép tận - bên với chậu chung (Mục 3.2), không có trường hợp nào nối ĐM thận với ĐM chậu trong. Việc nối ĐM thận tận bên với ĐM chậu chung hoặc chậu ngoài hay tận - tận với ĐM chậu trong còn nhiều tranh luận và chưa có sự thống nhất giữa các trung tâm ghép thận. Năm 2016 tác giả Lê Anh Tuấn, Nguyễn Trường Giang và Hoàng Mạnh An nghiên cứu 126 trường hợp ghép thận

thấy có 114 (90,47%) trường hợp ĐM thận ghép được nối tận - tận với động mạch chậu trong người nhận, chỉ có 12 (9,53%) trường hợp động mạch thận ghép nối tận - bên với ĐM chậu ngoài [8]. Trần Ngọc Sinh (2010) nghiên cứu 202 trường hợp ghép thận thấy có 187 (92,57%) trường hợp ĐM thận ghép được nối tận - tận với ĐM chậu trong người nhận, có 15 (7,43%) trường hợp ĐM thận ghép nối tận - bên với ĐM chậu ngoài. Với những chỉ số ure máu, creatinin máu, lượng nước tiểu, tình trạng miệng nối và các biến chứng, tác giả Hoàng Mạnh An (2012) đã so sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân; nhóm 1: nối ĐM thận ghép tận-tận với ĐM chậu trong và nhóm 2: nối ĐM thận ghép tận-bên với ĐM chậu ngoài hoặc chậu gốc. Tác giả kết luận không có sự khác biệt về kết quả sau ghép của 2 nhóm bệnh nhân trên [6].

Như vậy việc nối ĐM của thận ghép tận - bên với ĐM chậu ngoài hoặc chậu chung, hay nối tận - tận với ĐM chậu trong phụ thuộc vào thói quen, kinh nghiệm của các phẫu thuật viên ở từng trung tâm ghép thận mà chưa có sự thống nhất cũng như chưa có phương pháp nào thể hiện tính hiệu quả rõ rệt hơn các phương pháp còn lại.

Trái ngược với khâu nối ĐM, trong ghép thận việc khâu nối tĩnh mạch có sự tương đồng giữa các trung tâm đó là miệng nối tận - bên giữa TM thận chính với TM chậu ngoài người nhận [7].

4.4 Về kết quả và biến chứng: Đánh giá kết quả khâu nối mạch ngay sau khi thực hiện xong các miệng nối chúng tôi xem xét tình trạng tưới máu thận ghép thông qua quan sát màu sắc, mật độ căng của thận ghép và thời gian bài tiết nước tiểu sau khi tái tưới máu của thận. Chúng tôi gặp 2 trường hợp (1%) sau khi thả kẹp mạch máu thận hồng, mật độ mềm không căng do mạch thận bị co thắt, sau đắp gạc tưới lidocain 1% khoảng 15 phút mạch máu giãn trở lại, thận bài tiết nước tiểu ngay sau đó. 01 trường hợp (0,5%) thận ghép có vùng tím nhỏ ở cực dưới do 1 nhánh nhỏ động mạch thận bị đứt trong lúc lấy thận, mặc dù được nối lại nhưng mạch không thông, thận vẫn bài tiết nước tiểu ngay sau khi thả kẹp mạch máu.

Theo dõi sau ghép thận để kịp thời phát hiện các biến chứng do phẫu thuật chúng tôi thực hiện siêu âm thận ghép thường quy, với ưu điểm để thực hiện có thể làm ngay tại buồng bệnh, là thăm dò không xâm nhập, cho kết quả nhanh và chính xác. Thông qua siêu âm để phát hiện tình trạng tụ máu, dịch quanh thận ghép, siêu âm doppler đánh giá lưu thông của các miệng nối và tưới máu thận thông qua đo chỉ số sức cản động mạch (RI). Chúng tôi gặp 2 BN (1%) có tụ máu

quanh thận ghép trong đó có 1 BN (0,5%) lượng máu tụ không tăng thêm và chức năng thận ghép ổn định nên không cần can thiệp gì, 1 BN (0,5%) khối máu tụ to chèn ép thận ghép làm thận suy giảm chức năng nên chúng tôi phải lọc máu 02 lần sau mổ, qua theo dõi thấy khối máu tụ không tăng thêm và chức năng thận ổn định trở lại nên cũng không phải can thiệp ngoại khoa.

Đánh giá chức năng thận sau ghép BN được làm xét nghiệm định lượng nồng độ creatinin huyết thanh hàng ngày. Có 99 trường hợp (51,3%) nồng độ creatinin huyết thanh về mức bình thường trước khi BN ra viện, các trường hợp khác nồng độ huyết thanh của BN lúc ra viện ở mức suy thận giai đoạn I - II. Có 01 trường hợp nồng độ creatinin huyết thanh khi ra viện là 326, đây là trường hợp sau ghép có tụ máu quanh thận ghép gây suy giảm chức năng thận ghép phải lọc máu 02 lần, mặc dù nồng độ creatinin huyết thanh còn cao nhưng qua theo dõi chúng tôi thấy có xu hướng giảm dần, lượng nước tiểu ổn định khoảng 2000 ml/ngày, khối máu tụ không tăng thêm nên vẫn cho bệnh nhân ra viện để theo dõi và điều trị ngoại trú.

Chức năng thận sau ghép bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như: sự hòa hợp về miễn dịch giữa người cho và người nhận thận, tình trạng thải ghép sau mổ, chất lượng của kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận ...

V. KẾT LUẬN

Ghép thận với thận ghép lấy từ người cho sống có mạch máu thận bình thường tại Bệnh viện Việt Đức là an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công cao, ít biến chứng với cả người cho và người nhận thận.

Qua 193 Bn ghép thận từ người cho sống, thận ghép có mạch máu bình thường thu được kết quả: 100% miệng nối mạch máu thông, 100% thận ghép bài xuất nước tiểu ngay trên bàn mổ, 99% thận ghép được tưới máu tốt sau bỏ kẹp mạch máu, 51,3% nồng độ creatinin về bình thường trước khi ra viện, 1% có tụ máu quanh thận ghép nhưng không cần can thiệp ngoại khoa, không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ y tế (2002)**, Quy trình ghép thận từ người sống cho thận, Hội đồng tư vấn chuyên môn ghép tạng quốc gia, Hà Nội.
2. **Cagatay Aydın và các cộng sự (2004)**, "The outcome of kidney transplants with multiple renal arteries", BMC Surg. 4, pp. 4.
3. **Nguyễn Duy Điền. và các cộng sự (2017)**, "Kết quả ghép thận có nhiều động mạch thận từ người cho sống tại Bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y

- được học, Đại học Y Dược Huế, pp. 328-332.
4. **Dư Thị Ngọc Thu và cs (2010)**, "Ghép thần phải vào hồ chậu phải với kỹ thuật chuyển vị mạch máu trong ghép thần tại Bệnh viện Chợ Rẫy", *Kỹ yếu công trình ghép thần Bệnh viện Chợ Rẫy 1992-2010*, pp. 105-111.
 5. **Frank H. Netter và MD (2015)**, *Atlas Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học.
 6. **Hoàng Mạnh An và cộng sự (2012)**, "Kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thần qua 98 trường tại bệnh viện 103", *Tạp chí y học quân sự*. 5 (37), pp. 116-121.
 7. **Lê Anh Tuấn và Hoàng Mạnh An (2017)**, "Kỹ thuật ngoại khoa trong ghép thần ở người nhận thần từ người cho sống tại bệnh viện Quân y 103 giai đoạn 2011-2016", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 21, pp. 62-67.
 8. **Lê Anh Tuấn, Nguyễn Trường Giang và Hoàng Mạnh An (2016)**, "Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu mạch máu của thần ghép, kỹ thuật và kết quả khâu nối mạch máu trong ghép thần tại Bệnh viện Quân y 103", *Y học TP Hồ Chí Minh*. 20-4, pp. 86-90.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NẠP VÍT ĐIỀU TRỊ GỠ CỘT SỐNG NGỰC THẮT LƯNG MẤT VỮNG ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Vũ Minh Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật nạp vít điều trị gãy cột sống ngực-thắt lưng mất vững đơn thuần tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 45 bệnh nhân gãy cột sống ngực thắt lưng mất vững đơn thuần được mổ cố định nạp vít qua cuống. **Kết quả:** 45 bệnh nhân gồm 22 nam, 23 nữ; tuổi trung bình 31,5 (từ 16 đến 69 tuổi); nguyên nhân gặp nhiều nhất do ngã cao 49,1%; tỉ lệ không được sơ cứu là 13,2%. Lâm sàng đa số gặp đau lưng, hạn chế vận động cột sống, co cứng cơ cạnh sống gặp 86,8%, gờ cột sống 37,7%; Vị trí gãy nhiều nhất là L1(48,9%) tiếp đến là D 12 (37,8%); Đa số gãy một đốt sống (91,1%); Phương pháp cố định xương gãy là nạp vít qua cuống. Kết quả sau mổ tốt 95,5%, không có kết quả xấu. **Kết luận:** Gãy cột sống ngực thắt lưng mất vững đơn thuần thường gặp ở độ tuổi lao động, vị trí gặp nhiều là đốt sống L1, đa số gãy một đốt sống; phương pháp cố định nạp vít qua cuống sống tương đối an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Gãy cột sống ngực thắt lưng

SUMMARY

SURGICAL RESULT OF SIMPLY UNSTABLE THORACIC-LUMBAR SPINAL FRACTURE IN THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Reviewing surgical result of simply unstable thoracic-lumbar spinal fracture in Thai Binh medical university hospital. **Method:** cross-sectional study conducted among 45 patients having simply unstable thoracic-lumbar spinal who were fixed with pedicle screws. **Results:** 45 patients, including 22 male, 23 female; The average age of 31.5 (from 16 to 69 years old); Most common cause was falling from a height, 49.1%; the rate of patients who had no first-aid was 13.2%. Clinical symptoms, back pain, limited

movement of the spine, muscular spasticity, witnessed 86.8%, humpback: 37.7%; Most common position was L1 (48.9%) followed by the D 12 (37.8%); most of patients had fracture in only vertebra (91.1%); Method of fixation was pedicle screw. Good postoperative results 95.5%, with no bad results. **Conclusion:** simply unstable thoracic lumbar fracture was common in working age, most common fracture was at L1 vertebra, most of patients had only vertebra fracture; Fixation method was to use pedicle screw which was relatively safe and effective.

Keywords: thoracic-lumbar spinal fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống chiếm 3-6% trong các loại gãy xương, trong đó chấn thương đoạn ngực-thắt lưng chiếm khoảng 70%. Chấn thương cột sống-tủy sống thường gây ra những tổn thương phức tạp ở cột sống, để lại những di chứng nặng nề, mặt khác chấn thương cột sống đơn thuần mất vững nếu không điều trị đúng cũng có thể gây ra những di chứng bị đau lưng kéo dài, biến dạng gù, tổn thương chèn ép rễ làm ảnh hưởng lớn tới chất lượng cột sống của người bệnh. Chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật nắn chỉnh, nạp vít qua cuống những bệnh nhân gãy mất vững đoạn cột sống thắt lưng đơn thuần nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị loại gãy này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa bàn, thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2011 đến tháng 5 năm 2016 tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình

2. Đối tượng nghiên cứu: 45 bệnh nhân gãy cột sống ngực thắt lưng mất vững đơn thuần được khám và điều trị phẫu thuật nạp vít qua cuống.

3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, ghi nhận triệu chứng lâm sàng, x-quang và đánh giá sau mổ.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải
Email: vuminhhai777@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.01.2019
Ngày phản biện khoa học: 28.2.2019
Ngày duyệt bài: 11.3.2019

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 18	1	2,2
18 - 30	13	28,9
31 - 50	25	55,6
> 50	6	13,2
Tổng	45	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 31,5 tuổi, nhỏ nhất là 16 lớn nhất là 69 tuổi. Phần lớn bệnh nhân tập trung ở độ tuổi (18 – 50) chiếm 84,5%. Nam có 22/45 bệnh nhân chiếm 48,9%, nữ chiếm 51,1%.

Bảng 3.2. Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân chấn thương	n	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	17	37,7
Ngã cao	22	49,1
Tai nạn sinh hoạt	6	13,2
Tổng	45	100

Nhận xét: Bệnh nhân chấn thương gây cột sống ngực – thắt lưng chủ yếu do tai nạn giao thông (37,7%) và tai nạn ngã cao (49,1%), tai nạn sinh hoạt ít gặp nhất với 6 bệnh nhân (13,2%).

Bảng 3.3. Các triệu chứng tại chỗ

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Đau vùng ngực – thắt lưng	45	100
Hạn chế vận động ngực – thắt lưng	45	100
Co cứng cơ cạnh sống	39	86,8
Biến dạng gù cột sống	17	37,7
Gián đoạn dây chằng liên gai sau	6	13,2

Nhận xét: Tất cả 45 bệnh nhân (100%) trong nghiên cứu đều có các triệu chứng đau và hạn chế vận động vùng ngực – thắt lưng. Co cứng cơ cạnh sống có 39/45 bệnh nhân chiếm 86,8%, biến dạng cột sống có 17 bệnh nhân (37,7%), gián đoạn dây chằng liên gai sau gặp ít nhất với 6 trường hợp chiếm 13,2%.

Bảng 3.4. Tổn thương trên X-quang qui ước và chụp cắt lớp vi tính

Loại tổn thương	X-quang		CLVT	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Vỡ thân đốt	45	100	45	100
Vỡ cuống sống	2	4,5	6	13,2
Vỡ cung sau	0	0,0	6	13,2
Gãy mỏm ngang	13	28,9	13	28,9

Nhận xét: Trên phim x-quang phát hiện 45 bệnh nhân (100%) vỡ thân đốt, 2 bệnh nhân (4,5%) vỡ cuống sống, 13 bệnh nhân (28,9%) gãy mỏm ngang và không phát hiện trường hợp nào vỡ cung sau. Trên phim CLVT phát hiện 45 bệnh nhân (100%) vỡ thân đốt, 6 bệnh nhân (13,2%) vỡ cuống sống, 13 bệnh nhân (28,9%)

gãy mỏm ngang và 6 bệnh nhân (13,2%) vỡ cung sau mà trên x-quang không phát hiện được.

Bảng 3.5. Vị trí đốt sống tổn thương

Đốt sống tổn thương	n	Tỷ lệ %
T ₁₀	0	0
T ₁₁	4	8,8
T ₁₂	17	37,8
L ₁	22	48,9
L ₂	2	4,5

Nhận xét: Qua bảng kết quả trên ta thấy vị trí tổn thương thường gặp nhất ở vùng chuyển tiếp là đốt sống ngực 12 (37,8%) và đốt sống thắt lưng 1 (48,9%).

Bảng 3.6. Tỷ lệ theo kiểu gãy theo phân loại Denis

Kiểu gãy	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Loại 1	13	28,9
Loại 2	31	68,9
Loại 3	1	2,2
Loại 4	0	0,0
Tổng cộng	45	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất gãy loại 2 với 31 bệnh nhân (68,9%), gãy loại 1 có 13 bệnh nhân (28,9%), chỉ có 1 bệnh nhân (2,2%) gãy kèm trật đốt sống.

Bảng 3.7. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cổ định nẹp vít	17	37,9
Cổ định nẹp vít + giải ép	6	13,2
Cổ định nẹp vít + giải ép + ghép xương	22	48,9
Tổng	45	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 17 bệnh nhân (37,9%) được phẫu thuật cổ định nẹp vít, 6 bệnh nhân (13,2%) được phẫu thuật cổ định nẹp vít + giải ép, 22 bệnh nhân (48,9%) được phẫu thuật cổ định nẹp vít + giải ép + ghép xương.

Bảng 3.8. Đánh giá kết quả chung

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	43	95,5
Khá	2	4,5
Trung bình	0	0,0
Kém	0	0,0

Nhận xét: Trong 45 bệnh nhân được phẫu thuật, có 43 bệnh nhân (95,5%) đạt kết quả tốt, 2 bệnh nhân (4,5%) đạt kết quả khá, không có trường hợp nào trung bình, kém.

IV. BÀN LUẬN

1. Tuổi, giới: 45 bệnh nhân gãy cột sống ngực - thắt lưng mất vững đơn thuần được phẫu thuật tại khoa Chấn thương Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi và lớn nhất là 69 tuổi, tuổi trung bình là 31,45 ± 3,52 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi 18 – 50 chiếm tỷ lệ cao nhất 84,5%, đây là lứa tuổi lao động, hoạt

động chính vì vậy chấn thương cột sống lưng thắt lưng cần được điều trị để lấy lại khả năng lao động của bệnh nhân và tạo điều kiện tập phục hồi chức năng. Kết quả của chúng tôi tương đương thống kê của các tác giả Nguyễn Văn Thạch (2007) nghiên cứu bệnh nhân bị chấn thương cột sống lưng thắt lưng có độ tuổi trung bình là 35,5. Nguyễn Đức Nghĩa (2004) tuổi trung bình là 34 [3].

Tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1:1. Kết quả này cũng tương tự với kết quả thống kê của một số tác giả trong nước như: Nguyễn Văn Thạch, Vũ Tam Tinh [1,4].

2. Nguyên nhân gây cột sống: Nguyên nhân chấn thương do tai nạn lao động ngã cao chiếm tỷ lệ cao nhất (49,1%) trong nghiên cứu này, tai nạn giao thông gặp thứ 2 chiếm 37,7%, do tai nạn sinh hoạt chiếm 13,2%. Qua kết quả trên chúng tôi nhận thấy rằng nhóm người lao động có nguy cơ bị chấn thương nhiều hơn. Theo thống kê của một số tác giả thì kết quả cũng tương đương như: Nguyễn Văn Thạch (2007), Vũ Hùng Liên. Kết quả nghiên cứu của Trương Văn Việt tại bệnh viện Chợ Rẫy thì nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn lao động 71,2%, tai nạn giao thông là 20% [2,4].

3. Triệu chứng lâm sàng: Chúng tôi nhận thấy 100% bệnh nhân có triệu chứng đau lưng và điểm đau cột sống, tăng trương lực cơ cạnh sống và hạn chế vận động cột sống. Cơ cứng cơ cạnh sống có 39/45 bệnh nhân chiếm 86,8%, biến dạng cột sống có 17 bệnh nhân (37,7%), gián đoạn dây chằng liên gai sau gặp ít nhất với 6 trường hợp chiếm 13,2%. Đặc biệt triệu chứng biến dạng cột sống cùng với gián đoạn dây chằng liên gai rất có giá trị khi thăm khám để chẩn đoán dấu hiệu mất vững cột sống. Triệu chứng đau chói vùng cột sống bị tổn thương gây hạn chế vận động, đau tăng khi vận động hai chân là đặc điểm nổi bật và luôn có. Mức độ đau tùy thuộc vào mức độ và cơ chế chấn thương, tất cả 45 bệnh nhân đều được dùng thuốc giảm đau khi vào viện.

4. Chẩn đoán hình ảnh: Trong nghiên cứu của chúng tôi trên phim X-quang phát hiện 45 bệnh nhân (100%) vỡ thân đốt, 2 bệnh nhân (4,5%) vỡ cung sống, 13 bệnh nhân (28,9%) gãy mòm ngang và không phát hiện trường hợp nào vỡ cung sau. Trên phim chụp cắt lớp vi tính phát hiện 45 bệnh nhân (100%) vỡ thân đốt, 6 bệnh nhân (13,2%) vỡ cung sống, 13 bệnh nhân (28,9%) gãy mòm ngang và 6 bệnh nhân (13,2%) vỡ cung sau mà trên X-quang không phát hiện được. Qua kết quả trên chúng tôi thấy

rằng, cắt lớp vi tính thể hiện sự ưu việt hơn so với phim chụp X-quang khi khảo sát tổn thương tại xương ở những vị trí mà khi chụp X-quang bị che lấp, khó phát hiện như tổn thương cung sống, tổn thương cung sau...

Vị trí đốt sống bị tổn thương là đặc điểm nổi bật trong chấn thương cột sống ngực thắt lưng. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là T12 và L1 với tỷ lệ 70,7%, điều này có thể lý giải đó là do đặc điểm giải phẫu của T12 và L1 vùng chuyển tiếp, nơi chuyển hướng cong của cột sống giữa vùng cột sống cổ định và vùng cột sống di động. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tổn thương ở đốt sống L1 là 22 bệnh nhân chiếm 49,1%, đốt sống ngực T12 là 17 bệnh nhân chiếm 37,7%, đốt sống ngực T11 có 6 bệnh nhân (13,2%), ít gặp hơn là đốt sống ngực 10 và đốt thắt lưng 2 đều có 2 bệnh nhân (4,5%). Tổn thương một thân đốt chiếm 41/45 bệnh nhân (91,1%), đây là loại tổn thương mà giới hạn tổn thương trên một đốt sống thể hiện rất rõ trên phim X-quang qui ước. Có 4/45 trường hợp tổn thương hai đốt sống liên tiếp trên cùng một đoạn, có 3 trường hợp gãy T12 – L1 và 1 trường hợp gãy L1 – L2. Theo Nguyễn Văn Thạch (2007) đốt L1 chiếm 47,8%, đốt L2 chiếm 35% và T12 chiếm 14,6% [4].

5. Kết quả phẫu thuật: Sau mổ các chỉ số đo góc gù và chiều cao thành trước thân đốt sống cải thiện rõ rệt. Trước mổ góc gù thân đốt là $28,79 \pm 7,58$ độ nhưng sau mổ nắn chỉnh giảm xuống rõ rệt còn $9,14 \pm 5,57$ độ. Góc gù vùng chấn thương trước mổ là $25,24 \pm 6,93$ độ, sau mổ $4,10 \pm 3,37$ độ. Giảm chiều cao thành trước thân đốt sống trước mổ là $50,31 \pm 13,48\%$, sau mổ chỉ còn $27,01 \pm 11,78\%$. Khi khám lại tỷ lệ góc gù thân đốt, góc gù vùng chấn thương và giảm chiều cao thành trước thân đốt sống không có sự khác biệt lớn so với ra viện. Nguyễn Đức Nghĩa với hệ thống khung Hartshill cải tiến đạt tỷ lệ cải thiện góc gù thân đốt trung bình là 67% và không có sự khác biệt sau phẫu thuật 12 tháng, tức là không có gù tái phát sau phẫu thuật 1 năm. Vũ Hùng Liên (2007), trong 71 trường hợp phẫu thuật chấn thương cột sống ngực – thắt lưng, tỷ lệ cải thiện 61,2%, tỷ lệ cải thiện góc gù 68,5% sau 1 năm không có gù tái phát [2]. Nguyễn Văn Thạch (2007) nghiên cứu 41 trường hợp phẫu thuật lỗi sau bằng hệ thống MOSS Miami, tỷ lệ cải thiện góc gù thân đốt là 70%, sau 3 tháng theo dõi không có sự thay đổi so với sau phẫu thuật [4].

Kết quả phẫu thuật 45 trường hợp chấn thương cột sống ngực-thắt lưng đơn thuần mất vững chúng tôi không gặp trường hợp nào tử vong, tổn thương thần kinh thứ phát hay diễn

biến nặng lên sau phẫu thuật. Có 43 bệnh nhân (95,5%) đạt kết quả tốt, 2 bệnh nhân (4,5%) đạt kết quả khá, không có trường hợp nào trung bình, kém.

V. KẾT LUẬN

Gãy cột sống ngực thắt lưng mất vững đơn thuần thường gặp ở độ tuổi lao động, vị trí gặp nhiều là đốt sống L1, đa số gây một đốt sống; phương pháp mổ cố định nẹp vít qua cuống sống tương đối an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Tam Tinh** (1996), *Điều trị gãy cột sống lưng thắt*

lưng với dụng cụ kết hợp xương gắn bám vào cuống sống và bản sống, Luận án tiến sĩ y khoa, trường ĐHYD TP.Hồ Chí Minh, Tp Hồ Chí Minh, tr.10- 17.

2. **Vũ Hùng Liên** (2006), "Các kỹ thuật cố định cột sống cổ ngực- thắt lưng phía sau", *Chấn thương cột sống- tủy sống và những vấn đề cơ bản*, NXB Y học, tr.203-224.
3. **Nguyễn Đức Nghĩa** (2004), *Nghiên cứu điều trị phẫu thuật gãy cột sống ngực- thắt lưng không vững có liệt tủy bằng khung Hartshill tại bệnh viện Saint Paul Hà Nội*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.135- 136.
4. **Nguyễn Văn Thạch** (2007), *Nghiên cứu điều trị gãy cột sống ngực thắt lưng không vững, không liệt tủy và liệt tủy không hoàn toàn bằng bộ dụng cụ MOSS Miami*. Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.

NỒNG ĐỘ YẾU TỔ TĂNG SINH TÂN MẠCH TRONG THỦY DỊCH TRƯỚC VÀ SAU TIÊM BEVACIZUMAB NỘI NHÃN ĐIỀU TRỊ BỆNH VỔNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TĂNG SINH

Nguyễn Tuấn Thanh Hảo¹, Phạm Trọng Văn², Vũ Tuấn Anh³

TÓM TẮT

Nghiên cứu nồng độ yếu tố tăng sinh tân mạch (VEGF) trong thủy dịch trước và sau tiêm nội nhãn Bevacizumab ở bệnh võng mạc do đái tháo đường tăng sinh và mối liên quan với đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng trên 48 mắt của 29 bệnh nhân có chỉ định tiêm bevacizumab nội nhãn tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng. Mẫu thủy dịch được lấy ngay trước và 1 tuần sau tiêm nội nhãn 1,25 mg Bevacizumab. Nồng độ VEGF thủy dịch trước tiêm là 474.23 ± 361.32 pg/ml giảm xuống chỉ còn 16.96 ± 18.11 pg/ml ($p = 0,000$) ở tất cả các mắt sau tiêm 1 tuần. Không có sự tương quan giữa nồng độ VEGF với tuổi, thời gian đái tháo đường, đường máu, HbA1C, thời gian nhìn mờ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ VEGF giữa các nhóm bệnh theo mức độ xuất huyết dịch kính, theo tình trạng bong võng mạc co kéo. Như vậy, nồng độ VEGF thủy dịch giảm đáng kể sau tiêm nội nhãn Bevacizumab ở bệnh võng mạc do đái tháo đường tăng sinh. Mối liên quan giữa nồng độ VEGF với các thông số lâm sàng cho hiểu biết tốt hơn về vai trò của VEGF trong tiến triển bệnh.

Từ khóa: bệnh võng mạc đái tháo đường, VEGF, Bevacizumab

SUMMARY

VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR IN AQUEOUS HUMOR BEFORE AND

AFTER INTRAVITREAL INJECTION OF BEVACIZUMAB TREATING PROLIFERATIVE DIABETIC RETINOPATHY

To study the concentration of vascular endothelial growth factor (VEGF) from the aqueous humor before and after intravitreal injection of Bevacizumab in eyes with proliferative diabetic retinopathy (PDR) and the correlation with the disease. In this prospective, interventional case series, 1,25 mg of Bevacizumab was injected into the vitreous cavity to treat PDR in 48 eyes of 29 patients. Aqueous humor samples were obtained before intravitreal injection of Bevacizumab and 1 week after. VEGF concentration from 474.23 ± 361.32 pg/ml decreased to 16.96 ± 18.11 pg/ml ($p < 0,001$) at 1 week after injection. There was no correlation between VEGF concentration with the age, diabetic duration, glycemia, HbA1C. There were no differences in levels of VEGF between groups according to the vitreous haemorrhage, tractional retinal detachment. The correlation between the VEGF concentration with the disease parameters provide a better understanding of the role of VEGF in unclear pathogenesis of PDR.

Keys: proliferative diabetic retinopathy, VEGF, Bevacizumab

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh võng mạc do đái tháo đường (VMĐTĐ) tăng sinh là bệnh lý thường gặp, đe dọa thị lực ở bệnh nhân đái tháo đường. Cho đến nay, sinh bệnh học của bệnh VMĐTĐ vẫn chưa rõ ràng. Đái tháo đường gây tắc nghẽn vi mạch dẫn đến thiếu máu võng mạc và dò rỉ dịch trong võng mạc. Võng mạc thiếu máu tiết ra yếu tố tăng sinh tân mạch (VEGF) vào trong dịch kính [1],[2],[3]. VEGF là yếu tố sinh mạch chủ chốt

¹Bệnh viện Mắt Đà Nẵng,

²Đại Học Y Hà Nội,

³Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Anh

Email: vta.oph@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2019

Ngày duyệt bài: 14.3.2019

gây tăng tính thấm mạch dẫn đến phù hoàng điểm và sinh tân mạch. Nồng độ yếu tố VEGF tăng cả trong dịch kính và thủy dịch ở bệnh VMĐTĐ tiến triển [2],[3].

Bevacizumab (Avastin, Genentech Inc.) là một trong những thuốc kháng VEGF được sử dụng rất hiệu quả, an toàn cho nhiều bệnh lý mạch máu võng mạc trong đó có bệnh VMĐTĐ. Bevacizumab tiêm nội nhãn làm giảm nồng độ yếu tố tăng sinh tân mạch gây thoái triển tân mạch võng mạc ở bệnh VMĐTĐ tăng sinh.

Trên thế giới, những nghiên cứu đã cho thấy tiêm bevacizumab nội nhãn làm giảm đáng kể nồng độ VEGF trong thủy dịch ở bệnh VMĐTĐ và có sự liên quan giữa nồng độ VEGF nội nhãn với mức độ bệnh VMĐTĐ [2].[4].[5].[6].[7].[8]. Một số nghiên cứu cho thấy nồng độ VEGF nội nhãn không có mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng của bệnh, từ đó giải thích cơ chế bệnh sinh đa yếu tố phức tạp còn chưa rõ ràng của bệnh ngoài vai trò quan trọng của VEGF có thể còn có vai trò của những cytokines khác [5].[6].[8].

Ở Việt Nam đã có vài nghiên cứu về hiệu quả lâm sàng của bevacizumab trong điều trị bệnh lý mạch máu võng mạc. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về nồng độ yếu tố tăng sinh tân mạch ở bệnh võng mạc do ĐTĐ. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm so sánh nồng độ yếu tố tăng sinh tân mạch trong thủy dịch trước và sau tiêm nội nhãn bevacizumab ở bệnh VMĐTĐ tăng sinh và tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ yếu tố tăng sinh tân mạch với đặc điểm lâm sàng của bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh VMĐTĐ tăng sinh, có chỉ định tiêm Bevacizumab nội nhãn đến khám tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ 01/2016 đến 05/2018. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch hay đột quỵ, bệnh nhân dị ứng với Bevacizumab, đang có nhiễm trùng cấp tính tại mắt, đã tiêm các thuốc nội nhãn như Triamcinolone, thuốc ức chế VEGF, đã laser võng mạc, đã phẫu thuật dịch kính trong vòng 3 tháng trước khi nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 48 mắt của 29 bệnh nhân.

1. Đặc điểm mẫu bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất – lớn nhất
Tuổi (năm)	53,17 $\pm$ 7,97	33 – 70
Giới tính (nam/nữ)	14/15	—

2. Phương pháp

- **Thiết kế nghiên cứu:** theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng.

- **Các bước nghiên cứu:** Khám sàng lọc xác định bệnh nhân có bệnh VMĐTĐ tăng sinh có chỉ định tiêm Bevacizumab nội nhãn

+ Quy trình khám ghi nhận bệnh gồm: Đo thị lực có chỉnh kính, khám sinh hiển vi, chụp hình màu đáy mắt, chụp mạch huỳnh quang, chụp cắt lớp quang học (OCT) hoàng điểm trước và sau tiêm 1 tuần.

+ Lấy mẫu bệnh phẩm thủy dịch trước và sau tiêm Bevacizumab 1 tuần, ngay trước khi tiêm nội nhãn và ngay trước khi mổ cắt dịch kính ở nhóm bệnh nhân xuất huyết dịch kính và bong võng mạc.

+ Đo nồng độ yếu tố tăng sinh tân mạch trong thủy dịch trước và sau tiêm 1 tuần bằng phương pháp định lượng elisa với kit elisa mã số DVE00 (R&D System).

- **Xử lý số liệu:** Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm toán học SPSS 20.0. Dữ liệu được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Sử dụng test T – student, kiểm định Pearson, giá trị p, tỉ lệ % để so sánh, xác định sự khác biệt và tìm mối liên quan.

3. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự thông qua của Hội đồng giáo sư chấm thi đề cương nghiên cứu của nghiên cứu sinh trường Đại học Y Hà Nội.

- Nghiên cứu được sự chấp nhận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Hà Nội, của Ban giám đốc, hội đồng khoa học, hội đồng y đức của Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

- Tất cả các bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đều được giải thích, tư vấn kỹ về bệnh, hướng điều trị, tác dụng không mong muốn có thể gặp, mục đích của nghiên cứu. Chỉ đưa vào danh sách những bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu không bị phân biệt đối xử.

- Đối tượng nghiên cứu có thể từ chối tham gia nghiên cứu ở bất cứ giai đoạn nào trong quá trình nghiên cứu.

- Tất cả BN thuộc nhóm nghiên cứu đều được quyền điều trị và theo dõi.

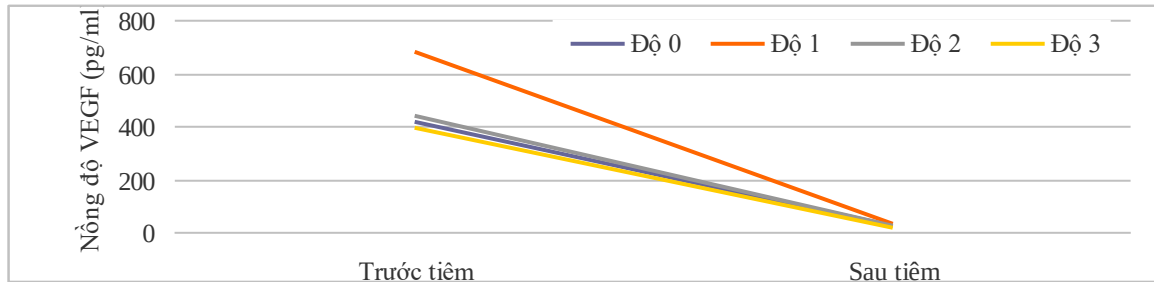
Đái tháo đường (type 1/type 2)	4/25	—
Thời gian mắc đái tháo đường (năm)	12,24 ± 6,40	1 – 24
Glucose máu đói (mmol/l)	8,15 ± 2,41	4,50 – 13,20
HbA1c (%)	7,76 ± 2,16	3,90 – 15,00

2. So sánh nồng độ yếu tố tăng sinh tân mạch trước và sau tiêm nội nhãn Bevacizumab

Bảng 2. Nồng độ VEGF trước và sau tiêm ở tất cả bệnh nhân nghiên cứu

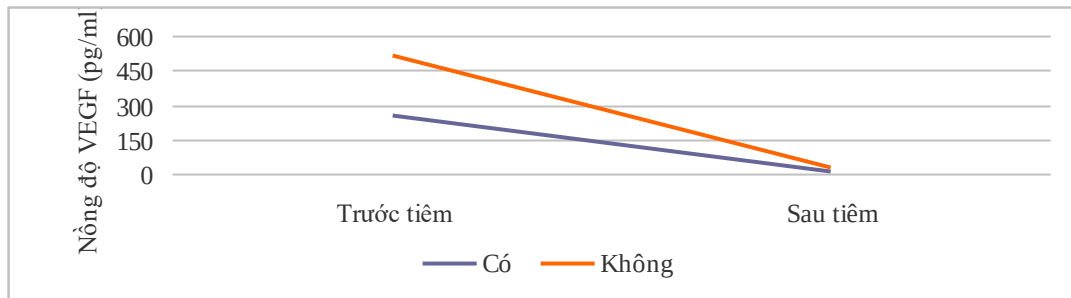
Nồng độ VEGF (pg/ml)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	p
Trước tiêm	474.23 ± 361.32	0,000
Sau tiêm	16.96 ± 18.11	

Nồng độ VEGF sau tiêm giảm so với trước tiêm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$).



Biểu đồ 1. Nồng độ VEGF (pg/ml) trước và sau tiêm theo mức độ xuất huyết dịch kính

Ở cả 4 nhóm bệnh phân loại theo mức độ xuất huyết dịch kính, nồng độ VEGF sau tiêm đều giảm khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước tiêm (p lần lượt = 0,000 ; 0,003; 0,018; 0,003).

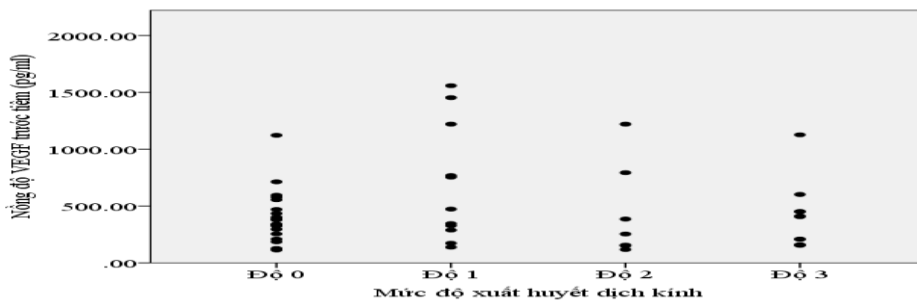


Biểu đồ 2. Nồng độ VEGF (pg/ml) trước và sau tiêm theo tình trạng bong võng mạc cơ kéo

Ở cả 2 nhóm có và không có bong võng mạc cơ kéo, nồng độ VEGF sau tiêm đều giảm so với trước tiêm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,012$ và $p = 0,000$).

3. Mối liên quan giữa nồng độ yếu tố VEGF với biểu hiện lâm sàng

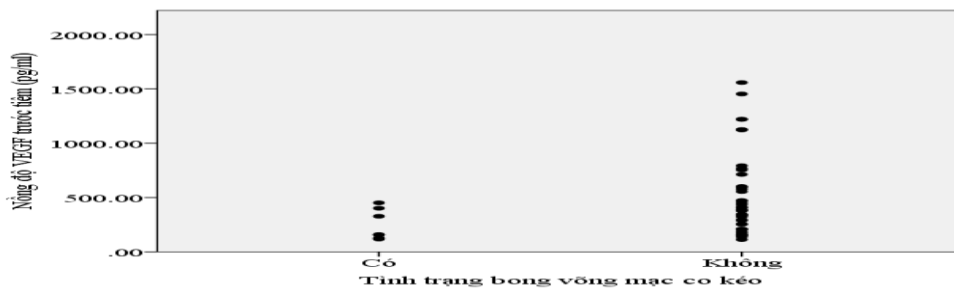
Không có sự tương quan giữa nồng độ VEGF thủy dịch với tuổi, đường máu, HbA1C, thời gian mắc đái tháo đường, thời gian nhìn mờ ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3. Khác biệt nồng độ VEGF theo mức độ xuất huyết dịch kính

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ VEGF giữa 4 nhóm bệnh VMĐTĐ tăng sinh phân loại theo mức độ xuất huyết dịch kính ($p = 0,472$).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ VEGF giữa 2 nhóm bệnh VMĐTĐ tăng sinh có bong võng mạc cơ kéo và không có bong võng mạc cơ kéo ($p = 0,135$).



Biểu đồ 4. Khác biệt nồng độ VEGF theo tình trạng bong võng mạc co kéo

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ VEGF thủy dịch trước tiêm trung bình là 474.23 ± 361.32 pg/ml đã giảm xuống chỉ còn 16.96 ± 18.11 pg/ml sau tiêm nội nhãn 1 tuần. Tiêm nội nhãn Bevacizumab làm giảm nồng độ yếu tố VEGF thủy dịch xuống gấp hơn 20 lần. Kết quả tương tự cũng đã được công bố bởi nhiều tác giả khác trên thế giới [4],[5],[6],[7],[8]. Sự khác biệt này cũng xảy ra ở từng nhóm bệnh nhân phân loại theo mức độ xuất huyết dịch kính, theo tình trạng bong võng mạc co kéo.

Nồng độ yếu tố VEGF tăng cả trong dịch kính và thủy dịch ở bệnh VMĐTĐ tiến triển [1],[2],[3]. Nghiên cứu của chúng tôi đo nồng độ VEGF trong thủy dịch vì lấy mẫu thủy dịch thì dễ dàng và an toàn hơn nhiều so với lấy mẫu dịch kính. Những nghiên cứu khác trên thế giới cũng đã cho thấy tiêm nội nhãn thuốc kháng VEGF làm giảm đáng kể nồng độ yếu tố VEGF nội nhãn ở bệnh VMĐTĐ tăng sinh [4],[5],[6],[7],[8].

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa nồng độ VEGF trước tiêm với các thông số tuổi, đường máu, HbA1C, thời gian mắc đái tháo đường, thời gian nhìn mờ ($p > 0,05$). Mức glucose máu hay HbA1C ngay tại thời điểm nghiên cứu không phản ánh hết được thực sự quá trình kiểm soát đường máu của bệnh nhân trong suốt quá trình diễn tiến lâu dài gây ra biến chứng võng mạc do đái tháo đường. Kết quả này là phù hợp với những nghiên cứu khác trên thế giới [4],[5],[7],[8].

Mối liên quan giữa nồng độ VEGF nội nhãn với tình trạng xuất huyết dịch kính ở bệnh VMĐTĐ tăng sinh cũng vẫn còn chưa rõ ràng. Nghiên cứu của Adamis và cộng sự (1994) thì cho rằng có mối liên quan giữa nồng độ VEGF nội nhãn với xuất huyết dịch kính ở bệnh VMĐTĐ và nghĩ rằng điều này là hợp lý do xuất huyết dịch kính có liên quan với tân mạch võng mạc [3]. Tuy nhiên hầu hết những nghiên cứu mới sau này đều cho thấy nồng độ VEGF nội nhãn không có mối liên quan với mức độ xuất huyết

dịch kính ở bệnh VMĐTĐ bởi vì mức độ xuất huyết dịch kính còn phụ thuộc vào thời gian nên xuất huyết có thể tiêu giảm đi. Nghiên cứu của Futnasa và cộng sự (2004) trên 61 mắt bệnh VMĐTĐ tăng sinh trong đó có 33 mắt có xuất huyết dịch kính cho thấy không có mối liên quan giữa nồng độ VEGF nội nhãn với mức độ xuất huyết dịch kính với $p = 0,3001$ [9]. Nghiên cứu của Praidou và cộng sự (2009) trên 33 mắt bệnh VMĐTĐ tăng sinh cũng cho thấy không có mối liên quan giữa nồng độ VEGF nội nhãn với mức độ xuất huyết dịch kính [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với kết quả của những nghiên cứu mới sau này.

Khi bệnh VMĐTĐ tăng sinh tiến triển, sự co kéo những nguyên bào sợi trong màng xơ mạch trước võng mạc gây bong võng mạc co kéo, co kéo hoàng điểm và có thể kèm rách võng mạc. Tăng sinh tế bào đệm dẫn đến hình thành màng xơ mạch. Khi màng xơ mạch co kéo sẽ gây bong võng mạc co kéo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ VEGF không có liên quan với tình trạng bong võng mạc là phù hợp với kết quả của những nghiên cứu khác trên thế giới [9],[10].

V. KẾT LUẬN

Nồng độ VEGF trong thủy dịch giảm đáng kể sau tiêm nội nhãn Bevacizumab ở bệnh VMĐTĐ tăng sinh. Mối liên quan giữa nồng độ VEGF với các thông số lâm sàng giúp hiểu biết tốt hơn về vai trò của VEGF trong tiến lượng bệnh.

Lời cảm ơn: Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Bộ môn Mắt, Đại học Y Hà Nội, Lãnh đạo Bệnh viện Mắt Đà Nẵng, tập thể khoa Đáy mắt Bệnh viện Mắt Đà Nẵng đã giúp đỡ tạo điều kiện thuận lợi để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Funatsu H., Yamashita H. et al. (2002). Increased levels of vascular endothelial growth factor and interleukin-6 in the aqueous humor of diabetics with macular edema. Am J Ophthalmol. 133 (1). 70-77.

2. Funatsu H., Yamashita H. et al. (2005). Aqueous humor levels of cytokines are related to vitreous levels and progression of diabetic retinopathy in diabetic patients. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* **243** (1). 3-8.
3. Adamis A. P., Miller J. W. et al. (1994), "Increased vascular endothelial growth factor levels in the vitreous of eyes with proliferative diabetic retinopathy", *Am J Ophthalmol.* **118** (4), pp. 445-450.
4. Sawada O., Kawamura H. et al. (2007). Vascular endothelial growth factor in aqueous humor before and after intravitreal injection of bevacizumab in eyes with diabetic retinopathy. *Arch Ophthalmol.* **125** (10). 1363-1366.
5. Costagliola C., Daniele A. et al. (2013). Aqueous humor levels of vascular endothelial growth factor and adiponectin in patients with type 2 diabetes before and after intravitreal bevacizumab injection. *Exp Eye Res.* **110**. 50-54.
6. Li J. K., Wei F. et al. (2015). Changes in vitreous VEGF, bFGF and fibrosis in proliferative diabetic retinopathy after intravitreal bevacizumab. *Int J Ophthalmol.* **8** (6). 1202-1206.
7. Yan Ma et al (2012). Vascular endothelial growth factor in plasma and vitreous fluid of patients with proliferative diabetic retinopathy after intravitreal injection of bevacizumab *Am J Ophthalmol* **153**, 307-313.
8. Suzuki Y., Suzuki K. et al. (2014). Effects of intravitreal injection of bevacizumab on inflammatory cytokines in the vitreous with proliferative diabetic retinopathy. *Retina.* **34** (1). 165-171.
9. Funatsu H., Yamashita H. et al. (2004). Risk evaluation of outcome of vitreous surgery for proliferative diabetic retinopathy based on vitreous levels of vascular endothelial growth factor and angiotensin II. *Br J Ophthalmol.* **88**. 1064-1068.
10. Anna Praidou et al (2009). Vitreous and serum levels of platelet-derived growth factor and their correlation in patients with proliferative diabetic retinopathy. *Curent Eye Research.* **34**. 152-161.

KHẢO SÁT CHI PHÍ THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ NGOẠI TRÚ TẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH ĐỒNG THÁP NĂM 2015

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Võ Phạm Hào²

TÓM TẮT

Thực trạng sử dụng quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các cơ sở khám chữa bệnh là vấn đề rất đáng quan tâm những năm gần đây trong bối cảnh tình trạng vượt quỹ bảo hiểm y tế ngày càng phổ biến. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành dựa trên dữ liệu hồi cứu năm 2015 của tất cả bệnh viện trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp nhằm phân tích chi phí thanh toán bảo hiểm y tế cho người bệnh ngoại trú. Kết quả cho thấy chi phí trung bình cho mỗi lượt khám chữa bệnh cao nhất ở bệnh viện tuyến tỉnh và hạng 1. Chi phí điều trị cho bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ và trái tuyến cao hơn đúng tuyến. Trong cấu trúc tổng chi, chi phí thuốc là nhóm chi phí chiếm tỷ trọng cao nhất. Và chi phí điều trị bệnh đường hô hấp có giá trị cao nhất, kế đến là bệnh cơ xương khớp – mô liên kết và hệ tuần hoàn.

Từ khóa: thanh toán, bảo hiểm y tế, Đồng Tháp, khám chữa bệnh ngoại trú, chi phí

SUMMARY

SURVEY OF INSURANCE PAYMENT FOR OUTPATIENT TREATMENT IN MEDICAL FACILITIES IN DONG THAP PROVINCE IN 2015

The purpose of the study was to survey the actual status of using health insurance in health care facilities

in Dong Thap province in 2015. A cross-sectional study based on treatment data in all hospitals in Dong Thap province in 2015 has been conducted to evaluate the insurance payment for patients, treated in hospitals. Total outpatient cost was highest at provincial hospital and first-class hospital. The cost of treatment for male patients is higher than that of female patients. In the total expenditure structure, drug cost was the highest proportion of expenditure. And the cost of treatment respiratory disease was the highest, followed by Musculoskeletal – Connective Tissue Disorders and Circulatory system disease.

Keywords: payment, insurance, Dong Thap, inpatient treatment, cost

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay với nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng, mô hình bệnh tật càng đa dạng dẫn đến sự gia tăng đáng kể chi phí điều trị. Việc thực hiện bảo hiểm y tế (BHYT) tại Việt Nam gặp không ít khó khăn với thực trạng leo thang chi phí y tế ngày càng phổ biến trong bối cảnh ngân sách y tế ngày càng eo hẹp dẫn đến tình trạng mất cân đối thu chi và gây gánh nặng lớn lên quỹ BHYT. Chính vì vậy để có cái nhìn khách quan về thực trạng thanh toán BHYT tạo cơ sở xây dựng các chính sách y tế phù hợp cần thiết phải đánh giá chi phí trên mỗi lượt khám chữa bệnh (KCB) BHYT. Hiện tại đã có nhiều nghiên cứu khảo sát thực trạng thanh toán chi phí KCB BHYT được thực hiện [1,2]. Tuy nhiên vẫn chưa đánh giá được thực trạng thanh toán BHYT trên địa bàn toàn tỉnh, cũng như hiện tại chưa có

¹Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bảo hiểm xã hội tỉnh Đồng Tháp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: nguyenthuthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2019

Ngày duyệt bài: 14.3.2019

ngiên cứu đánh giá thực trạng thanh toán chi phí KCB BHYT ngoại trú tại tỉnh Đồng Tháp. Vì vậy để có cái nhìn tổng quan về thực trạng thanh toán BHYT ngoại trú tại các cơ sở khám chữa bệnh tại tỉnh Đồng Tháp, đề tài "Khảo sát chi phí thanh toán bảo hiểm y tế ngoại trú tại các cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp năm 2015" được thực hiện với các mục tiêu sau:

1. Khảo sát thực trạng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú tại tỉnh Đồng Tháp năm 2015
2. Khảo sát chi phí thanh toán bảo hiểm y tế trung bình trên mỗi lượt khám chữa bệnh

Bảng 5. Các biến số nghiên cứu

Nhóm biến số nghiên cứu	Biến số nghiên cứu	Cách thống kê
Thực trạng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú	Tuổi, giới tính, tuyến bệnh viện, hạng bệnh viện, mức hưởng BHYT, tuyến điều trị, nhóm bệnh phổ biến	Số lượt KCB (tỷ lệ phần trăm) hoặc giá trị trung bình (độ lệch chuẩn) theo các biến số nghiên cứu
Chi phí thanh toán bảo hiểm y tế trung bình trên mỗi lượt khám chữa bệnh ngoại trú	Giá trị chi phí	Giá trị trung bình (độ lệch chuẩn)
	Cấu trúc chi phí - Tuyến bệnh viện - Hạng bệnh viện - Tuyến điều trị - Mức hưởng BHYT - Dịch vụ y tế - Nhóm bệnh phổ biến	Giá trị trung bình (độ lệch chuẩn) theo: - Tuyến tỉnh, huyện, xã - Hạng bệnh viện I, II, III, IV - Đứng tuyến/trái tuyến - 80%, 95%, 100% - Thuốc, xét nghiệm, phẫu thuật thủ thuật, khám, khác - Hô hấp, tiêu hóa, cơ xương khớp, nội tiết dinh dưỡng, tuần hoàn

Thống kê và xử lý số liệu: Dữ liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm R với kết quả được trình bày ở dạng hình và bảng. Sự khác biệt trong chi phí giữa các nhóm được đánh giá thông qua kiểm định giả thiết thống kê bằng các phép kiểm phù hợp (t-test, anova) với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Thực trạng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú năm 2015 tại tỉnh Đồng Tháp: Với 3.358.561 lượt KCB BHYT ngoại trú năm 2015 tại các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp, đề tài ghi nhận thực trạng KCB được trình bày trong bảng 2.

Bảng 6. Thực trạng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú

Đặc điểm	GTTB (ĐLC) Tần số (%)	Đặc điểm	GTTB (ĐLC) Tần số (%)
Giới tính		Tuổi	45,6 (24,1%)
Nam	1.495.048 (44,5%)	Tuyến điều trị	
Nữ	1.863.513 (55,5%)	Đứng tuyến	3.152.510 (93,9%)
Tuyến bệnh viện		Trái tuyến	206.051 (6,1%)
Xã	1.109.864 (33,0%)	Nhóm bệnh	
Huyện	1.075.612 (32,0%)	Bệnh hô hấp	966.385 (28,8%)
Tỉnh	1.173.085 (34,9%)	Bệnh hệ tuần hoàn	657.834 (19,6%)
Hạng bệnh viện		Bệnh hệ cơ – xương khớp và mô liên kết	556.315 (16,6%)
1	335.800 (10,0%)	Bệnh hệ tiêu hóa	303.821 (9,0%)
2	340.268 (10,1%)	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	192.554 (5,7%)
3	1.572.782 (46,8%)	Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	138.888 (4,1%)
4	1.109.711 (33,0%)	Bệnh thần kinh	78.638 (2,3%)
Mức hưởng		Các bệnh da và tổ chức da	70.702 (2,1%)
80%	2.108.718 (62,8%)	Bệnh hệ sinh dục – tiết niệu	66.787 (2,0%)
95%	320.254 (9,5%)	Bệnh mắt và phần phụ	61.343 (1,8%)
100%	929.589 (27,7%)	Bệnh khác	258.835 (7,70%)

ngoại trú tại tỉnh Đồng Tháp năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Chi phí thanh toán BHYT trung bình trên mỗi lượt khám chữa bệnh ngoại trú tại tỉnh Đồng Tháp năm 2015.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang dựa trên số liệu báo cáo thanh toán KCB BHYT tại các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp năm 2015.

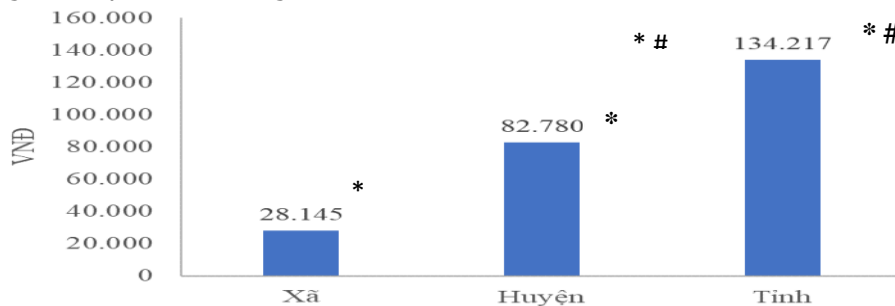
Biến số nghiên cứu: Các biến số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Theo bảng 2, đề tài ghi nhận tỷ lệ nam: nữ là 1: 1,25 với độ tuổi trung bình $45,6 \pm 10,99$. Số lượt KCB ngoại trú giảm dần từ tuyến tỉnh đến xã và thấp nhất ở tuyến huyện với tỷ lệ lần lượt là 34,9%; 33,0% và 32,0%. Số lượt KCB ngoại trú được ghi nhận cao nhất ở bệnh viện hạng 3 (46,8%); tiếp theo là bệnh viện hạng 4 (33,0%); bệnh viện hạng 1 và hạng 2 chiếm tỷ lệ thấp nhất và gần tương đương nhau (10,0% và 10,1%, tương ứng). Đa số người bệnh KCB ngoại trú đúng tuyến (chiếm tỷ lệ 93,9%) với mức hưởng BHYT phổ biến là 80% (chiếm tỷ lệ 62,8%) và 100% (chiếm tỷ lệ 27,7%); mức hưởng 95% chiếm tỷ lệ không đáng kể (9,5%). Về nhóm bệnh điều trị, đề tài ghi nhận những nhóm bệnh ngoại trú phổ biến bao gồm bệnh hô

hấp (28,8%); bệnh hệ tuần hoàn (19,6%); bệnh hệ cơ – xương khớp và mô liên kết (16,6%); bệnh hệ tiêu hóa (9,0%); bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa (5,7%); bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng (4,1%); bệnh thần kinh (2,3%); các bệnh da và tổ chức da (2,1%); bệnh hệ sinh dục – tiết niệu (2,0%) và những nhóm bệnh còn lại chiếm tỷ lệ dưới 2,0%.

3.2 Chi phí thanh toán bảo hiểm y tế mỗi lượt khám chữa bệnh ngoại trú

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt theo tuyến bệnh viện: Khảo sát chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB ngoại trú năm 2015 theo tuyến bệnh viện, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 1.



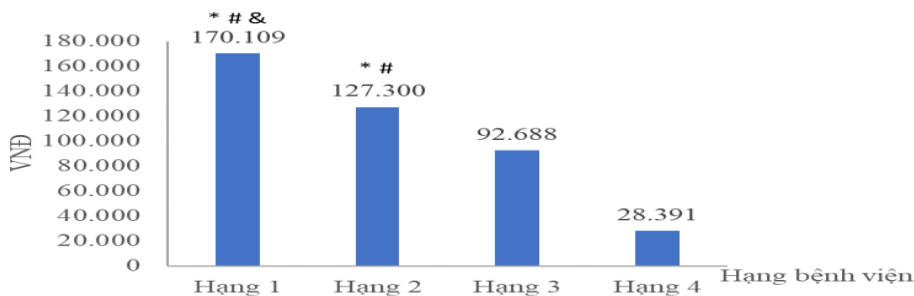
Hình 5. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo tuyến bệnh viện

Ghi chú: * $p < 0,05$ - sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuyến xã và các tuyến khác với độ tin cậy 95%; # $p < 0,05$ - sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuyến huyện và tuyến tỉnh với độ tin cậy 95%.

Theo hình 1, đề tài ghi nhận chi phí điều trị ngoại trú tăng dần từ tuyến xã, tuyến huyện và tuyến tỉnh (28.144,98 so với 82.779,72 và 134.216,70 VND, tương ứng). Sự khác biệt ở chi phí thanh toán BHYT ngoại trú giữa các tuyến bệnh viện có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt theo hạng bệnh viện

Khảo sát chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB ngoại trú năm 2015 theo hạng bệnh viện, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 2.



Hình 6. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo hạng bệnh viện

Ghi chú: * $p < 0,05$ - sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hạng 4 và các hạng khác; # $p < 0,05$ - sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hạng 3 và các hạng khác; & $p < 0,05$: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hạng 2 và các hạng khác với độ tin cậy 95%.

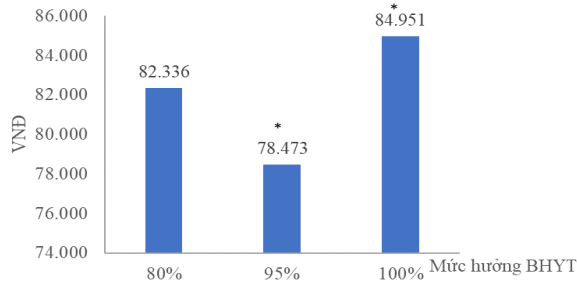
Theo hình 2, đề tài ghi nhận chi phí ngoại trú giảm từ bệnh viện hạng 1 đến hạng 4 với giá trị lần lượt là 170.108,97 VND; 127.299,63 VND; 92.688,43 VND; 28.391,42 VND. Sự khác biệt

này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% được ghi nhận giữa bệnh viện hạng 1, hạng 2 với các hạng khác ($p < 0,05$).

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB

ngoại trú theo mức hưởng bảo hiểm y tế

Khảo sát chi phí mỗi lượt khám chữa bệnh năm 2015 theo mức hưởng bảo hiểm y tế, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 3.



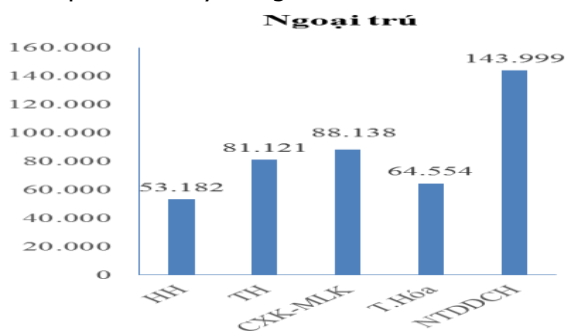
Hình 7. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo mức hưởng BHYT

Ghi chú: * $p < 0,05$ - sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có mức hưởng 95% với các nhóm còn lại với độ tin cậy 95%.

Theo hình 3, đề tài ghi nhận chi phí điều trị ngoại trú có giá trị cao nhất được ghi nhận ở nhóm có mức hưởng 100% (84.951,04 VND), thấp hơn ở nhóm có mức hưởng 80% (82.335,67 VND) và thấp nhất ở nhóm có mức hưởng 95% (78.472,98 VND). Sự khác biệt trong chi phí thanh toán BHYT ngoại trú giữa nhóm có mức hưởng 95% với các nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB ngoại trú theo dịch vụ y tế

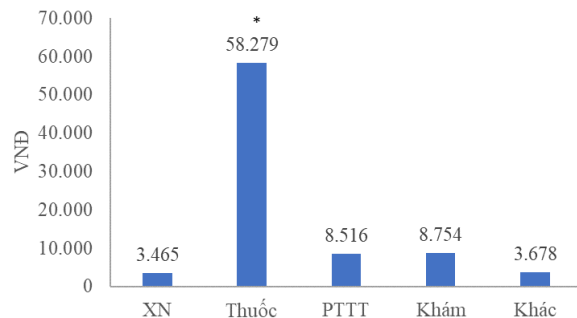
Khảo sát chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB ngoại trú năm 2015 theo dịch vụ y tế, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 4.



Hình 9. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo năm nhóm bệnh phổ biến nhất

Ghi chú: HH - bệnh hô hấp; TH - bệnh hệ tuần hoàn; CXK-MLK - bệnh hệ cơ xương khớp - mô liên kết; T.Hóa - bệnh hệ tiêu hóa; NTDDCH - bệnh hệ nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa.

Theo hình 5, đề tài ghi nhận chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB ngoại trú cao nhất ở nhóm bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa (143.998,6 VND), các nhóm bệnh còn lại có sự khác biệt không đáng kể trong CP điều trị bao



Hình 8. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB ngoại trú theo dịch vụ y tế

Ghi chú: XN - xét nghiệm; PTTT - phẫu thuật thủ thuật. * $p < 0,05$: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CP thuốc với các nhóm CP khác với độ tin cậy 95%.

Theo hình 4, đề tài ghi nhận trong cấu trúc chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB tại tỉnh Đồng Tháp năm 2015, CP thuốc có giá trị cao nhất (58.279 VND); cao gấp 6,66 lần CP khám (8.754 VND). Các CP còn lại bao gồm CP phẫu thuật thủ thuật, CP xét nghiệm và CP khác có sự khác biệt không đáng kể và dao động từ 3.465 đến 8.516 VND. Sự khác biệt giữa CP thuốc với các loại CP còn lại trong cấu trúc CP ngoại trú có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo năm nhóm bệnh phổ biến nhất

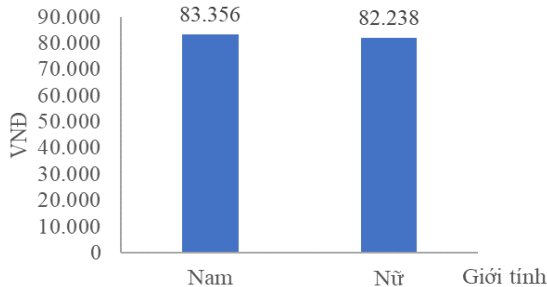
Khảo sát chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB ngoại trú theo năm nhóm bệnh phổ biến nhất, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 5.

gồm nhóm bệnh cơ xương khớp - mô liên kết (88.138,2 VND), nhóm bệnh hệ tuần hoàn (81.120,9 VND), nhóm bệnh tiêu hóa (64.554,0 VND) và nhóm bệnh hô hấp (53.182,0 VND). So sánh sự khác biệt giữa chi phí ngoại trú theo 5 nhóm bệnh phổ biến với độ tin cậy 95%, đề tài ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa từng cặp nhóm bệnh với $p < 0,05$.

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB

ngoại trú theo giới tính

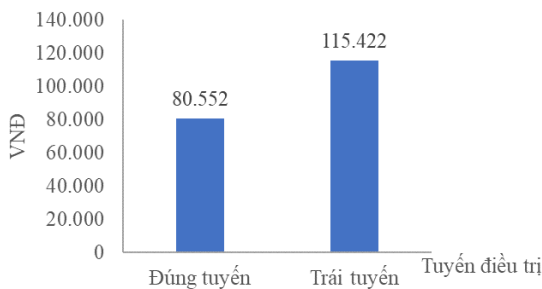
Khảo sát chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB ngoại trú năm 2015 theo giới tính, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 6.



Hình 6. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo giới tính

* $p < 0,05$: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong chi phí mỗi lượt KCB giữa nam và nữ với độ tin cậy 95%.

Theo hình 6, đề tài ghi nhận chi phí điều trị ngoại trú ở bệnh nhân nam cao hơn nữ (83.256,35 so với 82.237,86 VND). Sự khác biệt trong chi phí ngoại trú theo giới tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB ngoại trú theo tuyến điều trị

Hình 7. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo tuyến điều trị

Khảo sát chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB ngoại trú năm 2015 theo tuyến điều trị, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 7.

* $p < 0,05$: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong chi phí mỗi lượt KCB giữa bệnh nhân điều trị đúng và trái tuyến với độ tin cậy 95%.

Theo hình 7, đề tài ghi nhận chi phí KCB ngoại trú trái tuyến cao hơn đúng tuyến (115.422,40 so với 80.551,89 VND; $p < 0,05$). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Chi phí điều trị ngoại trú tăng dần từ tuyến xã, tuyến huyện và tuyến tỉnh điều này có thể được giải thích bởi sự gia tăng phạm vi sử dụng

phân tuyến chuyên môn kỹ thuật với các dịch vụ kỹ thuật y tế tăng dần theo tuyến. Bệnh viện hạng 1 có chi phí ngoại trú cao nhất và giảm dần đến hạng 4, đó là do hạng bệnh viện hạng cao hơn có danh mục thuốc và dịch vụ kỹ thuật nhiều hơn bệnh viện hạng thấp hơn. Ngoài ra, các thuốc thuộc nhóm tiêu chí kỹ thuật 1, 2; biệt được gốc cũng được sử dụng tại hạng bệnh viện cao hơn bệnh viện hạng thấp. Trong cấu trúc chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB tại tỉnh Đồng Tháp năm 2015, CP thuốc có giá trị cao nhất, điều này phù hợp với nghiên cứu của Lê Trí Khải tại một số trạm y tế xã tỉnh Kon Tum [1]. Kết quả nghiên cứu của Đỗ Công Tâm, 2015 cho thấy điều trị ngoại trú chủ yếu nhóm bệnh hệ tuần hoàn, cơ xương khớp và chuyển hóa rất tương đồng với kết quả của đề tài [2].

V. KẾT LUẬN

Với 3.358.561 lượt KCB BHYT ngoại trú năm 2015 tại các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp ở độ tuổi trung bình người bệnh $45,6 \pm 10,99$; số lượt KCB ngoại trú giảm dần từ tuyến tỉnh, tuyến xã đến tuyến huyện; bệnh viện hạng 3 có số lượt KCB cao nhất và đa số là KCB đúng tuyến gần 94%; trên 62% có mức hưởng BHYT 80% và trên 27% có mức hưởng 100% với bệnh thường gặp là bệnh đường hô hấp, bệnh cơ xương khớp – mô liên kết và bệnh hệ tuần hoàn. Đề tài ghi nhận chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB ngoại trú cao nhất ở bệnh viện tuyến tỉnh và bệnh viện hạng 1. Chi phí điều trị ngoại trú có giá trị cao nhất được ghi nhận ở nhóm có mức hưởng 100% và thấp nhất ở nhóm 95%. Bệnh nội tiết - dinh dưỡng - chuyển hóa, cơ xương khớp – mô liên kết và hệ tuần hoàn có chi phí thanh toán BHYT cao nhất cho mỗi lượt điều trị ngoại trú. Trong cấu trúc chi phí thanh toán BHYT, chi phí cho thuốc chiếm phần lớn. Ở ngoại trú, điều trị trái tuyến có chi phí cao hơn đúng tuyến và chi phí điều trị cho bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ. Kết quả nghiên cứu có thể là cơ sở để Bảo hiểm xã hội tỉnh Đồng Tháp phân bổ và ước lượng chi phí thanh toán tốt hơn cho những năm kế tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Trí Khải (2014)**, Thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất tại một số trạm y tế xã thuộc huyện Đăk Tô tỉnh Kon Tum, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương.
2. **Đỗ Công Tâm (2015)**, Khảo sát tình hình đăng ký và khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương năm 2012 – 2013, Bệnh viện Trưng Vương.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH LỚN

Đào Việt Phương¹, Nguyễn Văn Chi¹, Vũ Đăng Lưu²

TÓM TẮT

Mục đích: Điều trị kết hợp tiêu huyết khối tĩnh mạch và can thiệp nội mạch đã được chứng minh hiệu quả cho những bệnh nhân tắc mạch lớn tuần hoàn não trước. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết cục lâm sàng ngày thứ 90 ở nhóm bệnh nhân này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 65 bệnh nhân đột quỵ do tắc mạch lớn tuần hoàn não trước được điều trị kết hợp tiêu huyết khối tĩnh mạch với lấy huyết khối cơ học từ 6/2015 – 10/2017 tại bệnh viện Bạch Mai, kết quả nghiên cứu chính là tỉ lệ hồi phục thần kinh theo thang điểm Rankin sửa đổi ở ngày thứ 90, các yếu tố ảnh hưởng kết cục lâm sàng, các mốc thời gian trong nghiên cứu được tuân thủ theo protocol, thời gian từ khi tiêu huyết khối đến khi can thiệp mạch não ≤ 60 phút. **Kết quả:** Tỉ lệ hồi phục thần kinh ngày thứ 90 (mRS 0-2) là 70,7%, Thời gian từ khi đến viện tới tiêu huyết khối là 45 phút, tiêu huyết khối – can thiệp mạch 31,8 phút, khởi phát – tái thông 241 phút. Cải thiện điểm NIHSS tại thời điểm 24 giờ so với khi nhập viện ở nhóm tắc động mạch não giữa (16, 7, $p < 0,05$) và động mạch cảnh trong đơn thuần (16, 5, $p < 0,05$), các yếu tố ảnh hưởng tới kết cục lâm sàng bao gồm điểm NIHSS khi nhập viện (OR 4,44, 95% CI 1,03-19,19), và thay đổi điểm NIHSS thời điểm 24 giờ so với khi nhập viện (OR 13,51, 95% CI 1,16 – 157,2). **Kết luận:** Điểm NIHSS tại thời điểm nhập viện và thay đổi điểm NIHSS tại thời điểm 24 giờ là 2 yếu tố ảnh hưởng đến kết cục lâm sàng ở bệnh nhân tắc mạch lớn được điều trị kết hợp tiêu huyết khối với can thiệp nội mạch.

SUMMARY

FACTORS AFFECTING OUTCOME OF ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENT DUE TO PROXIMAL ARTERIAL OCCLUSION

Background: Combined therapy IV rtPA with mechanical thrombectomy has been shown to be effective for acute ischemic stroke patients with large vessel intracranial occlusion. However, our study aims to understand some factors affecting the clinical outcome in this group. **Subjects and methods:** 65 patients with proximal arterial occlusion in the anterior cerebral circulation were treated by combined therapy IV rt-PA with mechanical thrombectomy from June 2015 to October 2017 at Bach Mai Hospital. The primary outcome was score of the modified Rankin

Scale at 90 days, factors affecting clinical outcome, workflow time was kept to protocol with drug to puncture time ≤ 60 minutes. **Results:** The rate of functional independence (90-day modified Rankin Scale score of 0 to 2) was 70,7%, door-to-drug time was 45 minutes, drug-to-puncture time was 31.8 minutes, onset-to-recanalization time was 241 minutes. NIHSS score at 24 hours was significantly lower than NIHSS score at admit time in MCA group (16, 7, $p < 0.05$) and ICA group (16, 5, $p < 0,05$). Factors affecting clinical outcome were NIHSS at the baseline (OR 4,44, 95% CI 1,03-19,19) and the change of NIHSS at the 24 hours (OR 13,51, 95% CI 1,16 – 157,2). **Conclusion:** The NIHSS score at the baseline and the change of NIHSS score at 24 hours were two factors affecting the clinical outcome in acute ischemic stroke patients with large vessel intracranial occlusion treated with combined therapy IV rt-PA with mechanical thrombectomy.

Key words: acute ischemic stroke, thrombolytic therapy, endovascular therapy, mechanical thrombectomy, alteplase, IV rt-PA, factors affecting outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

60 – 80% bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não do tắc động mạch não lớn tử vong hoặc để lại di chứng thần kinh bất kể được tiêu huyết khối hay không [1]. Khoảng 25 - 35% bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não là do tắc động mạch lớn. Bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não do tắc mạch lớn thường có lâm sàng nặng nề và tiên lượng xấu khi không được điều trị sớm, đặc biệt là điều trị tưới máu sớm bằng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và can thiệp nội mạch đường động mạch.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết cục lâm sàng của bệnh nhân bao gồm tuổi bệnh nhân, mức độ đột quỵ, cơ chế đột quỵ, vị trí tổn thương, các bệnh lý phối hợp, các biến chứng kèm theo. Thêm vào đó là các yếu tố liên quan đến quá trình điều trị như tiêu sợi huyết tĩnh mạch, can thiệp nội mạch... mà mục đích chính là tái thông mạch tắc. Hiểu rõ các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng kết cục lâm sàng của bệnh nhân giúp bác sĩ có thể tiên lượng diễn biến bệnh của bệnh nhân cũng như trả lời các câu hỏi của người nhà bệnh nhân về tiên lượng và phương hướng điều trị tiếp theo cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tuổi của bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Các triệu chứng khởi phát của đột quỵ rõ

¹Khoa Cấp cứu, bệnh viện Bạch Mai

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Phương

Email: daovietphuong85@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2019

Ngày duyệt bài: 14.3.2019

ràng dưới 270 phút trước khi dùng thuốc Alteplase, dưới 360 phút khi kết thúc can thiệp lấy huyết khối.

- Chẩn đoán nhồi máu não cấp tính với các dấu hiệu thiếu sót về thần kinh rõ ràng và định lượng được dựa trên bảng điểm NIHSS ≥ 6 .

- *Hình ảnh*: tắc động mạch cảnh trong và/hoặc động mạch não giữa với ASPECT ≥ 6 [3].

2.1.2 Các tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch.

- Thời gian khởi phát đột quỵ > 6 giờ.

- Thời gian từ khi tiêu sợi huyết đến khi lấy huyết khối > 60 phút.

- Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp, không có nhóm chứng.

Cỡ mẫu của nghiên cứu: 65 bệnh nhân tắc mạch lớn hệ tuần hoàn não trước được điều trị kết hợp tiêu sợi huyết tĩnh mạch kết hợp lấy huyết khối đường động mạch tham gia nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai từ 6/2015 tới 10/2017.

Các bước tiến hành: Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được tiến hành theo các bước giống nhau như sau:

+ Các bước điều trị thuốc Alteplase cho bệnh nhân

Chuẩn bị bệnh nhân: Thở oxy qua kính mũi 3 lít/ phút, cân nặng, lắp máy theo dõi để theo dõi liên tục các thông số: huyết áp, nhịp tim; đặt ống thông dạ dày; đặt ống thông tiểu; đặt đường truyền tĩnh mạch chắc chắn.

Sử dụng thuốc Alteplase theo liều nghiên cứu:

Cách tính liều thuốc: cân nặng thực tế của bệnh nhân $\times 0,6$ mg/kg, liều tối đa không quá 60 mg.

Cách dùng: tiêm liều nạp 15% tổng liều trong 1 phút, 85% tổng liều còn lại truyền tĩnh mạch liên tục trong 60 phút.

+ Các bước tiến hành lấy huyết khối động mạch

- Khởi động đội can thiệp mạch thần kinh và phòng can thiệp.

- Đưa bệnh nhân sang phòng can thiệp nội mạch (khi có sự đồng ý của bệnh nhân và/hoặc gia đình và sự sẵn sàng của phòng can thiệp và bác sĩ can thiệp)

- Thời gian từ khi dùng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch đến khi can thiệp mạch mục tiêu là 60 phút.

- Thời gian từ khi khởi phát đến khi kết thúc can thiệp mạch trong vòng 6 giờ đầu.

+ Các tiêu chí đánh giá kết quả điều trị

- Tiêu chuẩn thành công khi kết quả phục hồi lâm sàng sau 3 tháng tốt, tương ứng với điểm

Rankin sửa đổi từ 0 đến 2.

- Tiêu chuẩn thất bại khi kết quả phục hồi lâm sàng sau 3 tháng không tốt, tương ứng với điểm Rankin sửa đổi từ 3 đến 6.

2.3 *Xử lý số liệu*: Số liệu nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, được xử lý và phân tích trên phần mềm thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm bệnh nhân: 65 bệnh nhân trong nghiên cứu, nam giới chiếm 40 bệnh nhân (61,5%), tuổi trung bình 61,5. Điểm NIHSS khi nhập viện 16.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Chỉ số
Tuổi	61,5 $\pm$ 12,2
Giới tính nam	61,5%
Glasgow trung vị	14 (12-15)
NIHSS trung vị	16 (10-23)
Nhịp tim	84,8 $\pm$ 12,4
Huyết áp tâm thu	139,1 $\pm$ 22,1
Đường máu	7,3 $\pm$ 1,9
Tắc ĐM cảnh trong	18/65 (27,7%)
Tắc ĐM cảnh trong kết hợp ĐM não giữa	13/65 (20%)
Tắc M1 ĐM não giữa	34/65 (52,3%)

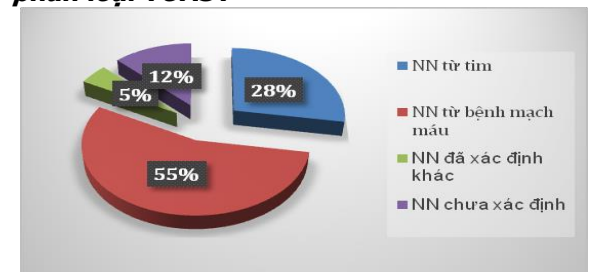
3.2 Hiệu quả hồi phục thần kinh sau 3 tháng

Bảng 2. Tỷ lệ hồi phục thần kinh theo thang điểm mRS

Điểm mRS	n	%
0	12	18,5
1	23	35,4
2	11	16,9
3	7	10,8
4	8	12,3
5	2	3,1
6	2	3,1

Trong số 65 bệnh nhân, có 46 bệnh nhân đạt điểm mRS 0-2 tại thời điểm 90 ngày, chiếm tỷ lệ 70,7%.

3.3 Phân loại nguyên nhân đột quỵ theo phân loại TOAST



Hình 1. Phân loại TOAST

Theo phân loại TOAST, nguyên nhân tim mạch chiếm tỷ lệ 28%.

3.4 Các mốc diễn biến thời gian**Bảng 4. Các mốc thời gian trong nghiên cứu**

Các mốc thời gian	Phút
Khởi phát - đến viện	131,4 ± 45
Đến viện - tiểu huyết khối	45 ± 13,8
Tiểu huyết khối - can thiệp mạch	31,8 ± 14,4
Thời gian can thiệp mạch	42,6 ± 22,2

Đến viện – tái thông	119,4 ± 32,4
Khởi phát – tái thông	241 ± 56,4

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ khi bệnh nhân đến viện tới khi dùng thuốc tiêu huyết khối là 45 phút, thời gian từ khi dùng thuốc tiêu huyết khối tới khi can thiệp mạch là 31,8 phút, thời gian từ khi khởi phát đến khi tái thông là 241 phút.

3.5 Thay đổi điểm NIHSS sau 24 giờ**Bảng 3. Thay đổi điểm NIHSS theo vị trí động mạch tắc**

Thời điểm	Vị trí tắc			p (Kruskal wallis)
	ĐM Não giữa	ICA	Tandem	
NIHSS 0h (Median (p25, p75))	16 (14, 20)	16 (13, 19)	18 (14, 22)	0,7012
NIHSS 24h (Median (p25, p75))	7 (4, 12)	5 (4, 9)	14 (8, 18)	0,0886
NIHSS change (Median (p25, p75))	-8,5 (-12, -4)	-11 (-13, -3)	-2 (-9, 0)	0,0886
p (Wilcoxon Sign rank test) (0-24h)	0,0000	0,0009	0,1014	

Theo vị trí mạch tắc, điểm NIHSS 24 giờ giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân tắc động mạch cảnh hoặc động mạch não giữa đơn thuần, tuy nhiên với nhóm bệnh nhân Tandem thì sự thay đổi điểm NIHSS không có sự khác biệt.

3.6 Các yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị**Bảng 5: Các yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị**

Các yếu tố		OR	95% CI		p
			Lower	Upper	
Vị trí tắc	ĐM Não giữa*	1	-	-	-
	ICA	0,81	0,16	4,1	0,798
	Tandem	1,1	0,21	5,68	0,907
Nhập viện sớm (dưới 2 h)		0,54	0,06	4,87	0,583
Tái thông sớm (dưới 4 h)		1,22	0,13	11,32	0,861
Thời gian can thiệp	Dưới 30 phút*	1	-	-	-
	30-60 phút	1,36	0,27	6,83	0,706
	Trên 60 phút	2,92	0,47	18,15	0,250
NIHSS	Nhập viện	4,44	1,03	19,19	0,046
	> 4	13,51	1,16	157,23	0,038
Tuổi		1,01	0,96	1,07	0,600
Giới		1,72	0,43	6,84	0,438
Đường máu		0,88	0,6	1,29	0,520
ASPECT		0,96	0,63	1,47	0,859

Theo bảng trên, thì chỉ có điểm NIHSS khi nhập viện và cải thiện điểm NIHSS > 4 điểm có ảnh hưởng rõ tới kết cục lâm sàng.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm bệnh nhân: 65 bệnh nhân trong nghiên cứu, nam giới chiếm 40 bệnh nhân (61,5%), tuổi trung bình 61,5, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu có thấp hơn so với các nghiên cứu ESCAPE [1] với tuổi trung bình 70, hay trong nghiên cứu MR CLEAN [4] có tuổi trung bình 65.

Điểm NIHSS khi nhập viện 16 tương đương với điểm NIHSS khi nhập viện của một số nghiên cứu như nghiên cứu SWIFT PRIME [5] có điểm NIHSS 17, nghiên cứu ESCAPE là 17, nghiên cứu MR CLEAN là 17.

Về vị trí tắc mạch não thì có 18/65 bệnh nhân tắc động mạch cảnh trong chiếm tỉ lệ 27,7%,

34/65 bệnh nhân tắc động mạch não giữa M1 chiếm tỉ lệ 52,3% và 13/65 bệnh nhân tắc động mạch cảnh kết hợp với tắc động mạch não giữa chiếm tỉ lệ 20%. Tỉ lệ tắc động mạch cảnh trong trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu EXTEND IA [6] là 31%.

4.2 Kết quả hồi phục thần kinh sau 3 tháng: Kết quả hồi phục thần kinh tốt sau 3 tháng được đánh giá khi bệnh nhân có điểm mRS đạt từ 0 đến 2.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 46/65 bệnh nhân (70,7%) có kết quả hồi phục thần kinh tốt sau 3 tháng (mRS 0 - 2). Kết quả này của chúng tôi cao hơn với các kết quả trong nghiên cứu ESCAPE là 51,6%, nghiên cứu SWIFT PRIME là 60%,

và kết quả của nghiên cứu MR-CLEAN là 32,6%.

Sở dĩ đạt được kết quả nghiên cứu ban đầu khả quan như trên là do phối hợp điều trị can thiệp nội mạch ngay sau khi dùng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch, dụng cụ can thiệp nội mạch là dụng cụ can thiệp thế hệ 2 stent Solitaire.

4.3 Phân loại đột quỵ theo phân loại TOAST

Phân loại TOAST chia nguyên nhân đột quỵ thành 5 nhóm: (1) nguyên nhân mạch máu lớn, (2) nguyên nhân mạch máu nhỏ, (3) nguyên nhân tim mạch, (4) nguyên nhân khác, (5) không rõ căn nguyên.

Nguyên nhân tim mạch trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ 28%, nguyên nhân mạch máu lớn chiếm 55% nếu so sánh với nghiên cứu EXTEND IA, thì tỉ lệ nguyên nhân tim mạch của chúng tôi thấp hơn nhiều so với tỉ lệ 60% nguyên nhân tim mạch của nghiên cứu [6]. Trong đó, rung nhĩ đóng vai trò quan trọng, đặc biệt là tỉ lệ bệnh nhân rung nhĩ mới xuất hiện hoặc không được điều trị và theo dõi. Một đặc điểm nữa là tỉ lệ bệnh nhân có bệnh van tim kèm theo, đa phần gặp ở những bệnh nhân trẻ tuổi và thường chưa được phát hiện trước đó.

4.4 Thay đổi điểm NIHSS sau 24 giờ:

Điểm NIHSS thời điểm 24 giờ so với thời điểm nhập viện ở nhóm bệnh nhân tắc động mạch não giữa M1 (16, 7, $p < 0,05$) và động mạch cảnh trong đơn thuần (16, 5, $p < 0,05$) có cải thiện rõ rệt, thể hiện hiệu quả sớm của phương pháp điều trị. Tỉ lệ này tương đương so với nhóm bệnh nhân can thiệp trong nghiên cứu ESCAPE (16, 6) [1].

Mặt khác, trong nhóm bệnh nhân Tandem (tắc động mạch cảnh trong kết hợp tắc động mạch não giữa M1) thì điểm NIHSS tại thời điểm 24h thay đổi không có sự khác biệt so với điểm NIHSS khi nhập viện (18, 14, $p = 0,1$). Kết quả này thể hiện hiệu quả sớm của phương pháp điều trị là không cao cho nhóm bệnh nhân Tandem. Đây cũng là nhóm bệnh nhân được biết đến có kết cục lâm sàng không tốt và còn nhiều tranh cãi trong việc lựa chọn phương pháp điều trị tái thông trong giai đoạn cấp.

4.5 Các mốc thời gian trong nghiên cứu:

Kết quả nghiên cứu đạt được, thời gian từ khi nhập viện đến khi tiêu huyết khối trung bình 45 phút, đạt đúng tiêu chí mà protocol nghiên cứu đề ra, cũng như tuân thủ đúng protocol tiêu huyết khối quốc tế (thời gian từ khi đến viện đến khi tiêu huyết khối < 60 phút).

Thời gian từ khi dùng thuốc tiêu huyết khối đến khi can thiệp nội mạch trung bình là 31,8 phút, kết quả này có được là do sự nỗ lực của nhóm nghiên cứu, sự phối hợp của các ê kíp trong quy trình cấp cứu đột quỵ, nhằm đạt mục tiêu tái thông mạch

máu não một cách nhanh nhất.

Thời gian từ khi bệnh khởi phát đến khi tái thông hoàn toàn là 241 phút, tương đương với các nghiên cứu như ESCAPE là 241 phút, nghiên cứu MR CLEAN 260 phút, cao hơn nghiên cứu REVASCAT [7] là 355 phút.

4.6. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết cục lâm sàng: Kết cục lâm sàng trong nghiên cứu được xác định qua thang điểm Rankin sửa đổi tại thời điểm 90 ngày. Với nhóm đạt kết cục lâm sàng tốt khi điểm mRS 0 - 2 tại thời điểm 90 ngày.

Đánh giá ban đầu các yếu tố ảnh hưởng đến kết cục lâm sàng tốt tại thời điểm 90 ngày thì các yếu tố như vị trí mạch tắc, tuổi, giới không có ảnh hưởng có ý nghĩa tới kết cục lâm sàng. Trong đó các yếu tố thời gian như đến viện sớm < 2 giờ, tái thông mạch sớm < 4 giờ và thời gian can thiệp được kì vọng có ảnh hưởng đến kết cục lâm sàng, tuy nhiên kết quả trong nghiên cứu này lại cho thấy không có sự ảnh hưởng của các yếu tố trên. Sở dĩ có kết quả trên một phần do số lượng bệnh nhân ban đầu chưa đủ lớn.

Tuy nhiên, có 2 yếu tố ảnh hưởng rõ rệt tới kết cục lâm sàng là điểm NIHSS tại thời điểm nhập viện (OR 4,44, 95% CI 1,03-19,19) và thay đổi điểm NIHSS tại thời điểm 24h so với khi vào viện > 4 (OR 13,51, 95% CI 1,16 - 157). Điểm NIHSS có vai trò lượng giá mức độ nặng đột quỵ khi nhập viện cũng như theo dõi diễn biến sau can thiệp.

Với các kết quả ban đầu này, có lẽ nghiên cứu cần thêm bệnh nhân và các dữ liệu để có thể xây dựng được mô hình dự đoán kết cục lâm sàng ở những bệnh nhân đột quỵ do tắc mạch lớn tuần hoàn trước được điều trị tiêu huyết khối kết hợp lấy huyết khối, qua đó góp phần tối ưu hoá chỉ định điều trị.

V. KẾT LUẬN

Điều trị kết hợp tiêu huyết khối tĩnh mạch kết hợp với lấy huyết khối cơ học cho bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch lớn hệ tuần hoàn não trước trong 6 giờ đầu bước đầu mang lại tỉ lệ hồi phục thần kinh tốt (mRS 0-2 là 70,7%), và điểm NIHSS tại thời điểm nhập viện và thay đổi điểm NIHSS thời điểm 24 giờ so với khi nhập viện là 2 yếu tố ảnh hưởng tới kết cục lâm sàng tại thời điểm 90 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goyal, M., et al., Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. N Engl J Med, 2015. 372(11): p. 1019-30.
2. Kidwell, C.S., et al., A trial of imaging selection and endovascular treatment for ischemic stroke. N Engl J Med, 2013. 368(10): p. 914-23.
3. Powers, W.J., et al., 2015 AHA/ASA Focused

Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2015.

4. **Berkhemer, O.A., et al.,** A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med, 2015. 372(1): p. 11-20.
5. **Saver, J.L., et al.,** Solitaire with the Intention for Thrombectomy as Primary Endovascular Treatment for Acute Ischemic Stroke (SWIFT PRIME) trial:

protocol for a randomized, controlled, multicenter study comparing the Solitaire revascularization device with IV tPA with IV tPA alone in acute ischemic stroke. Int J Stroke, 2015. 10(3): p. 439-48.

6. **Campbell, B.C., et al.,** A multicenter, randomized, controlled study to investigate EXTending the time for Thrombolysis in Emergency Neurological Deficits with Intra-Arterial therapy (EXTEND-IA). Int J Stroke, 2014. 9(1): p. 126-32.
7. **Tudor G. Jovin, et al.,** Thrombectomy within 8 Hours after Symptom Onset in Ischemic Stroke (REVASCAT). N Engl J Med 2015; 372:2296-2306.

MỘT SỐ YẾU TỐ ĐẾN MẮT HỘT HOẠT TÍNH Ở TRẺ EM TỪ 1 ĐẾN 9 TUỔI TẠI 2 HUYỆN MÈO VẠC VÀ ĐỒNG VĂN TỈNH HÀ GIANG

Nguyễn Xuân Hiệp*, Nguyễn Tuấn Anh*, Nguyễn Đức Hòa**

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét một số yếu tố đến mắt hột hoạt tính ở trẻ em từ 1 đến 9 tuổi tại 2 huyện Mèo Vạc và Đồng Văn tỉnh Hà Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, không có nhóm chứng. Đối tượng là các trẻ từ 1 đến 9 tuổi, đang sống tại cụm điều tra ít nhất 03 tháng tính đến ngày điều tra. **Kết quả:** mắt hột hoạt tính chiếm 6.1%, không có sự khác biệt giữa hai giới. Nguy cơ mắc bệnh mắt hột hoạt tính của nhóm trẻ từ 3 đến 9 cao gấp 2,67 lần nhóm trẻ từ 1 đến 2 tuổi. Nhóm trẻ càng tuổi cao thì tỷ lệ mắt hột hoạt tính càng cao. Tỷ lệ mắt hột hoạt tính có liên quan đến hai yếu tố nhóm tuổi và có sử dụng xà phòng rửa tay hoặc chất tẩy rửa để rửa tay. Chưa tìm thấy mối liên quan chặt chẽ giữa các yếu tố môi trường như điều kiện nguồn nước uống, nước rửa mặt, điều kiện nhà vệ sinh với tỷ lệ mắt hột hoạt tính ở nhóm trẻ 1 đến 9 tuổi tại hai huyện tỉnh Hà Giang. **Kết luận:** nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắt hột hoạt tính có liên quan đến hai yếu tố nhóm tuổi và có sử dụng xà phòng rửa tay hoặc chất tẩy rửa để rửa tay. Chưa tìm thấy mối liên quan chặt chẽ giữa các yếu tố môi trường như điều kiện nguồn nước uống, nước rửa mặt, điều kiện nhà vệ sinh với tỷ lệ mắt hột hoạt tính ở nhóm trẻ 1 đến 9 tuổi tại hai huyện tỉnh Hà Giang.

SUMMARY

FACTORS IMPACTING ACTIVE TRACHOMA IN CHILDREN AGED 1-9 IN MEO VAC AND DONG VAN DISTRICTS IN HA GIANG PROVINCE

Objectives: To analyze some factors affecting active trachoma in children from 1 to 9 years old in Meo Vac and Dong Van districts in Ha Giang province. **Research subjects and methods:** cross-sectional

descriptive study, no control group. The research subjects are children from 1 to 9 years old, living in the research location for at least 03 months up to the date of research conduction. **Results:** Active trachoma accounted for 6.1%, and there was no difference between the genders. The risk of getting active in children between the age of 3 to 9 is 2.67 times higher than that of those aged 1 to 2. The higher the age group is, the higher the rate of getting active trachoma. The rate of active trachoma is related to two factors: age group and the use of soap or detergent for hand washing. There has not been a close link between environmental factors such as the condition of drinking water, washing water, toilet conditions with the rate of active trachoma in the group of 1 to 9 year olds in two mentioned districts in Ha Giang province. **Conclusion:** the study showed that the rate of active trachoma is related to two factors: age group and the use of soap or detergent for hand washing. There has not been a close link between environmental factors such as the condition of drinking water, washing water, toilet conditions with the rate of active trachoma in the group of 1 to 9 year olds in two mentioned districts in Ha Giang province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mắt hột là một viêm kết giác mạc lây lan mạn tính. Tác nhân gây bệnh là Chlamydia Trachomatis, nhưng có nhiều tác nhân vi sinh vật khác tham gia gây bệnh. Hà Giang là một trong nhiều tỉnh vốn là vùng mắt hột lưu hành cũ. Hai huyện Mèo Vạc và Đồng Văn là hai huyện phía bắc tỉnh, với địa hình hiểm trở, điều kiện khí hậu khắc nghiệt, điều kiện kinh tế xã hội và vệ sinh môi trường khó khăn bậc nhất tỉnh Hà Giang. Đặc biệt hệ thống y tế cơ sở còn rất nhiều thiếu thốn cả về nhân lực, thuốc men và cơ sở hạ tầng, là điều kiện thuận lợi để mắt hột lưu hành. Trẻ em từ 1-9 tuổi là đối tượng dễ mắc bệnh mắt hột hoạt tính, là nguồn lây lan chính bệnh mắt hột tại cộng đồng và liên quan đến điều kiện vệ sinh môi trường như nguồn nước, vệ

*Bệnh viện Mắt Trung Ương

**Bệnh viện Mắt Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiệp

Email: nguyentuanhiep@vno.vn

Ngày nhận bài: 28.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2019

Ngày duyệt bài: 12.3.2019

sinh bàn tay. Vì vậy cần có nghiên cứu để có bằng chứng khoa học về một số yếu tố liên quan nhằm đưa ra các biện pháp phòng và điều trị hiệu quả [1]. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét ảnh hưởng một số yếu tố đến mắt hoạt tính ở trẻ em từ 1 đến 9 tuổi tại 2 huyện Mèo Vạc và Đồng Văn tỉnh Hà Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: trẻ từ 1 đến 9 tuổi, đang sinh sống tại cụm điều tra ít nhất 03 tháng tính đến ngày điều tra tháng 4 năm 2017.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả lâm sàng cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu:

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

Tính theo công thức: n là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu. $Z = 1,96$ (với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0.05$). p = tỷ lệ mắt hoạt tính ở trẻ em ước tính là 14% [2]. $d = 2\%$
 $n = (3,8416 \times 0,14 \times 0,86) / (0,02 \times 0,02) = 1157$. Lấy cỡ mẫu khám mắt hoạt tính ở trẻ em ít nhất 1200 trẻ.

Chọn mẫu: tại 2 huyện lựa chọn ngẫu nhiên bằng phần mềm máy tính ra 24 cụm điều tra là 24 thôn/ bản. Mỗi thôn/ bản chọn ít nhất 50 trẻ.

Phương tiện nghiên cứu: kính lúp 2,5x, đèn pin, cồn sát khuẩn nhanh, bảng phân loại mắt hoạt tính theo tổ chức y tế thế giới, phiếu điều tra.

Trẻ được xác định có mắc mắt hoạt tính: khi phát hiện ít nhất 1 mắt mắt hoạt giai đoạn TF hoặc TI. Số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

Các biến số nghiên cứu: đặc điểm trẻ (tuổi, giới). Đặc điểm điều kiện môi trường được đánh giá thông qua hỏi, quan sát và phân loại theo ITI: nguồn nước sử dụng vào mùa khô gồm nước uống và nước rửa mặt chia làm ba loại là nước sạch, nước tự nhiên được bảo vệ và nước bề mặt không được bảo vệ). Nhà vệ sinh sử dụng: nhà vệ sinh riêng, nhà vệ sinh công cộng và không có nhà vệ sinh. Việc sử dụng xà phòng rửa tay theo hai mức có và không. Dọn phân cho trẻ dưới 3 tuổi chia 3 mức: bỏ vào nhà vệ sinh, bỏ vào cống hoặc mương hoặc chôn xuống đất.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu có tổng số 1589 trẻ trong đó nam là 774 (chiếm 48,4%) và nữ là 824 trẻ (chiếm 51,6%), phù hợp với các báo cáo trước [3]. Với 1598 trẻ được điều tra với độ tuổi là $5,23 \pm 2,37$ có 98 trẻ có mắc mắt hoạt tính chiếm 6,1% trong đó huyện Mèo Vạc là 7,4% và Đồng Văn là 4,8%.

Nguồn nước uống: chưa có trẻ nào được dùng nước sạch, 31,5% sử dụng nước có bề mặt được bảo vệ và 68,5% sử dụng nước bề mặt không được bảo vệ.

Nguồn nước rửa mặt vào mùa khô: 100% trẻ không được dùng nước sạch, 30,4% sử dụng nước có bề mặt được bảo vệ và 69,6% sử dụng nước bề mặt không được bảo vệ.

Việc sử dụng xà phòng rửa tay: có 100% trẻ có mắt hoạt tính không sử dụng xà phòng rửa tay

Sử dụng nhà vệ sinh: 6,6% trẻ sử dụng nhà vệ sinh riêng, 35,9% sử dụng nhà vệ sinh công cộng và 57,5% không có nhà vệ sinh.

Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến mắt hoạt tính

Yếu tố giới tính của trẻ: có 98 trẻ mắc mắt hoạt tính trong đó có 42 trẻ nam (chiếm 42,9%) và 56 trẻ nữ (chiếm 57,1%). Tỷ suất chênh OR/95%CI của 2 giới với có mắc bệnh mắt hoạt tính hay không là 1,27, giá trị OR từ 0,84 đến 1,92. Có thể giải thích được do giới tính của trẻ không phải là yếu tố nguy cơ của bệnh [4].

Yếu tố tuổi của trẻ. Nghiên cứu thấy nhóm tuổi nhỏ 1 đến 2 tuổi có tỷ lệ mắc mắt hoạt tính thấp nhất (6,1%), tiếp theo là nhóm trẻ tuổi từ 3 đến 5 (41,8%) và cao nhất là nhóm trẻ tuổi từ 6 đến 9 (52,1%), sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p=0,041 < 0,05$. Tỷ suất chênh OR/95%CI chúng tôi tính được giữa nhóm trẻ từ 3 đến 9 tuổi và nhóm trẻ từ 1 đến 2 với có mắc bệnh mắt hoạt tính hay không là 2,76, OR nhận giá trị từ 1,2 đến 6,39. Trong khoảng tin cậy 95% giá trị OR không chứa giá trị 1. Như vậy nguy cơ mắc bệnh mắt hoạt tính của nhóm trẻ từ 3 đến 9 cao gấp 2,67 lần nhóm trẻ từ 1 đến 2 tuổi. Có thể giải thích cho sự khác biệt này là do đối với trẻ nhỏ từ 1 đến 2 tuổi, trẻ chủ yếu sinh hoạt và vui chơi tại gia đình, nhận được sự chăm sóc tốt hơn của bố mẹ và mọi người trong gia đình, trẻ chưa tiếp xúc nhiều với bên ngoài, chưa chịu ảnh hưởng của các mầm bệnh cũng như nguồn lây lan bệnh mắt hoạt [3].

Trẻ từ 3 đến 5 tuổi là đối tượng trẻ đã được đến trường và chủ yếu học tập trung tại các trường mầm non của thôn bản, ở địa bàn mỗi thôn bản tuy vào điều kiện của địa phương và số trẻ em trong thôn mà xây dựng số lượng phòng học khác nhau. Ở mỗi lớp mầm non có từ 20 đến 30 trẻ được trông giữ tập trung, nơi trẻ tiếp xúc nhiều với nguồn bệnh cũng như các yếu tố làm lây lan bệnh trong cộng đồng, do trường mầm non là nơi tập trung nhiều trẻ trong đó có cả các

trẻ mang bệnh mắt hột hoạt tính và có điều kiện thuận lợi lây lan cho các trẻ khác chưa mắc bệnh trong lớp học. Hơn thế nữa, hệ thống y tế tại các thôn bản còn rất yếu kém cả về nhân lực lẫn chất lượng chuyên môn, chưa có những biện pháp để phòng bệnh mắt hột cũng như hạn chế bệnh mắt hột lây lan trong cộng đồng.

Đối với nhóm trẻ từ 6 đến 9 tuổi, ở tuổi này trẻ được đi học tại các trường bán trú hoặc nội trú tập trung, đây là các ngôi trường được xây dựng cho từng xã, các học sinh ở 1 khu vực rộng hơn so với các điểm trường mầm non đến học tại trường, do vậy cũng làm tăng cao hơn khả năng cũng tiếp xúc nhiều với các trẻ khác trong đó có các trẻ mang bệnh, qua đó lây lan cho các bạn chưa mang bệnh.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến mắt hột hoạt tính: Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ mắt hột hoạt tính và Hsieh cho rằng giảm càng nhiều yếu tố nguy cơ càng có khả năng giảm sự tồn tại dai dẳng của bệnh [5]. Một số nghiên cứu như Anteneh đã phân tích các yếu tố như nguồn nước uống, nguồn nước rửa mặt, nhà vệ sinh cũng như sự đầy đủ về nước sát trùng tay. Qua kết quả thu được chúng tôi có một số nhận xét sau.

Nguồn nước uống vào mùa khô. Trong tổng số 98 trẻ có mắc mắt hột hoạt tính chúng tôi phát hiện được thì tỷ lệ gia đình trẻ sử dụng nguồn nước bề mặt không được bảo vệ là 71 trẻ chiếm 72,4% cao gần gấp 3 lần tỷ lệ gia đình trẻ sử dụng nguồn nước mưa khe suối, giếng được bảo vệ với 27 trẻ chiếm tỷ lệ 27% và các gia đình tại 2 huyện chưa tiếp cận được nguồn nước sạch. Các hộ gia đình sử dụng rửa mặt chủ yếu là nguồn nước bề mặt không được bảo vệ, được lấy trực tiếp từ các ao hồ, sông suối xung quanh nhà với tỷ lệ 69,6%, đây là nguồn nước rửa mặt không đảm bảo vệ sinh là một trong các nguyên nhân trong việc lưu hành các bệnh về mắt thường gặp ở trẻ, đặc biệt là bệnh mắt hột. Tuy nhiên do có giá trị $p = 0,38 > 0,05$, vì vậy tỷ lệ trẻ mắc mắt hột hoạt tính liên quan đến các loại nguồn nước uống gia đình trẻ sử dụng vào mùa khô là khác biệt không có ý nghĩa thống kê độ tin cậy 95%. Có thể giải thích là do nguồn lây lan bệnh mắt hột hoạt tính ở trẻ không lây lan chủ yếu bằng con đường lây lan qua nguồn nước uống sử dụng tại gia đình mà bằng nhiều con đường khác nhau.

Nguồn nước rửa mặt vào mùa khô. Tương tự như nguồn nước rửa mặt vào mùa khô gia đình trẻ sử dụng chủ yếu là nguồn nước bề mặt không được bảo vệ với tỷ lệ 66,3% cao gần gấp 2 lần tỷ lệ gia đình sử dụng nước mưa khe suối, giếng được bảo vệ là 33,7% và nhân

dân ở 2 huyện chưa được tiếp cận với nguồn nước sạch. Tuy nhiên do $p = 0,71 > 0,05$, vì vậy tỷ lệ trẻ mắc mắt hột hoạt tính liên quan đến các loại nguồn nước rửa mặt gia đình trẻ sử dụng vào mùa khô là khác biệt không có ý nghĩa thống kê độ tin cậy 95%. Như vậy nguồn lây lan bệnh mắt hột hoạt tính ở trẻ qua nguồn nước rửa mặt sử dụng tại gia đình không phải chủ yếu qua nguồn nước rửa mặt mà bằng nhiều con đường khác nhau.

Nhà vệ sinh sử dụng trong gia đình.

Trong số 98 trẻ được phát hiện có mắc mắt hột hoạt tính chúng tôi thấy tỷ lệ trẻ mắc mắt hột hoạt tính trong gia đình không có nhà vệ sinh cao hơn rất nhiều so với trẻ mà gia đình có nhà vệ sinh công cộng hoặc gia đình có nhà vệ sinh riêng với các tỷ lệ sau 57,9%, 35,7% và 6,4%. Tuy nhiên giá trị $p = 0,26 > 0,05$ do đó tỷ lệ trẻ mắc mắt hột hoạt tính liên quan đến nhà vệ sinh sử dụng trong gia đình trẻ là khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Xử lý phân trẻ em dưới 3 tuổi: Tỷ suất chênh OR/95%CI của những hộ gia đình bỏ phân của trẻ dưới 3 tuổi vào nhà vệ sinh và bỏ ra nơi khác với có mắc bệnh mắt hột hoạt tính hay không là 0,74, giá trị OR từ 0,49 đến 1,11 có chứa giá trị 1 như vậy nguy cơ mắc bệnh của 2 nhóm gia đình có xử lý phân trẻ em dưới 3 tuổi bằng cách bỏ vào nhà vệ sinh và bỏ ra nơi khác là không có sự khác biệt với độ tin cậy 95%.

Vệ sinh bàn tay bằng sử dụng xà phòng hoặc chất sát khuẩn: 100% trẻ mắt hột hoạt tính không sử dụng xà phòng hay chất tẩy rửa để rửa tay. Xét tỷ suất chênh OR/95%CI của những hộ gia đình có sử dụng xà phòng rửa tay và không sử dụng xà phòng với có mắc bệnh mắt hột hoạt tính hay không là 0,94, giá trị OR từ 0,93 đến 0,95, không chứa giá trị 1. Do vậy điều kiện vệ sinh bàn tay không có xà phòng rửa tay là yếu tố nguy cơ của bệnh mắt hột hoạt tính ở trẻ em. Gia đình trẻ có sử dụng xà phòng rửa tay có nguy cơ mắc mắt hột hoạt tính thấp hơn 0,94 lần gia đình trẻ không có xà phòng rửa tay.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc mắt hột hoạt tính ở trẻ em từ 1 đến 9 tuổi tại 2 huyện Mèo Vạc và Đông Văn là 6,1%. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắt hột hoạt tính có liên quan đến hai yếu tố nhóm tuổi và có sử dụng xà phòng rửa tay hoặc chất tẩy rửa để rửa tay. Nhóm trẻ càng tuổi cao thì tỷ lệ mắt hột hoạt tính càng cao. Chưa tìm thấy mối liên quan chặt chẽ giữa các yếu tố môi trường như điều kiện nguồn nước uống, nước rửa mặt, điều kiện nhà vệ sinh với tỷ lệ mắt hột hoạt tính ở nhóm

trẻ 1 đến 9 tuổi tại hai huyện tỉnh Hà Giang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Huy Tài** (1995), Đánh giá công tác phòng chống bệnh mắt hột trẻ em năm học 1994-1995 và 5 năm 1991-1995, phương hướng hoạt động trong những năm tới. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học ngành mắt toàn quốc 1995.
2. **Tôn Thị Kim Thanh** (2003), "Đánh giá tình hình mù lòa, hiệu quả và những trở ngại đối với can thiệp mổ đục thể thủy tinh tại cộng đồng hiện nay", Viện Mắt Công trình nghiên cứu khoa học cấp bộ, Hà Nội.
3. **Nguyễn Chí Dũng, Nguyễn Duy Thắng** (2012), Đánh giá nhanh tỷ lệ mắt hột hoạt tính và quặm do mắt hột ở cộng đồng tỉnh Bắc Giang năm 2011- Tạp chí Nhân khoa Việt Nam.

4. **Nguyễn Duy Hoà.** (1997), "Bệnh mắt hột" Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Hsieh Y.H., Bobo L.D., Quinn T.C., et al.** (2000). Risk factors for trachoma: 6-year follow-up of children aged 1 and 2 years. Am J Epidemiol, 152(3), 204-211.
6. **Nguyễn Xuân Hiệp.** (2017), "Đánh giá tỷ lệ bệnh mắt hột hoạt tính trên trẻ em tại xã Lũng Hồ huyện Yên Minh tỉnh Hà Giang Việt Nam" - Tạp chí Y học Việt Nam - Năm 2017, số Tháng 5 - số 1, tập 454, tr. 93-97,
7. **Anteneh ZA, Getu WY** (2016), Prevalence of active trachoma and associated risk factors among children in Gazegibela district of Wagehemra Zone, Amhara region, Ethiopia: community-based cross-sectional study. Trop DisTravel Med Vaccines 2016 Mar 24; 2:5. Doi: 10.2286/s40794-016-0022-0. eCollection 2016

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN QUẢNG ĐIỀN, TỈNH THỪA THIÊN HUẾ NĂM 2017

Trần Thị Táo¹, Phan Thị Bích Ngọc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, trên thế giới cũng như ở Việt Nam tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng. Sự gia tăng dân số người cao tuổi sẽ tạo ra thách thức cho hệ thống chăm sóc sức khỏe, bệnh tật. Suy dinh dưỡng là một tình trạng phổ biến ở người già, nó làm tăng nguy cơ mắc bệnh và tử vong[4]. Việc chẩn đoán sớm và chính xác suy dinh dưỡng là điều cần thiết để phòng ngừa và điều trị sớm nhất có thể và đảm bảo chất lượng sống người cao tuổi. Ở những người cao tuổi không có bệnh, thiếu dinh dưỡng mức độ nhẹ thường bị bỏ qua và không được điều trị. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa trên chỉ số khối cơ thể (BMI) được Tổ chức y tế thế giới khuyến nghị nên dùng cho người dưới 60 tuổi. Đề tài này sử dụng bộ câu hỏi đánh giá dinh dưỡng tối thiểu (Mini Nutritional Assessment – MNA), có độ nhạy 96%, độ đặc hiệu 98% để phát hiện sớm nguy cơ suy dinh dưỡng ở người cao tuổi [6]. **Mục tiêu:** 1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng người cao tuổi tại huyện Quảng Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế bằng bộ câu hỏi đánh giá dinh dưỡng tối thiểu (Mini Nutritional Assessment – MNA). 2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 650 người từ 60 tuổi trở lên tại huyện Quảng Điền, tỉnh Thừa Thiên-Huế. Sử dụng phương pháp nhân trắc học dinh dưỡng để thu thập thông tin về cân nặng, chiều cao, chu vi vòng cánh tay, bắp chân của đối tượng nghiên cứu và bộ câu hỏi để đánh giá dinh dưỡng tối thiểu và tìm một số yếu tố liên quan.

Kết quả: Tỷ lệ có "nguy cơ suy dinh dưỡng" và "suy dinh dưỡng" theo bộ câu hỏi MNA lần lượt là 53,2% và 8,2%. Suy dinh dưỡng có xu hướng tăng theo tuổi. Nữ giới có tỷ lệ suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng cao. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo mô hình hồi quy đa biến logistic là số bữa ăn chính, người chăm sóc chủ yếu, vấn đề sức khỏe răng miệng, kinh tế gia đình. **Kết luận:** Suy dinh dưỡng là vấn đề đáng quan tâm ở người cao tuổi. Việc phát hiện những người cao tuổi có nguy cơ suy dinh dưỡng để can thiệp sớm là điều rất quan trọng. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng là số bữa ăn chính, người chăm sóc chủ yếu, vấn đề sức khỏe răng miệng, kinh tế gia đình.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, nguy cơ suy dinh dưỡng, người cao tuổi, BMI, MNA

SUMMARY

ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS OF ELDERLY IN QUANG DIEN DISTRICT, THUA THIEN HUE PROVINCE IN 2017

Background: Increasing number of elderly worldwide has great challenges to the healthcare system. Chronic energy deficiency (CED) is common in the elderly, which increases the risk of morbidities and mortality. Timely and accurate diagnosis of malnutrition is essential to initiate optimal nutritional therapy and improve life quality. In elderly people "without overt disease", low-degree malnutrition is often overlooked and left untreated. This study using Mini Nutritional Assessment – MNA with sensitivity 96%, specificity 98% to detect early malnutrition in elderly. **Objectives:** 1. To assess the nutritional status of elderly in Quang Dien district, Thua Thien Hue province by using the anthropometric method and Mini Nutritional Assessment – MNA questionnaire 2. To determine factors related to elderly's nutritional status. **Methodology:** A cross-sectional study was conducted on 650 people aged above 60 in 5 communes in

¹Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Bích Ngọc

Email: phanthibichngoc06@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2019

Ngày duyệt bài: 7.3.2019

Quang Dien district. Data of height, weight, mid-arm circumference, and calf circumference were collected by anthropometry method. The MNA questionnaire was used to determine elderly who were at risk of malnutrition and its associated factors. **Result:** The prevalence of elderly malnutrition was 8.2% and 53.2% participants were at risk of malnutrition. Malnutrition and risk of malnutrition tended to increase with age, prominently in women. Multivariate logistic regression analysis showed that household income, number of the main meal, primary healthcare provider, dental problems were associated factors of malnutrition. **Conclusion:** Elderly malnutrition a considerable public health issue. Timely detection is crucial for proper management. Associated factors were household income, number of the main meal, primary healthcare provider and dental health problems.

Keywords: malnutrition, risk of malnutrition, the elderly, BMI, MNA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, trên Thế giới cũng như ở Việt Nam tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng. Sự phát triển dân số người cao tuổi sẽ tạo ra thách thức cho hệ thống chăm sóc sức khỏe [4]. Suy dinh dưỡng là một tình trạng phổ biến ở người già, nó làm tăng nguy cơ mắc bệnh và tử vong. Việc chẩn đoán sớm và chính xác suy dinh dưỡng là điều cần thiết góp phần điều trị các bệnh của tuổi già [7]. Hiện nay một số quốc gia trên thế giới đang sử dụng bộ câu hỏi đánh giá dinh dưỡng tối thiểu (Mini Nutritional Assessment MNA) để đánh giá tình trạng dinh dưỡng người cao tuổi vì chỉ số khối cơ thể (BMI) được Tổ chức y tế thế giới khuyến cáo chỉ dùng cho người dưới 60 tuổi. MNA có độ nhạy, độ đặc hiệu cao (96%,98%), dễ thực hiện vừa có thể áp dụng cho người khỏe mạnh sống tại cộng đồng và người bệnh đang được điều trị bệnh viện [6]. Nhằm đóng góp số liệu thực tế để áp dụng bộ câu hỏi này vào đánh giá tình trạng dinh dưỡng người cao tuổi tại cộng đồng và đưa ra những kiến nghị nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho người cao tuổi chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng người cao tuổi tại huyện Quảng Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2017" với hai mục tiêu:

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng người cao tuổi theo bộ câu hỏi đánh giá dinh dưỡng tối thiểu
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: NCT từ 60 tuổi trở lên đang sinh sống tại huyện Quảng Điền vào thời điểm điều tra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng

phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể [Error! Reference source not found.].

$$Z_{1-\alpha/2}^2 * \frac{p * (1-p)}{d^2}$$

Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 650 người.

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu chùm kết hợp phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng tỷ lệ, được thực hiện qua các giai đoạn: [1]

Giai đoạn 1: Chọn chùm (xã): Trên địa bàn huyện Quảng Điền gồm 10 xã và 1 thị trấn. Dùng phương pháp ngẫu nhiên đơn chọn 2 xã thuộc phía Bắc, 2 xã thuộc phía Nam và một thị trấn thuộc huyện Quảng Điền. Các xã và thị trấn được chọn là: Quảng Thái, Quảng Lợi, Quảng Phước, Quảng An, Thị trấn Sịa.

Giai đoạn 2: Chọn đối tượng nghiên cứu.

Số đối tượng nghiên cứu tại mỗi xã được tính theo công thức sau:

$n_i = n \cdot N_i/N$. **Trong đó:** n_i là số đối tượng nghiên cứu tại mỗi xã, thị trấn

n : Cỡ mẫu nghiên cứu

N_i : Số NCT mỗi xã, thị trấn

N : số NCT của 5 xã, thị trấn được chọn.

2.4. Cách đánh giá và nhận định kết quả

Lập danh sách tất cả NCT trong mỗi xã, thị trấn sử dụng bảng số ngẫu nhiên để chọn đủ số NCT cần nghiên cứu.

Phân loại tình trạng dinh dưỡng (TTDD) đối tượng nghiên cứu theo WPRO - WHO để phù hợp hơn với người Việt Nam [2].

Chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi MNA để đánh giá TTDD tối thiểu của đối tượng: cho điểm cho mỗi câu trả lời của từng câu hỏi, sau đó tính tổng số điểm của tất cả các câu trả lời và được phân loại như sau: < 17 suy dinh dưỡng (SDD), 17 - 23,5 nguy cơ suy dinh dưỡng (NCSDD), ≥ 24 bình thường [6]. Khi phân tích mối liên quan chúng tôi chia thành 2 nhóm là nhóm SDD, NCSDD và nhóm bình thường

- Xác định một số yếu tố liên quan đến TTDD bao gồm:

+ Xác định mối liên quan giữa TTDD và một số đặc điểm nhân khẩu học ở đối tượng nghiên cứu như nhóm tuổi, giới, kinh tế, trình độ học vấn, nghề nghiệp hiện tại, tình trạng hôn nhân, hoàn cảnh sống.

+ Xác định mối liên quan TTDD và lối sống, thói quen ăn uống ở đối tượng nghiên cứu như hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, tập thể dục, số bữa ăn chính, người chăm sóc chủ yếu, vấn đề răng miệng.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Epidata và SPSS 22.0. Sử dụng các test thống kê mô tả và sử dụng mô hình hồi quy logistics đa biến với tỷ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% của OR để kiểm soát yếu tố nhiễu và thể hiện mức độ liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và các biến dự báo khác ở đối tượng nghiên cứu.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên cơ sở tự nguyện tham gia của đối tượng, sự ủng hộ của chính quyền và các trạm y tế, kỹ thuật thu thập thông tin đơn giản, thông tin cá nhân được mã hóa.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Nhóm tuổi, giới và trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin về nhóm tuổi, giới và trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Thông tin		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	60 – 69	348	53,5
	70 – 79	218	33,5
	≥ 80	84	12,9
Giới	Nam	284	43,7
	Nữ	366	56,3
Trình độ học vấn	Mù chữ	55	8,5
	Biết đọc, biết viết	184	28,3
	Tiểu học	311	47,8
	THCS	77	11,8
	THPT trở lên	23	3,5
Tổng		650	100

Người cao tuổi chủ yếu là phụ nữ (56,3%) và nằm trong độ tuổi 60 – 69, chiếm 53,5%.

3.1.2 Nghề nghiệp hiện tại, tình trạng hôn nhân, hoàn cảnh sống và kinh tế

Bảng 2. Thông tin về nghề nghiệp hiện tại, tình trạng hôn nhân, hoàn cảnh sống và kinh tế của đối tượng nghiên cứu

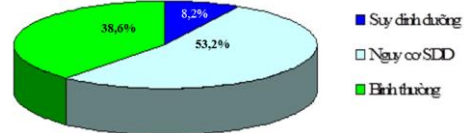
Thông tin		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp hiện tại	Nội trợ	100	15,4
	Hưu trí	11	1,7
	Làm ruộng	357	54,9
	Làm thuê	7	1,1
	Buôn bán	29	4,5
	Mất sức lao động	140	21,5
	Nghề khác	6	0,9
Tình trạng hôn nhân	Có vợ/chồng	459	70,6
	Góa vợ/chồng	188	28,9
	Độc thân	3	0,5
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	101	15,5
	Sống với người thân	549	84,5

Kinh tế	Nghèo	82	12,6
	Cận nghèo	128	19,7
	Khả trở lên	440	67,7
Tổng		650	100

Phần lớn NCT hiện tại đang làm ruộng (54,9%), có một tỷ lệ rất nhỏ NCT phải đi làm thuê cho người khác (1,1%), có 21,5% NCT quá già yếu hiện không thể làm việc. Hiện tại có 84,5% NCT đang sống với người thân; 15,5% sống một mình. Hầu hết các hộ gia đình NCT có kinh tế khá giả (67,7%), chỉ có 12,6% hộ nghèo.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Tình trạng dinh dưỡng theo đánh giá dinh dưỡng tối thiểu (MNA)



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo MNA

Điểm MNA trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 22,3. Theo đánh giá bằng MNA chỉ có 38,6% NCT có TTDD bình thường, hơn một nửa có nguy cơ suy dinh dưỡng (53,2%) và có 8,2% SDD. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Pereira tại Brazil với tỷ lệ SDD là 8,3%; NCSDD là 55,6% [7]. Nhìn chung, tỷ lệ SDD và NCSDD theo MNA cao hơn so với tỷ lệ SDD theo đánh giá bằng nhân trắc (BMI). Từ đó cho thấy ưu điểm lớn của MNA, giúp xác định sớm những người có NCSDD trước khi có biểu hiện ra bên ngoài. Do đó giúp sàng lọc và can thiệp sớm, tránh để lại những hậu quả nặng nề.

Bộ câu hỏi đánh giá dinh dưỡng MNA được xem là công cụ sàng lọc đã được công nhận tốt nhất cho cộng đồng NCT. Nhằm giúp xác định sớm những yếu tố nguy cơ để can thiệp kịp thời, do đó chúng tôi xác định một số yếu tố liên quan đến TTDD theo MNA.

3.2.2. Tình trạng dinh dưỡng ở đối tượng nghiên cứu theo BMI.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo BMI

Tình trạng dinh dưỡng		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Suy dinh dưỡng	Độ I	114	17,5
	Độ II	44	6,8
	Độ III	16	2,5
Bình thường		326	50,1
Thừa cân		107	16,5

Béo phì	Độ I	43	6,6
Tổng		650	100

Bảng 3 cho thấy có 26,8% NCT suy dinh dưỡng, trong đó độ I chiếm tỷ lệ cao nhất 17,5%, chỉ có 2,5% độ III. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Hà Thị Ninh ở Bến Tre với tỷ lệ CED là 27,5%, cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Phúc Nguyệt tại Nam Định với tỷ lệ CED là 25,7% và nghiên cứu của Phạm Thị Tâm tại An Giang với tỷ lệ CED là 24,2% [2],[3].

Tỷ lệ thừa cân, béo phì chung của đối tượng nghiên cứu là 23,1%, trong đó có 16,5% NCT thừa cân và 6,6% béo phì độ I, không có NCT nào béo phì độ II và độ III. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thái Hoàng tại Cần Thơ là 28,9%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Văn Long tại Nam Định 13,3% và Phạm Thị Tâm ở An Giang 14,4% [2], [4]. Điều này cho thấy thừa cân béo phì là vấn đề đáng lo ngại ở NCT. Béo phì là một trong những nguyên nhân làm trầm trọng thêm các bệnh mạn tính, tăng nguy cơ mắc các bệnh như tim mạch, tăng huyết áp, tai biến mạch máu não, đái tháo đường type 2.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistics đa biến tình trạng dinh dưỡng theo MNA và các yếu tố liên quan

Đặc điểm	NCSDD và SDD		
	OR	Khoảng tin cậy 95%	p
Giới : Nam	1		
Nữ	2,187	1,500 – 3,188	<0,001
Nhóm tuổi			
60 – 69	1		
70 – 79	1,791	1,194 – 2,686	0,005
≥ 80	3,497	1,665 – 7,344	0,001
Kinh tế			
Nghèo	2,715	1,330 – 5,543	0,006
Cận nghèo	1,843	1,147 – 2,962	0,012
Khả trở lên	1		
Số bữa ăn chính			
< 3 bữa	2,023	1,453 – 2,817	<0,001
≥ 3 bữa	1		
Người chăm sóc chủ yếu			
Vợ/chồng	1		
Con trai	2,599	1,472 – 4,592	0,001
Con gái	1,592	0,665 – 3,809	0,296
Sống một mình	1,961	1,203 – 3,196	0,007
Khác	2,268	0,114 – 4,617	0,024
Vấn đề SKRM			
Có	2,769	1,996 – 3,843	< 0,001
Không	1		

Lưu ý: chỉ những biến số liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trong mô hình đa biến

mới được trình bày trong 2 bảng trên.

Qua phân tích hồi quy cho thấy nữ giới có tỷ lệ NCSDD và SDD cao hơn 2,2 lần nam ($p < 0,001$). Nữ giới có TTDD kém hơn so với nam giới, điều này giải thích như sau vốn dĩ nữ giới có cân nặng, chiều cao thấp hơn nam giới. Hơn nữa, nữ giới ở địa bàn nghiên cứu thường lo toan mọi việc trong nhà, sự căng thẳng do phải đối mặt nhiều vấn đề trong cuộc sống là nguyên nhân dẫn đến quá trình lão hóa ở nữ giới diễn ra nhanh hơn so với nam giới. Bên cạnh đó đã có một số nghiên cứu chứng minh được rằng NCT là nữ giới có chất lượng cuộc sống kém hơn so với nhóm NCT là nam giới. Tất cả điều này dẫn đến tỷ lệ NCSDD và SDD nữ giới cao hơn nam giới. Nghiên cứu của Rashmi Agarwalla tại huyện Kamrup, Assam, Ấn Độ, Saruna Ghimire tại Nepal cũng cho kết quả tương tự [4].

Trọng lượng cơ thể tăng cho đến 50 – 59 tuổi, sau đó giảm, bên cạnh đó khối nạc giảm, lượng mỡ cơ thể tăng cho đến 70 tuổi, sau đó giảm lại. Do đó có sự liên quan giữa TTDD và tuổi. Nghiên cứu của Agarwalla và nghiên cứu của Chavarro-Carvajal tại Colombia cho thấy những người lớn tuổi có NCSDD lớn hơn những người trẻ tuổi, điều này do quá trình lão hóa tự nhiên cùng với sự gia tăng các bệnh cấp tính và mạn tính khi tuổi cao [4],[5].

Qua phân tích đa biến cho thấy tỷ lệ NCT có NCSDD và SDD ở nhóm nghèo cao gấp 2,7 lần và nhóm cận nghèo cao gấp 1,8 lần nhóm kinh tế khá trở lên ($p < 0,05$). NCT trong nghiên cứu của chúng tôi sống ở vùng nông thôn, năng suất và hiệu suất lao động nông nghiệp còn rất thấp, ít có tiết kiệm để chi tiêu khi tuổi già. NCT sẽ phải đối mặt với nhiều vấn đề tiềm ẩn, bao gồm cả nghèo đói do phải dành toàn bộ nguồn thu hạn chế của mình cho các dịch vụ chăm sóc nói chung và chăm sóc sức khỏe nói riêng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NCT ăn < 3 bữa có tỷ lệ NCSDD và SDD cao hơn 2,0 lần NCT ≥ 3 bữa. Do đặc thù vùng nông thôn, điều kiện còn khó khăn nên tỷ lệ NCT ăn < 3 bữa/ngày ở địa bàn nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao, đa số NCT thường xem nhẹ bữa sáng, nhiều người cho rằng bữa sáng là bữa không quan trọng và họ thường làm các công việc nhẹ nên buổi sáng không cần thiết, mặt khác một số người cảm thấy ăn không ngon miệng, do vấn đề về nhai nên chán ăn, lười ăn hoặc bỏ bữa. Chúng tôi nhận thấy rằng áp lực kinh tế ảnh hưởng lớn đến chế độ ăn. NCT thường chú trọng về số lượng trong các bữa ăn hơn chất lượng, họ thường ăn những thức ăn sẵn có ở địa phương như rau quả tự trồng, do đó không đảm bảo đầy

đủ chất dinh dưỡng. NCT có người chăm sóc là vợ/chồng thì có tỷ lệ NCSDD và SDD thấp hơn, người bạn đời là người thực sự hiểu và chia sẻ những niềm vui, nỗi buồn trong cuộc sống, họ cùng nhau tâm sự, cùng nhau ăn uống do đó NCT cảm thấy vui vẻ, ăn ngon miệng hơn và đời sống lạc quan hơn. Tỷ lệ cao NCT có TTDD bình thường thuộc về nhóm NCT có vợ/chồng là người chăm sóc chủ yếu.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những người có vấn đề răng miệng bị SDD và có NCSDD lớn hơn nhóm không có vấn đề răng miệng, qua phân tích đa biến cho thấy lớn hơn 2,8 lần ($p < 0,001$). Đa số NCT chưa bao giờ đến nha sĩ, điều này có thể nói rằng SKRM ảnh hưởng đến lượng thức ăn và do đó ảnh hưởng đến TTDD NCT. Nghiên cứu của Agarwalla và cộng sự cũng cho rằng nhai là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến lượng thức ăn ăn vào của NCT [4]. Nghiên cứu của Chavarro-Carvajal và cộng sự ở Colombia cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa SDD và NCSDD với việc ăn ít thức ăn vì các vấn đề liên quan đến răng miệng. Hơn nữa, sử dụng răng giả được chứng minh yếu tố bảo vệ chống SDD [5].

IV. KẾT LUẬN

1. Tình trạng dinh dưỡng của người cao tuổi ở huyện Quảng Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế

- Tỷ lệ người cao tuổi có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng theo MNA lần lượt là 53,2% và 8,2%.

- Tỷ lệ người cao tuổi suy dinh dưỡng theo BMI là 26,8%; trong đó độ I, độ II, độ III lần lượt là 17,5%; 6,8%; 2,5%.

2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh

đưỡng đối tượng nghiên cứu

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số bữa ăn chính, người chăm sóc chủ yếu, vấn đề răng sức khỏe răng miệng và kinh tế gia đình.

V. KIẾN NGHỊ

- Nên sử dụng bộ câu hỏi MNA để xác định sớm những người cao tuổi có nguy cơ suy dinh dưỡng.

- Người cao tuổi cần ăn ≥ 3 bữa chính mỗi ngày và đảm bảo đầy đủ các chất dinh dưỡng, con cái cần quan tâm, chia sẻ niềm vui nỗi buồn để hiểu rõ các cụ hơn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Ngọc Hoạt, Võ Văn Thắng (2011), Phương pháp nghiên cứu sức khỏe cộng đồng, Nhà xuất bản Đại học Huế, Huế, tr. 69.
2. Trần Thị Phúc Nguyệt, Nguyễn Văn Khiêm (2012), "Tình trạng dinh dưỡng của người cao tuổi ở xã Hải Toàn, huyện Hải Hậu, tỉnh Nam Định năm 2012", Tạp chí y học dự phòng, XXIV(7), tr.158 – 159.
3. Phạm Thị Tâm, Nguyễn Phước Hải, Lê Văn Khoa (2011), "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng người cao tuổi tại huyện Tân Châu, tỉnh An Giang năm 2009", Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, 7(1).
4. Agarwalla R., et al (2015), "Assessment of the nutritional status of the elderly and its correlates", Journal Family Community Medicine, 22 (1), pp. 39 – 43.
5. Chavarro C. D., et al (2015), "Nutritional Assessment and Factors Associated to Malnutrition in Older Adults: A Cross-Sectional Study in Bogotá, Colombia" Journal of Aging and Health, 27(2), pp. 304 – 319.
6. Nestle Nutrition Institute, Nutrition screening as easy as MNA, MNA guide English.
7. Pereira M. R. S., Santa C. C. M. A. (2011), "Risk of malnutrition among Brazilian institutionalized elderly", Journal of Nutrition, Health and Aging, 15 (7), pp.532 – 535.

THAY ĐỔI KIẾN THỨC VÀ HÀNH VI VỀ PHÒNG BỆNH CÒI XƯƠNG DO THIẾU VITAMIN D CHO BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 12 THÁNG TUỔI SAU CAN THIỆP GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Hoàng Thị Vân Lan¹, Hoàng Thị Minh Thái²,
Nguyễn Thị Thanh Huyền³, Nguyễn Thị Dung⁴, Nguyễn Thị Thu Hường⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi kiến thức và hành vi của bà mẹ về phòng bệnh còi xương do thiếu vitamin D cho trẻ sau can thiệp giáo dục sức khỏe.

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Vân Lan

Email: vanlannhi@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2019

Ngày duyệt bài: 12.3.2019

Phương pháp: can thiệp giáo dục sức khỏe bằng phương pháp tư vấn giáo dục trực tiếp mặt đối mặt trên 110 bà mẹ có con dưới 12 tháng tuổi đang nằm điều trị tại bệnh viện Nhi Tỉnh Nam Định. Đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp dựa trên bộ câu hỏi có sẵn. **Kết quả:** Kiến thức và hành vi của bà mẹ được cải thiện khá tốt sau can thiệp giáo dục sức khỏe cụ thể điểm trung bình kiến thức từ $4,29 \pm 1,31$ tăng lên $8,62 \pm 0,71$ (thang điểm 10). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm trung bình hành vi từ $3,49 \pm 2,05$ tăng lên $7,99 \pm 1,51$ (thang điểm 10), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. **Kết luận:** Can

thiệp giáo dục được sử dụng góp phần nâng cao kiến thức, hành vi của bà mẹ để phòng bệnh còi xương do thiếu vitamin D cho trẻ tốt hơn.

SUMMARY

CHANGE KNOWLEDGE AND BEHAVIORS OF MOTHERS OF CHILDREN UNDER 12 MONTHS OF PREVENTING RICKETS DUE TO VITAMIN D DEFICIENCY AFTER HEALTH EDUCATION INTERVENTION

Objective: The research was conducted to evaluate the changes in knowledge and behaviors of mothers on prevention of rickets caused by vitamin D deficiency for children after health education intervention. **Methods:** Interventions of health education through direct face-to-face counseling on 110 mothers of children under 12 months of age were being treated at Nam Dinh Provincial Pediatric Hospital. Evaluate the effectiveness of the intervention by the questionnaires. **Results:** Knowledge and behaviors of mothers improved very well after health education program. The mean knowledge score increased from $4,29 \pm 1,31$ to $8,62 \pm 0,71$ (scale of 10), the difference was statistically significant at $p < 0,05$. The mean behavior score increased from $3,49 \pm 2,05$ to $7,99 \pm 1,51$ (scale of 10), this difference was statistically significant with $p < 0,01$. **Conclusion:** Educational intervention can enhance maternal knowledge and behaviors in the prevention rickets due to vitamin D deficiency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Còi xương do thiếu vitamin D còn gọi là còi xương dinh dưỡng. Đây là bệnh toàn thân xảy ra trên cơ thể mà hệ xương còn đang trong giai đoạn phát triển mạnh liên quan đến chuyển hóa canxi và phosphor do thiếu vitamin D [3],[7]. Trẻ bị còi xương dễ mắc các bệnh như viêm phổi, tiêu chảy, suy dinh dưỡng và làm ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, vận động trẻ chậm biết lẫy, bò, ngồi, đứng, đi. Nếu không kịp thời điều trị sẽ để lại di chứng ở hệ xương như: Lồng ngực biến dạng, gù, vẹo cột sống, chân tay cong vẹo. Các biến dạng của xương làm giảm chiều cao của trẻ, hạn chế chức năng hô hấp, thay đổi dáng đi ảnh hưởng xấu đến sinh đẻ sau này đối với bé gái làm tăng gánh nặng chi phí điều trị cho ngành y tế [4], [5],[6].

Theo WHO trên thế giới có khoảng 178 triệu trẻ em bị còi xương. Việt Nam là một nước nhiệt đới nhiều ánh nắng mặt trời, đây là nguồn cung cấp vitamin D tốt nhất nhưng tỷ lệ thiếu vitamin D ở trẻ tương đối cao [3],[7]. Theo thống kê của viện dinh dưỡng năm 2010 trẻ dưới 5 tuổi bị còi xương là 29%, năm 2012 tại huyện Hoài Đức, Hà Nội cho thấy trẻ từ 1-6 tháng tuổi có hàm lượng vitamin D thấp là 40%, thiếu vitamin D là 24% và số trẻ thiếu nặng là 9% [5]. Còi xương là vấn đề sức khỏe của trẻ em ở nhiều quốc gia, đặc

biệt là các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Nguyên nhân của tình trạng còi xương do thiếu vitamin D là do tập quán kiêng nể và gió cho trẻ trong những tháng đầu sau sinh, ngoài ra trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và chế độ nhiều tinh bột cũng làm giảm hấp thu calci và vitamin D dẫn tới trẻ bị còi xương. Để phòng còi xương do thiếu vitamin D cho trẻ thì bà mẹ phải có kiến thức về chăm sóc và phòng bệnh cho trẻ. [1],[3],[7]. Giáo dục sức khỏe là quá trình tác động nhằm nâng cao kiến thức, hành vi chăm sóc trẻ của bà mẹ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bà mẹ có con dưới 12 tháng tuổi đang điều trị tại Bệnh viện Nhi Nam Định.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 1- 12/2015 tại Bệnh viện Nhi Tỉnh Nam Định.

3. Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp có đánh giá trước sau.

4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn 110 bà mẹ nằm trong tiêu chuẩn chọn mẫu với phương pháp lấy mẫu thuận tiện

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các bà mẹ có con dưới 12 tháng tuổi đang nằm điều trị tại bệnh viện Nhi Nam Định.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bà mẹ không đồng ý tham gia vào nghiên cứu, không thể tiếp nhận và trả lời được các câu hỏi; bà mẹ có trẻ đang cấp cứu.

5. Phương pháp can thiệp: tư vấn kiến thức và hành vi của các bà mẹ bằng phương pháp mặt đối mặt, có kèm theo phát tờ rơi.

6. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn.

7. Tiến trình thu thập: Bước 1: Đánh giá trước can thiệp; **Bước 2:** Tiến hành can thiệp (trong suốt thời gian trẻ nằm viện); **Bước 3:** Đánh giá sau can thiệp (trước khi trẻ ra viện)

8. Xử lý: Số liệu được nhập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Biến số	Nội dung	Tần số	%
Nhóm tuổi	< 20	15	13,6
	20- 35	78	70,9
	> 35	17	15,5
Nghề nghiệp	Nông dân	17	15,5
	Công nhân	47	42,7
	Nội trợ	27	24,2
	Viên chức	19	17,3

Nhận xét: Tuổi bà mẹ ở nhóm 20-35 tuổi chiếm 70.9%. Nghề nghiệp của bà mẹ chủ yếu là công nhân chiếm 42.7%.

Bảng 2: Kiến thức của bà mẹ về nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

Nguyên nhân	Trước GDSK		Sau GDSK	
	n	%	n	%
Do nhà ở chật chội, thiếu ánh sáng	82	74,5	91	82,7
Giữ trẻ trong nhà không cho tiếp xúc với ánh nắng mặt trời	72	65,5	95	86,4
Mặc quá nhiều quần áo.	34	30,9	98	89,1
Ăn bột nhiều.	18	16,4	85	77,3
Trẻ không được bú mẹ hoàn toàn	25	22,7	91	82,7
Ăn bột quá sớm.	31	28,2	100	90,9
Yếu tố nguy cơ				
Trẻ dưới 1 tuổi	61	55,5	97	88,2
Trẻ đẻ non	55	50,0	98	89,1
Trẻ hay mắc các bệnh nhiễm khuẩn	59	53,6	106	96,4
Trẻ mắc bệnh tiêu hóa kéo dài	54	49,1	54	49,1
Trẻ bị tắc mắt bẩm sinh	36	32,7	91	82,7
Trẻ ăn bột nhiều và sớm	26	23,6	101	91,8
Tổng	110	100	110	100

Nhận xét: Nguyên nhân gây bệnh còi xương trẻ ăn bột nhiều và cho trẻ ăn sớm trước can thiệp chỉ có 28.2% bà mẹ trả lời đúng, sau can thiệp đã có 90.9% bà mẹ trả lời đúng và trẻ dưới 1 có nguy cơ cao bị bệnh còi xương trước can thiệp chỉ có 55.5% bà mẹ trả lời đúng. Sau can thiệp đã có 88.2% bà mẹ trả lời đúng câu hỏi này.

Bảng 3: Kiến thức của bà mẹ về cách tắm nắng cho trẻ.

Nội dung	Trước GDSK		Sau GDSK	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Tuổi bắt đầu tắm nắng	48	43,6	96	87,3
Thời điểm tắm nắng	75	68,2	108	98,2
Thời gian 1 lần tắm nắng	43	39,1	105	95,5
Địa điểm tắm nắng	63	57,3	100	90,9
Cách nhận biết dấu hiệu 1 lần tắm nắng đủ	57	51,8	94	85,5
Thời gian một đợt tắm nắng	45	40,9	92	83,6
Tổng	110	100	110	100

Nhận xét: Trước can thiệp chỉ có 57.3% bà mẹ trả lời đúng địa điểm tắm nắng cho trẻ. Sau can thiệp đã có 90.9% bà mẹ trả lời đúng câu hỏi này.

Bảng 4: Hành vi tắm nắng cho trẻ của bà mẹ

Nội dung	Trước GDSK		Sau GDSK	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Che mắt khi tắm nắng cho trẻ	20	18,2	82	74,5
Bộc lộ phần cơ thể trẻ để tắm nắng	32	29,1	95	86,4
Đề mặt trẻ quay vào mẹ, hướng vùng cơ thể đã bộc lộ về phía có ánh nắng mặt trời	65	59,1	100	90,9
Tắm nắng cho trẻ đủ thời gian	31	28,2	75	68,2
Dùng khăn khô, mềm lau mồ hôi cho trẻ	27	24,4	83	75,5
Cho trẻ bú hoặc cho trẻ uống một ít nước ấm sau khi tắm nắng	55	50,0	92	83,6
Tổng	110	100	110	100

Nhận xét: Trước can thiệp có 29.1% bà mẹ bộc lộ cơ thể trẻ khi tắm nắng. Sau can thiệp đã có 86.4% bà mẹ biết phải bộc lộ cơ thể trẻ khi tắm nắng.

Bảng 4: So sánh điểm kiến thức, hành vi trước và sau giáo dục sức khỏe

Kiến thức	Điểm trung bình		t	p
	Trước giáo dục sức khỏe	Sau giáo dục sức khỏe		
Hành vi	Trước giáo dục sức khỏe	3,49 ± 2,05	t= 15,027	P<0,01
	Sau giáo dục sức khỏe	7,99 ± 1,51		

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bà mẹ. Có 110 bà mẹ trong nghiên cứu với độ tuổi 20-35 tuổi

chiếm tỷ lệ cao 70.9%. Trình độ văn hóa của bà mẹ phổ thông trung học chiếm tỷ lệ 40,9% điều này cho ta thấy trình độ văn hóa của các bà mẹ

kể cả nông thôn cũng được cải thiện do điều kiện xã hội ngày một nâng cao. Nghề nghiệp của bà mẹ trong nghiên cứu cho thấy 42,7% bà mẹ là công nhân.

4.2. Kiến thức của bà mẹ về nguyên nhân và yếu tố nguy cơ. Còi xương do thiếu vitamin D không phải là bệnh cấp tính, có tác động của nhiều yếu tố như cân nặng khi sinh, chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ. Trước GDFS kiến thức của bà mẹ là khá thấp đặc biệt các bà mẹ đều không biết khi trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, cho ăn bột sớm và ăn nhiều bột cũng là nguyên nhân gây còi xương do thiếu vitamin D. Quan niệm nuôi con từ trước cho rằng trẻ ăn bột sớm và khi nấu bột bằng nước xương hầm sẽ bổ sung canxi, ăn bột sớm trẻ sẽ cứng cáp hơn. Điều này cho thấy thông tin về phòng bệnh còi xương do thiếu vitamin D tại cộng đồng còn rất thiếu. Sau giáo dục sức khỏe tình trạng đã được cải thiện đáng kể. Đây là yếu tố quan trọng để bà mẹ thay đổi hành vi chăm sóc trẻ.

Từ kiến thức còn thiếu hụt về nguyên nhân gây bệnh còi xương dẫn đến các bà mẹ đều trả lời chưa tốt cho các câu hỏi về những trẻ có nguy cơ cao bị còi xương do thiếu vitamin D. Trước giáo dục sức khỏe chỉ có 55,5% bà mẹ trả lời đúng trẻ dưới 1 tuổi có nguy cơ cao bị còi xương do thiếu vitamin D. Nhưng sau giáo dục sức khỏe đã có 88,2% bà mẹ trả lời đúng.

4.3. Kiến thức về cách tắm nắng cho trẻ. Để tắm nắng có tác dụng phòng bệnh thì trẻ phải được tắm nắng sớm, đủ thời gian và đảm bảo khi tắm nắng không làm cho trẻ bị nhiễm lạnh. Trong nghiên cứu cho thấy trước can thiệp hầu hết các bà mẹ vì sợ trẻ bị nhiễm lạnh do đó thường cho trẻ tắm nắng muộn, cho trẻ tắm nắng qua cửa kính và các bà mẹ chưa nhận biết được một lần tắm nắng cho trẻ đủ là phải đảm bảo đủ thời gian hoặc da trẻ ứng hồng thì dừng lại. Sau can thiệp giáo dục đã có sự thay đổi từ 51,8% bà mẹ trả lời đúng tăng lên 85,5% bà mẹ trả lời đúng, kiến thức của bà mẹ về bệnh còi xương do thiếu vitamin D ở trẻ đã thay đổi. Cụ thể điểm trung bình là $4,29 \pm 1,31$ tăng lên $8,62 \pm 0,71$.

4.4. Hành vi tắm nắng cho trẻ của bà mẹ. Để phòng được bệnh còi xương do thiếu vitamin D cho trẻ hoàn toàn phụ thuộc vào chăm sóc của bà mẹ nếu bà mẹ có kiến thức tốt sẽ có hành vi chăm sóc trẻ tốt và những bà mẹ được giáo dục sức khỏe thường xuyên, liên tục từ cán bộ y tế thì sẽ có hành vi chăm sóc, phòng bệnh cho trẻ tốt hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy hành vi tắm nắng cho trẻ của bà mẹ sau giáo dục sức khỏe được cải thiện đáng kể cụ thể điểm

trung bình hành vi của bà mẹ trước giáo dục sức khỏe là $3,49 \pm 2,05$ tăng lên $7,99 \pm 1,51$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng kiến thức, hành vi về phòng bệnh còi xương do thiếu vitamin D của bà mẹ có con dưới 12 tháng tuổi trước giáo dục sức khỏe còn nhiều hạn chế: Chỉ có 16,4% và 28,8% bà mẹ biết ăn bột nhiều và ăn bột sớm là nguyên nhân gây bệnh còi xương, 28,2% bà mẹ tắm nắng cho trẻ không đủ thời gian và còn tắm nắng cho trẻ qua cửa kính.

2. Kiến thức và hành vi chăm sóc trẻ của bà mẹ đã thay đổi rõ rệt: Trước giáo dục sức khỏe điểm trung bình kiến thức là $4,29 \pm 1,31$, sau giáo dục sức khỏe là $8,62 \pm 0,71$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm trung bình hành vi của bà mẹ trước giáo dục sức khỏe là $3,49 \pm 2,05$ tăng lên $7,99 \pm 1,51$ sau giáo dục sức khỏe sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cung cấp cho các bà mẹ kiến thức về cách phòng bệnh còi xương do thiếu vitamin D. Tăng cường công tác GDSK cho các bà mẹ tại các cơ sở y tế đặc biệt là các bà mẹ sau sinh.

2. Điều dưỡng phải đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao kiến thức và hành vi phòng bệnh còi xương do thiếu vitamin D cho trẻ thông qua việc giáo dục sức khỏe cho các bà mẹ thường xuyên, liên tục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). Các biện pháp phòng bệnh còi xương.
2. Đào Ngọc Diễm, Trần Thị Bích Nga (2001). Bệnh còi xương dinh dưỡng, Bài giảng nhi khoa tập I, Nhà xuất bản Y học, trang 207 – 212.
3. Viện dinh dưỡng (2012). Thiếu vitamin D và một số yếu tố liên quan ở trẻ em từ 1-6 tháng tuổi trên địa bàn thành phố Hà Nội.
4. Phan Thị Minh Hạnh (2014), Bệnh còi xương do thiếu vitamin D, Bài giảng Điều dưỡng nhi khoa Trường Đại học điều dưỡng Nam Định, trang 138 – 141.
5. Hoàng Thị Năng, 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 MEDIANEC.
6. Nguyễn Văn Sơn (2000). Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ còi xương suy dinh dưỡng ở trẻ em <3 tuổi tại một số vùng miền núi phía Bắc và hiệu quả điều trị bằng vitamin D liều thấp.
7. Nguyễn Văn sơn, Đào Ngọc Diễm, Lê Nam Trà (1997). Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của bệnh còi xương dinh dưỡng ở trẻ dưới 3 tuổi, Kỷ yếu thực hành – Kỷ yếu công trình NCKH Viện bảo vệ sức khỏe trẻ em, trang 38 – 41.
8. Gordoldman CM, Feldman, HA, Sinclair L, et al (2008). Prevalence of vitamin D deficiency among healthy infants and toddlers. Arch Pediatr. Adolesc Med. 162(6), 505 -512.