

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BỂ THẬN NIỆU QUẢN BẰNG ROBOT ĐIỀU TRỊ HẸP PHẦN NỐI BỂ THẬN NIỆU QUẢN Ở TRẺ EM

Nguyễn Duy Việt*, Lê Anh Dũng*,
Vũ Xuân Hoàn*, Nguyễn Thanh Quang*,
Vũ Duy Anh*, Đỗ Mạnh Hùng*, Nguyễn Thanh Liêm*

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả kết quả phẫu thuật tạo hình bể thận-niệu quản robot trong điều trị hẹp phần nối bể thận-niệu quản bẩm sinh ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu bệnh án 30 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi Robot điều trị hẹp phần nối bể thận-niệu quản, tất cả bệnh nhân được siêu âm và chụp xạ hình thận chẩn đoán, đánh giá chức năng thận trước mổ. Các tham số nghiên cứu như: tuổi, giới, thời gian mổ, thời gian nằm viện, thời gian theo dõi sau mổ, đường kính bể thận trước và sau mổ, với $p < 0,005$ có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** 30 bệnh nhân được tạo hình bể thận-niệu quản bằng phẫu thuật nội soi robot điều trị hẹp phần nối bể thận-niệu quản, có 20 trẻ trai (66.67%) và 10 trẻ nữ (33.33%). Có 24 (80.0%) bệnh nhân phẫu thuật bên trái và 6 (20.0%) bệnh nhân được phẫu thuật thận bên phải. Tuổi phẫu thuật trung bình là 96.4 ± 29.3 (từ 60 -183 tháng tuổi) tháng tuổi. Thời gian mổ trung bình là 168 ± 42 phút (80- 295 phút). Thời gian nằm viện trung bình $5.31 \pm 2,71$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 17 ngày (bệnh nhân có biến chứng sau mổ, được phẫu thuật lại sau 7 ngày). Có 28/30 (93.33%) bệnh nhân có thời gian nằm viện trên 4 ngày. Có 30/30 (100.0%) bệnh nhân phẫu thuật thành công. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ điều trị bệnh lý hẹp khúc nối bể thận - niệu quản chỉ định cho những trường hợp ứ nước thận ở trẻ trên 5 tuổi. Kết quả tốt, không có biến chứng nghiêm trọng.

Từ khóa: thận ứ nước do hẹp phần nối bể thận-niệu quản, xạ hình thận, phẫu thuật Robot.

SUMMARY

OUTCOMES OF ROBOT LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY IN TREATMENT OF URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION IN CHILDREN

Purpose: evaluated Outcomes of robot laparoscopic pyeloplasty in treatment of Ureteropelvic junction obstruction in children. **Materials and Methods:** Assessed retrospectively, 30 patients were performed robot laparoscopic pyeloplasty in treatment of Ureteropelvic junction obstruction (UPJ) stenosis. All of them underwent ultrasound of kidney and diuretic isotopic renography to evaluate the degree of obstruction and impaired renal function. Factors such

as: age, sex, operative time, hospital stay, postoperative follow-up, diameter of renal-pelvic, $p < 0,005$. **Results:** 30 patient were performed robot laparoscopic pyeloplasty in treatment of Ureteropelvic junction obstruction, 20 male (66.67%) and 10 female (33.33%). 24 (80.0 %) UPJ stenosis on the left and 6 (20.0%) on the right. Mean of operative age was 96.4 ± 29.3 (60 -183 months of age) months of age. Mean of operative time was 168 ± 42 minutes (80- 295 minutes), mean of hospital stay was $5.31 \pm 2,71$ days, min was 3 days, max was 17 days (01 patient was complicated after surgery and reoperation after 7 days surgery). 28/30 (93.33%) patients were hospital stay over 4 days. 30/30 (100.0%) were robot laparoscopic pyeloplasty successfully. **Conclusions:** Indicated robot laparoscopic pyeloplasty in treatment of Ureteropelvic junction obstruction in children who is over 5 years of age. There will be good results, no serious complications

Key words: Hydronephrosis due to Ureteropelvic junction obstruction, diuretic isotopic renography, robot laparoscopic pyeloplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khúc nối bể thận- niệu quản (BT – NQ) là bệnh lý thường gặp nhất trong các dị tật bẩm sinh gây ứ nước thận ở trẻ em với tỷ lệ gặp là 1/1500 trẻ sơ sinh. Phẫu thuật Anderson -Hynes được báo cáo lần đầu tiên trên y văn vào năm 1949 đã được chứng minh là một phẫu thuật cho kết quả điều trị tốt nhất bệnh lý hẹp khúc nối BT - NQ ở trẻ em với tỷ lệ thành công tới trên 95%.

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cho kết quả điều trị tương đương như phẫu thuật mổ mở kinh điển. Với ưu thế là một phẫu thuật ít xâm hại, có tính thẩm mỹ cao, các nghiên cứu đều khẳng định phẫu thuật nội soi là sự lựa chọn hàng đầu trong điều trị bệnh lý hẹp khúc nối BT - NQ, đặc biệt ở trẻ em [1], [2], [3], [4], [5].

Một số khó khăn khi tiến hành phẫu thuật nội soi, đặc biệt khi tiến hành khâu nối nội soi khiến nhiều phẫu thuật viên tiết niệu nhi phải mất rất nhiều thời gian học, thực tập để có thể thực hiện. Sự phát triển của phẫu thuật Robot cho phép phẫu thuật viên khắc phục được những khó khăn của phẫu thuật nội soi, kỹ thuật mổ nội soi có sự hỗ trợ của robot tạo hình khúc nối bể thận - niệu quản đã được thực hiện từ năm 2002 [6]. Có nhiều báo cáo về ứng dụng PTNS Robot điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản trong những năm gần đây, phần lớn các báo cáo này

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Việt

Email: vietnhi10@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 23/2/2019

Ngày phản biện khoa học: 18/3/2019

Ngày duyệt bài: 5/4/2019

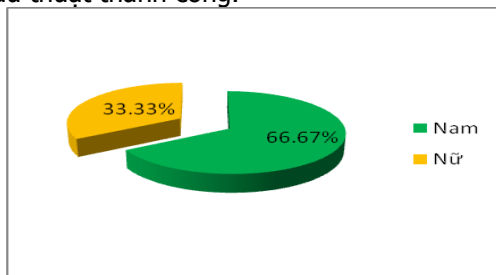
đều nói lên sự ưu việt của PTNS robot. Ở Việt Nam, chưa có một đơn vị nào ngoài bệnh viện Nhi Trung ương được trang bị hệ thống PTNS robot, vì vậy thực hiện đề tài nghiên cứu ứng dụng PTNS robot điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản mang tính thời sự, và có giá trị thực tiễn cao. Trên cơ sở đó chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình bể thận niệu quản bằng Robot điều trị hẹp phần nối bể thận niệu quản ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn từ 12/2015 - 12/2017"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu bệnh án 30 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi Robot điều trị hẹp phần nối bể thận niệu quản, tất cả bệnh nhân được siêu âm và chụp xạ hình thận chẩn đoán, đánh giá chức năng thận trước mổ. Các tham số nghiên cứu như: tuổi, giới, thời gian mổ, thời gian nằm viện, thời gian theo dõi sau mổ, đường kính bể thận trước và sau mổ, với $p < 0,005$ có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

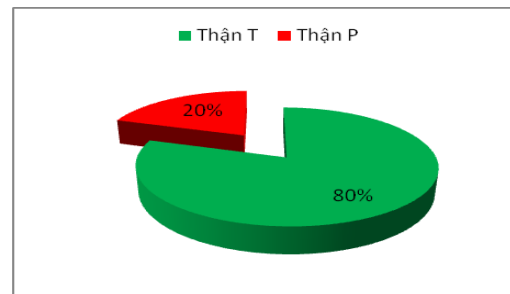
Có 30 bệnh nhân được tạo hình bể thận-niệu quản bằng phẫu thuật nội soi robot điều trị hẹp phần nối bể thận-niệu quản, có 20 trẻ trai (66.67%) và 10 trẻ nữ (33.33%). Có 24 (80.0%) bệnh nhân phẫu thuật bên trái và 6 (20.0%) bệnh nhân được phẫu thuật thận bên phải. Tuổi phẫu thuật trung bình là 96.4 ± 29.3 (từ 60 -183 tháng tuổi) tháng tuổi. Thời gian mổ trung bình là 168 ± 42 phút (80- 295 phút), Thời gian nằm viện trung bình $5.31 \pm 2,71$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 17 ngày (bệnh nhân có biến chứng sau mổ, được phẫu thuật lại sau 7 ngày). Có 28/30 (93.33%) bệnh nhân có thời gian nằm viện trên 4 ngày. Có 30/30 (100.0%) bệnh nhân phẫu thuật thành công.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giới (n=30)

Bảng 1. Chức năng thận trên xạ hình thận trước mổ (n=29)

Chức năng thận trước mổ	N	%
<40 %	5	17.24
40-50%	22	75.86
>50%	2	6.90
Tổng	29	100



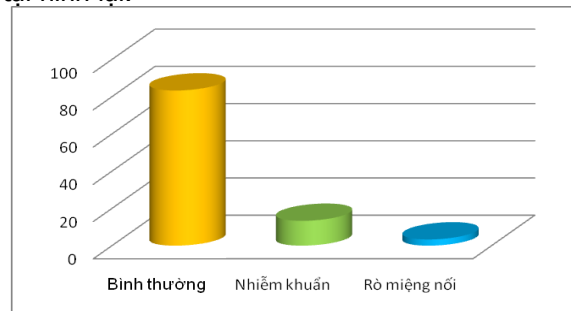
Biểu đồ 2. Thận phẫu thuật (n=30)

Có 29/30 (96.67%) bệnh nhân trong nghiên cứu được làm xạ hình thận trước mổ.

Bảng 2. Thời gian nằm viện (n=30)

Thời gian nằm viện	N	%
<4 ngày	2	6.67
4-6 ngày	23	76.67
> 6 ngày	5	16.66
Tổng	30	100

Có 25/30 (83.33%) diễn biến bệnh nhân ổn định, 4 bệnh nhân có sốt, nhiễm khuẩn sau mổ, 1/30 (3.33%) bệnh nhân rò miệng nối, mổ mở tại hình lại.



Biểu đồ 3. Diễn biến trong thời gian nằm viện (n=30)

Đường kính siêu âm sau 1 tháng là $21,54 \pm 10.44$ mm, khi so sánh 2 trung bình kết quả siêu âm thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Bảng 3. So sánh đường kính bể thận trước mổ và sau mổ 1 tháng

Các giá trị đánh giá kết quả sau mổ	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	P
Kích thước bể thận (n= 30)	29.17 ± 11.29 mm	$21,54 \pm 10.44$ mm	$P > 0,05$ (Wilcoxon signed-rank test)

Có 30/30 (100%) bệnh nhân có theo dõi được sau mổ trên 6 tháng. Thời gian theo dõi trung bình là $13,6 \pm 5,7$ tháng, ngắn nhất là 6 tháng, lâu nhất là 24 tháng. Kích thước bể thận sau mổ 6 tháng trung bình là 16 ± 9.38 mm, nhỏ nhất là 1 mm, lớn nhất là 40 mm. Khi so sánh với kích thước bể thận trước mổ thấy có sự khác biệt rõ rệt với $p < 0,05$.

Bảng 4. Kích thước bể thận sau mổ (n= 30)

Kích thước bể thận sau mổ	N	%
< 20mm	23	76.67
>20mm	7	23.33
Tổng	30	100

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tại bệnh viện Nhi trung ương gồm có 30 bệnh nhân trên 5 tuổi bị ứ nước thận bẩm sinh do hẹp khúc nối BT - NQ được PTNS robot hỗ trợ, có 20 trẻ trai và 10 trẻ gái. Tuổi điều trị phẫu thuật nhỏ nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 60 tháng, lớn nhất là 183 tháng. Tuổi trung bình là $98,51 \pm 28.1$ tháng tuổi. Tác giả Yee và cộng sự cũng báo cáo kết quả tương tự trong nghiên cứu bệnh chứng với 16 bệnh nhân độ tuổi trung bình là 9,8 tuổi (từ 6 tới 15,6 tuổi) được mổ PTNS robot [6].

Theo các nghiên cứu trên thế giới thì tỷ lệ trẻ trai/gái 3-4/1 [7], [8]. Theo Vũ Lê Chuyên tỷ lệ nam là 77,34%, nữ là 22,66%. Theo tác giả Nguyễn Việt Hoa nghiên cứu trên 140 bệnh nhân bị ứ nước thận được mổ tại Bệnh viện Nhi Trung ương và khoa nhi Bệnh viện Việt Đức thì tỷ lệ trẻ trai là 84,28%, tỷ lệ trẻ gái là 16,72%, tỷ lệ trai/gái là 5,35/1. Như vậy, các nghiên cứu trong nước cũng cho thấy tỷ lệ bệnh có ưu thế ở trẻ trai rất rõ ràng nhưng nguyên nhân tại sao thì vẫn chưa giải thích được.

Trong các bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi gặp thận bên trái bị bệnh là 24 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 80%; thận bên phải bị bệnh là 6 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 20%. So sánh với trên thế giới thấy tỷ lệ gặp bên trái và phải là tương đương, với tỷ lệ thận trái/ thận phải là 2/1.

100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được làm xạ hình thận. Tất cả các bệnh nhân đều được sử dụng DTPA. Đây cũng là điểm khác biệt của nghiên cứu với các báo cáo trước đây. Chức năng thận trung bình là $44,91 \pm 6,19\%$, thấp nhất là 23.8%, cao nhất là 50.8%. Chỉ có 4/29 bệnh nhân có chức năng thận trước mổ dưới 40%, chiếm tỷ lệ 13.79%. Tỷ lệ gặp chức năng thận trên 50% trong nghiên cứu của chúng tôi là 2/29 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 6.9%, trong đó chức năng thận cao nhất là 50.1%, có hiện tượng này có thể do mặc dù thận bệnh lý có giãn nhưng chức năng thận chưa ảnh hưởng.

Thời gian mổ trung bình là 168 ± 42 phút. Thời gian mổ ngắn nhất là 80 phút, lâu nhất là 295 phút. Tác giả Sukumar S. và cộng sự sử dụng phẫu thuật nội soi đường qua phúc mạc để phẫu tích khúc nối rồi đưa khúc nối ra ngoài bằng một đường rạch ở vùng hố thắt lưng. Thời gian mổ trung bình là 104,2 phút (80-150 phút).

Tác giả so sánh với nhóm bệnh nhân được mổ bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc thì thời gian mổ trung bình là 157,7 phút. Năm 2006, tác giả Lee và cộng sự đã so sánh một loạt các trường hợp gồm 33 trẻ được PTNS robot hỗ trợ tạo hình bể thận niệu quản với 33 trẻ được mổ mở theo phương pháp kinh điển. Kết quả cho thấy thời gian mổ bằng robot lâu hơn so với mổ mở (181 phút so với 219 phút). Tuy nhiên thời gian mổ robot càng ngày càng được rút ngắn lại và sau 15 trường hợp thì thời gian mổ robot đã tương đương với mổ mở. Năm 2006, tác giả Yee Ds và cộng sự cũng có nghiên cứu so sánh 17 trường hợp PTNS robot hỗ trợ tạo hình bể thận – niệu quản so với 8 trẻ mổ mở cho thấy thời gian phẫu thuật robot lâu hơn so với mổ mở (363 phút so với 248 phút). Tuy nhiên gần đây với nghiên cứu của tác giả Kutikov với 7 trường hợp PTNS robot hỗ trợ thời gian phẫu thuật đã giảm đáng kể (123 phút).

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5.31 \pm 2,71$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, nhiều nhất là 17 ngày. Trong đó có 2/30 bệnh nhân nằm viện dưới 4 ngày chiếm 7.4%. Có 27 bệnh nhân (93,10%) có thời gian nằm viện trên 4 ngày. Chúng tôi có 1 bệnh nhân có thời gian nằm viện dài nhất là 17 ngày. Đây là trường hợp có rò miệng nối sau mổ do gặp tắc sonde JJ. Chúng tôi đã phẫu thuật lại sau 7 ngày và tình trạng bệnh nhân ổn định sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình của tác giả Ngô Đại Hải là 5,5 ngày (3-11 ngày). Nguyễn Duy Việt là 3,5 ngày. Ở một nghiên cứu khác của Sorensen, PTNS robot và mổ mở có thời gian nằm viện, tỉ lệ thành công và tương đương.

Các biến chứng sau mổ liên quan đến phẫu thuật gặp trong nghiên cứu là đái máu với nhiều mức độ khác nhau, sốt, nhiễm khuẩn tiết niệu với kết quả cấy nước tiểu dương tính. Có 25/29 bệnh nhân có diễn biến sau mổ bình thường. Chúng tôi không gặp trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ, có 1 trường hợp rò miệng nối sau mổ, đã được phẫu thuật mở tạo hình lại miệng nối sau 7 ngày, bệnh nhân ra viện sau 17 ngày và tình trạng ổn định. Hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi đều được cho ăn vào ngày thứ 2 sau mổ, có thể do quá trình phẫu thuật nội soi robot qua phúc mạc, chúng tôi hầu như không can thiệp vào đường tiêu hóa, nên có thể cho bệnh nhân ăn sớm sau mổ. Chúng tôi chỉ sử dụng thuốc giảm đau dòng paraceramol đường trực tràng trong vòng 24 – 48 giờ đầu sau mổ.

Trong nghiên cứu chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi sau mổ với thời gian dõi trung bình là 14.6 ± 4.53 tháng, ngắn nhất là 6

tháng, lâu nhất là 24 tháng. Giá trị trung bình của kích thước bề thận sau mổ là $19,3 \pm 5,1$ mm. Bệnh nhân có kích thước bề thận sau mổ thấp nhất trong nghiên cứu là 5 mm, lớn nhất là 31 mm. Khi so sánh kết quả trước mổ với sau mổ chúng tôi thấy sự khác biệt rất có ý nghĩa $p < 0,001$.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ điều trị bệnh lý hẹp khúc nối bể thận - niệu quản chỉ định cho những trường hợp ứ nước thận ở trẻ trên 5 tuổi. Kết quả tốt, không có biến chứng nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schuessler W., Grune M.T., Tecuanhuey L.V., et al. (1993), "Laparoscopic dismembered pyeloplasty", J Urol, 150(6), pp. 1795-9.
2. Tan H.L., Roberts J.P. (1996), "Laparoscopic

dismembered pyeloplasty in children: preliminary results", Br J Urol, 77(6), pp. 909-13.

3. Moon D.A., El-Shazly M.A., Chang C.M. (2006), "Laparoscopic pyeloplasty: evolution of a new gold standard", Urology, 67(5), pp. 932-6.
4. Reddy M., Nerli R.B., Bashetty R., et al. (2005), "Laparoscopic dismembered pyeloplasty in children", J Urol, 174(2), pp. 700-2.
5. Smaldone M.C., Polsky E., Ricchiuti D.J., et al. (2007), "Advances in pediatric urologic laparoscopy", ScientificWorldJournal, 7, pp. 727-41.
6. Atug F., Woods M., Burgess S.V., et al. (2005), "Robotic assisted laparoscopic pyeloplasty in children", J Urol, 174(4), pp. 1440-2.
7. Frank D.J., Gearhart J.P., Snyder H.M. (2002), Operative Pediatric Urology. 2nd ed. Churchill Livingstone, pp. 1-11.
8. Grosfeld J.L., O'Neil J.A.Jr., Fonkalsrud E.W., Coran A.G. (2006) Pediatric Surgery, Elsevier Mosby, pp 1723-1770.

HIỆU QUẢ GIỮA HAI PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ ĐẸ NON TẠI KHOA ĐẸ BỆ NH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2015-2016

Nguyễn Mạnh Thắng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 437 bệnh nhân tại khoa Đẻ bệnh viện Phụ sản Trung ương (PSTW). Kết quả cho thấy trẻ có trọng lượng dưới 2000g tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao hơn đẻ mổ ($p < 0,05$), về bệnh lý sơ sinh: tỷ lệ ngạt ở nhóm mổ đẻ (11,1%) thấp hơn nhóm đẻ đường âm đạo (23,7%; $p < 0,01$). Tỷ lệ chỉ số apgar ≥ 7 ở nhóm mổ đẻ cao hơn (89%) hơn nhóm đẻ đường âm đạo (76,3%; $p < 0,01$). Tỷ lệ tử vong sơ sinh ở nhóm đẻ đường âm đạo (17,5%) cao hơn so với nhóm mổ đẻ (6,7%; $p < 0,01$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tai biến mẹ theo cách thức sinh ($p > 0,05$).

Từ khóa: Đẻ non, phương pháp xử trí đẻ non

SUMMARY

EFFECTIVE MANAGEMENT OF PREMATURE BIRTH AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, IN 2012- 2016

A retrospective study which was performed with 437 medical records at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology, in 2015 - 2016. For newborns below 2000 gram, the proportion of vaginal birth was higher than that of caesarean section ($p < 0,05$). For neonatal diseases, the proportion of asphyxia is lower in caesarean section group (11.1%) than in vaginal birth group (23.7%; $p < 0,01$). The proportion of the Apgar score above or equal 7 was higher in caesarean section group (89%) than in

vaginal birth group (76.3%; $p < 0,01$). The proportion of newborn death was higher in vaginal birth group (17.5%) than in caesarean section group (6.7%) ($p < 0,01$). No significant difference of complications for mothers was observed in both groups ($p > 0,05$).

Keywords: Premature birth, delivery methods

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ trẻ sinh non, nhẹ cân trên thế giới còn khá cao và đang có xu hướng gia tăng. Trẻ đẻ non cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi, có đến gần 1 triệu trẻ chết mỗi năm do biến chứng của đẻ non, nhiều trẻ sống phải đối mặt với những di chứng về thần kinh, các vấn đề về thị giác và thính giác[1]. Theo đánh giá của Tổ chức y tế thế giới trên 184 quốc gia và vùng lãnh thổ, tỷ lệ đẻ non dao động từ 5% đến 18% trẻ sơ sinh. Hơn 60% các ca sinh non xảy ra ở Châu Phi và Nam Á. Ở các quốc gia thu nhập thấp tỷ lệ đẻ non trung bình khoảng 12% cao hơn so với các nước có thu nhập cao (9%)[1]. Tại Việt Nam theo nghiên cứu của nhiều tác giả tại một số bệnh viện Sản kết quả cho thấy tỷ lệ này rơi vào khoảng 6,5 – 16%. Tỷ lệ tử vong sơ sinh non tháng chiếm tỷ lệ cao từ 75,3% đến 87,5% tử vong sơ sinh và thường để lại những di chứng nặng nề như bệnh màng trong, xuất huyết, các bệnh nhiễm khuẩn, rối loạn chuyển hóa. Có nhiều các phương pháp can thiệp nhằm cải thiện kết quả đẻ non, trong đó theo khuyến cáo của WHO: tiêm đủ corticoid trước khi đẻ, sử dụng kháng sinh khi ối vỡ sớm, magiesium sulfate ngăn chặn sự suy giảm thần

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Thắng

Email: bsnguyenmanhthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/3/2019

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2019

Ngày duyệt bài: 5/4/2019

kinh của trẻ trong tương lai, giữ đủ nhiệt cho em bé bằng chăm sóc da kề da (phương pháp kangaroo), cung cấp đủ oxy các phương pháp hỗ trợ hô hấp khác là những cách thức nhằm giữ cho trẻ hạn chế được những biến chứng nghiêm trọng do đẻ non [1][2].

Hiện nay, mổ đẻ với thai non tháng là một phương pháp đang được bàn luận và chưa đi đến thống nhất. Các nghiên cứu trong nước tập trung chủ yếu về điều trị dọa đẻ non, chưa có nghiên cứu đánh giá, so sánh về hiệu quả của các phương pháp xử trí đẻ với thai non tháng. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Đánh giá hiệu quả giữa hai phương pháp xử trí đẻ non tại khoa Đẻ bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2015-2016*" với mục tiêu đánh giá hiệu quả giữa hai phương pháp xử trí chuyển dạ đẻ non tại khoa Đẻ bệnh viện PSTW trong 2 năm 2015 – 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các sản phụ đẻ non tại Bệnh viện PSTW trong 2 năm 2015-2016. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trường hợp đẻ non tuổi thai từ khi đủ 22 tuần đến trước khi đủ 37 tuần, thai sống, thai không bất thường, một thai. Tiêu chuẩn loại trừ: Không xác định được tuổi thai, tuổi thai dưới 22 tuần hoặc trên 37 tuần, các trường hợp đình chỉ thai nghén do thai chết lưu, thai bất thường hoặc các lý do xã hội khác, các trường hợp bệnh lý của mẹ phải đình chỉ thai nghén, các trường hợp đa thai.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ 01/01/2015 đến 31/12/2016 tại khoa Đẻ-Bệnh viện Phụ sản TW.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. So sánh trọng lượng sau sinh theo phương pháp đẻ

Nhóm Trọng lượng	Đẻ mổ		Đẻ đường âm đạo		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 1000	9	17,3	43	82,7	52	100	<0,01
1000 – <1500	14	32,6	29	67,4	43	100	<0,05
1500 – <2000	38	36,9	65	63,1	103	100	<0,05
2000 – <2500	47	43,5	61	56,5	108	100	>0,05
≥ 2500	55	42,0	76	58,0	131	100	>0,05

Nhận xét: Đẻ đường âm đạo chủ yếu với nhóm trẻ có trọng lượng dưới 2000 gram, đẻ mổ chủ yếu với nhóm trẻ từ 2500 gram trở lên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong các nhóm cân nặng dưới 2000 gram theo cách thức sinh ($p < 0,05$).

Bảng 2. So sánh tỷ lệ mắc bệnh lý sơ sinh theo phương pháp đẻ

Bệnh lý	Phương pháp đẻ		Mổ đẻ		Đẻ đường âm đạo		p
			Có	Không	Có	Không	
Ngạt			18(11,1)	145(88,9)	65(23,7)	209(76,3)	<0,01
Nhiễm trùng			8(4,9)	155(95,1)	27(9,9)	247(90,1)	>0,05

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Công thức tính cỡ mẫu: theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu; $\alpha = 0,05$ mức tin cậy; $\varepsilon = 0,2$; $Z_{(1-\alpha/2)}^2 = 1,96$

$p = 0,11$ (Tỷ lệ đẻ non nghiên cứu ước tính theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Lâm tại bệnh viện PSTW năm 2008 là 10,8%) [3].

Thay vào công thức ta thu được 397 đối tượng. Thực tế nghiên cứu đã tiến hành trên 437 đối tượng.

Kỹ thuật chọn mẫu: Theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống

Bước 1: Lập danh sách tất cả bệnh nhân đẻ non từ 01/01/2015 – 31/12/2016 tại Bệnh viện Phụ sản trung ương (6417 trường hợp).

Bước 2: Bốc thăm lấy bệnh nhân đầu tiên (giả sử là X với điều kiện $1 \leq X \leq 14$).

Bước 3: Lần lượt chọn các bệnh nhân tiếp theo công thức " $X+14 \times N$ " với $N = 0,1,2,3,...,436$ đến khi hết danh sách. Nếu trường hợp bệnh nhân theo công thức không đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu thì sẽ chọn bệnh nhân kế tiếp ngay sau danh sách.

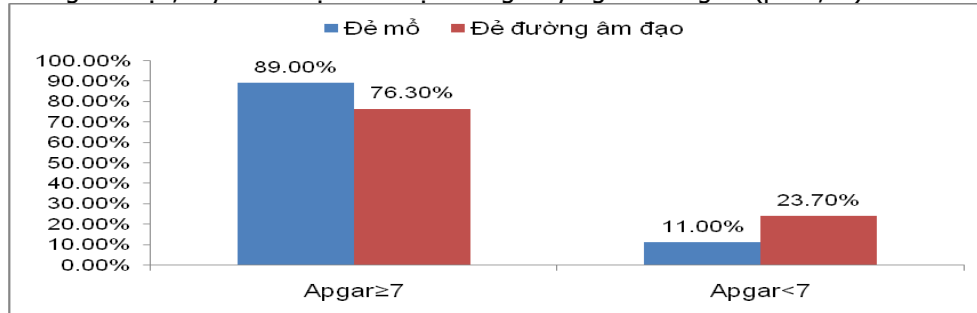
2.5. Kỹ thuật thu thập thông tin: Thông tin được trích xuất từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân vào nghiên cứu.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS16.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích của nghiên cứu, sự tham gia là tự nguyện. Thông tin cá nhân được giữ bí mật và được mã hóa.

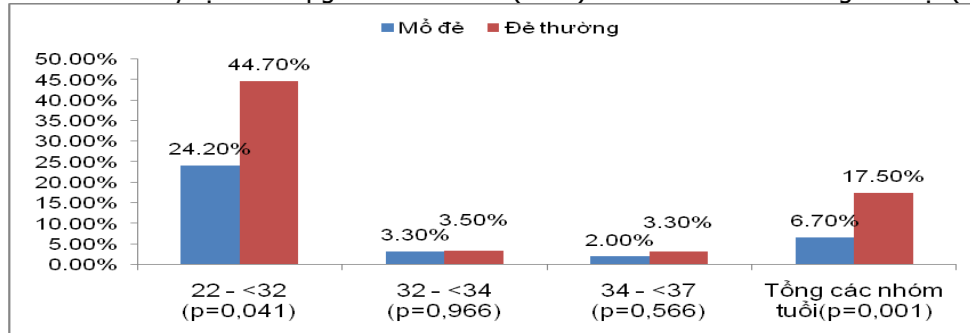
Hạ thân nhiệt	2(1,2)	161(98,8)	13(4,7)	261(95,3)	>0,05
Bệnh võng mạc	5(3,1)	158(96,9)	19(6,9)	255(93,1)	>0,05
Viêm ruột hoại tử	4(2,5)	159(97,5)	17(6,2)	257(93,8)	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ sơ sinh ngạt (Apgar <7) trong nhóm mổ đẻ thấp hơn nhóm đẻ thường ($p < 0,01$). Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh, hạ thân nhiệt, bệnh võng mạc, xuất huyết não trong nhóm mổ đẻ đều thấp hơn nhóm đẻ đường âm đạo, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. So sánh chỉ số Apgar phút thứ năm giữa cách thức đẻ

Nhận xét: Có sự khác biệt về điểm Apgar phút thứ 5 sơ sinh sau đẻ giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p < 0,01$), nhóm mổ đẻ có tỷ lệ điểm Apgar ≥ 7 cao hơn (89%) so với nhóm đẻ đường âm đạo (76,3%).



Biểu đồ 2. So sánh giữa tỷ lệ tử vong con theo cách thức đẻ

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong con của nhóm đẻ đường âm đạo (17,5%) cao hơn nhóm mổ đẻ (6,7%) với $p = 0,001$. Nhóm tuổi thai từ 22- < 32 tuần có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong con giữa hai phương pháp đẻ, nhóm đẻ đường âm đạo tử vong con cao hơn nhóm mổ đẻ ($p < 0,05$).

Bảng 3. Liên quan giữa tỷ lệ tai biến mẹ theo các thức sinh

Phương pháp đẻ		Mổ đẻ	Đẻ đường âm đạo	Tổng	p
Tai biến mẹ	n	6	5	11	> 0,05
	%	9,5	1,8	3,3	
Không	n	57	268	325	
	%	90,5	98,2	97,7	

Nhận xét: Những trường hợp xảy ra tai biến mẹ trong nhóm đẻ đường âm đạo chiếm tỷ lệ thấp (1,8%), tuy nhiên tỷ lệ này trong nhóm mổ đẻ lại chiếm tới 9,5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tai biến mẹ theo cách thức sinh ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trọng lượng hay gặp nhất ở trẻ non tháng là ≥ 2500 gr với tỷ lệ 30%, kết quả này cao hơn so với các tác giả khác như Nguyễn Tiến Lâm (25%), Trần Quang Hiệp (8,06%), Mai Trọng Dũng (25,6%). Sự khác biệt này là do hiện nay, chế độ dinh dưỡng đầy đủ, các dịch vụ chăm sóc và điều trị tại bệnh viện phát triển hơn, điều đó giúp cho việc nuôi dưỡng và chăm sóc thai tốt hơn, do đó

cân nặng của trẻ non tháng được cải thiện đáng kể. Trọng lượng sơ sinh ít gặp nhất từ 1000- < 1500gr (9,8%), tỷ lệ trẻ có trọng lượng dưới 1000gr chiếm 11,9%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 phương pháp đẻ trong các nhóm cân nặng < 2000gr ($p < 0,05$). Điều này có thể được giải thích do trẻ có trọng lượng càng thấp thì khả năng đẻ đường âm đạo càng dễ dàng hơn [3][4][5].

Ở nhóm mổ đẻ tỷ lệ sơ sinh ngạt (có điểm

Apgar < 7) là 11,1% thấp hơn ở nhóm đẻ đường âm đạo 23,7% ($p < 0,01$). Sự khác biệt về tỷ lệ này một phần do sơ sinh có tuổi thai 22 đến dưới 28 tuần trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao hơn đẻ mổ ($p < 0,001$). Đặc điểm sinh học nhóm sơ sinh cực non chưa có sự trưởng thành một cách hoàn chỉnh của các cơ quan, tổ chức trong cơ thể, tổ chức phổi quá non với thành phế nang hẹp, mao mạch ít, tổ chức liên kết nhiều, nên dễ ngạt sau khi sinh. Về tỷ lệ nhiễm trùng sau sinh, hạ thân nhiệt sau sinh thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai phương pháp đẻ ($p > 0,05$), điều này có thể được giải thích do hiện nay khâu kiểm soát dịch bệnh, chống nhiễm khuẩn sơ sinh tốt và trẻ sinh ra đều được hỗ trợ ủ ấm kịp thời nên dù là đẻ mổ hay đẻ đường âm đạo thì cũng không có sự khác biệt về hai bệnh lý sau sinh này. Về tỷ lệ mắc các bệnh võng mạc, nhóm đẻ mổ có tỷ lệ (3,1%) thấp hơn nhóm đẻ đường âm đạo (6,9%), sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê. Hiện nay, quy trình theo dõi và kiểm tra mắt định kỳ sơ sinh non tháng tốt hơn trước, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các dấu hiệu của bệnh võng mạc. Về tỷ lệ viêm ruột hoại tử, cũng không có sự khác biệt giữa hai phương pháp đẻ, ở nhóm mổ đẻ tỷ lệ này là 2,5% còn ở nhóm đẻ đường âm đạo là 6,2%. Tỷ lệ chung của cả 2 nhóm là 4,8% gần tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thu Hằng tỷ lệ viêm ruột hoại tử ở trẻ nhẹ so với tuổi thai là 4,6% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ở cả 2 nhóm, số trẻ có điểm Apgar ≥ 7 là 81%, cao hơn cao hơn của Nguyễn Tiến Lâm là 72,3%, trẻ có điểm Apgar < 7 là 19% thấp hơn của Nguyễn Tiến Lâm là 27,7%. Tỷ lệ điểm Apgar < 7 càng thấp tương đương với tỷ lệ sơ sinh ngạt sau đẻ càng thấp [3]. Nghiên cứu của chúng tôi khác với của tác giả Alfievic và cộng sự, ông cho rằng không có sự khác biệt về tỷ lệ điểm Apgar nhỏ hơn 7 phút thứ năm sau sinh (RR 0,83, 95%CI 0,43- 1,60) giữa hai nhóm đẻ đường âm đạo và đẻ mổ [7].

Kết quả của biểu đồ 2 cho thấy tỷ lệ tử vong sinh non trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của tác giả Nguyễn Văn Phong (27,62%) [7]. Ngày nay với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, kinh tế phát triển, việc chăm sóc và điều trị sơ sinh non tháng đạt nhiều kết quả tốt, làm giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh đáng kể. Tuy nhiên theo một nghiên cứu của tác giả Alfievic và cộng sự thì không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong sơ sinh giữa 2 nhóm đẻ đường âm đạo và đẻ mổ với $p = 0,29$, 95%CI, 0,07- 1,14, 3 thử nghiệm trên 89 sản phụ [6]. Điều này có thể

được giải thích do cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, trình độ chuyên môn của chúng ta còn kém hơn.

Trong nhóm mổ đẻ có 6 sản phụ bị tai biến chiếm 9,5%, nhóm đẻ đường âm đạo có 5 trường hợp tai biến chiếm 1,8% ($p > 0,05$), các trường hợp tai biến đều là chảy máu sau đẻ. Tỷ lệ tai biến mẹ thấp là do những tiến bộ trong quá trình theo dõi chuyển dạ đẻ, kỹ thuật mổ ít chảy máu, ít tổn thương tạng, xử trí tích cực giai đoạn III trong chuyển dạ đẻ đường âm đạo.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy trẻ có trọng lượng dưới 2000gr tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao hơn đẻ mổ ($p < 0,05$), về bệnh lý sơ sinh: tỷ lệ ngạt ở nhóm mổ đẻ (11,1%) thấp hơn nhóm đẻ đường âm đạo (23,7%) ($p < 0,01$). Về chỉ số apgar phút thứ 5: Tỷ lệ số apgar ≥ 7 ở nhóm mổ đẻ cao hơn (89%) hơn nhóm đẻ đường âm đạo (76,3%) ($p < 0,01$). Tỷ lệ tử vong sơ sinh ở nhóm đẻ đường âm đạo (17,5%) cao hơn so với nhóm đẻ mổ (6,7%) ($p < 0,01$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tai biến mẹ theo cách thức sinh ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. Blencowe, S. Cousens and M. Z et al. Oestergaard (2012)**, "National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications", *Lancet*, **379(9832)**, tr. 2162-72.
2. **Janet Tucker (2004)**, Epidemiology of preterm birth, Dugald Baird Centre, department of obstetrics and gynaecology, University of Aberdeen.
3. **Nguyễn Tiến Lâm (2009)**, Nghiên cứu đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2008, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Trần Quang Hiệp (2001)**, Nhận xét về tình hình đẻ non và một số yếu tố liên quan đến đẻ non tại Viện bảo vệ Bà mẹ và trẻ Sơ sinh trong 3 năm 1998 - 2000, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y HN.
5. **R. L. Goldenberg, W. W. Andrews and R. L et al. Guerrant (2000)**, "The preterm prediction study: cervical lactoferrin concentration, other markers of lower genital tract infection, and preterm birth. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network", *Am J Obstet Gynecol*, **182(3)**, tr. 631-5.
6. **Nguyễn Thu Hằng (2016)**, Nghiên cứu các biến chứng ở trẻ sơ sinh nhỏ so với tuổi thai và một số yếu tố liên quan từ phía mẹ tại Bệnh viện phụ sản Trung ương, Luận văn thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Z. Alfievic, S. J. Milan and S. Livio (2013)**, "Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons", *Cochrane Database Syst Rev*, **(9)**, tr. Cd000078.
8. **Nguyễn Văn Phong (2003)**, Nghiên cứu tình hình đẻ non và một số các yếu tố nguy cơ liên quan đến đẻ non tại bệnh viện phụ sản Trung ương trong hai năm 2001 - 2002, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

KHẢO SÁT TỶ LỆ, ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Hoá*, Nguyễn Minh Tuấn**, Lê Việt Thắng***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và đặc điểm rối loạn một số thành phần lipid máu ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 149 bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. Tất cả các bệnh nhân đều được định lượng 4 chỉ số lipid máu: cholesterol, triglyceride, LDL-C và HDL-C. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn ít nhất một thành phần lipid máu là 75,2%, trong đó tăng cholesterol chiếm 13,4%, tăng triglycerid là 24,2%, tăng LDL-C chiếm 11,4% và giảm HDL-C chiếm 67,1%. Trong nhóm rối loạn lipid máu: tỷ lệ rối loạn hai thành phần là 27,7%, từ ba thành phần trở lên là 11,6%. Nồng độ LDL-C có mối tương quan thuận, mức độ khá chặt chẽ với nồng độ cholesterol máu, $r=0,777$, $p<0,001$. **Kết luận:** Rối loạn lipid máu là phổ biến ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

Từ khóa: Thận nhân tạo chu kỳ, rối loạn lipid máu, tỷ lệ và đặc điểm.

SUMMARY

SURVEY ON PREVALENCE AND FEATURES OF PLASMA LIPID DISORDER IN THE PATIENTS TREATING WITH MAINTENANCE HEMODIALYSIS AT CHO RAY HOSPITAL

Objectives: Determining the rate and characteristics of disorders of some plasma lipid components in maintenance hemodialysis patients at Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh City. **Methods:** A cross-sectional study on 143 patients diagnosed end stage kidney disease treating with maintenance hemodialysis. All patients had done determine of plasma cholesterol, triglyceride, LDL-C và HDL-C level. **Results:** The ratio of disorder with at least one lipid component is 75.2%, of which increased cholesterol accounts for 13.4%, increased triglyceride is 24.2%, increased LDL-C accounts for 11.4% and decreased HDL-C 67.1%. In the group of dyslipidemia: the rate of disorder two components are 27.7%, three or more components is 11.6%. The concentration of LDL-C has a positive correlation to the blood cholesterol level, $r = 0.777$, $p < 0.001$. **Conclusion:** Plasma lipid disorder is common in patients with end stage kidney disease treating with maintenance hemodialysis.

Key Words: Maintenance Hemodialysis, dyslipidemia, rate and characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chuyển hoá trong đó có rối loạn lipid máu là một trong các biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân thận nhân tạo, là nguy cơ chính, khởi đầu cho quá trình hình thành và phát triển của bệnh tim mạch do xơ vữa mạch dẫn đến rối loạn chức năng nội mạc mạch máu, xơ vữa động mạch, bệnh động mạch vành, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim...[1],[2]. Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân suy thận mạn đã được nhiều tác giả đề cập đến, nó được coi là những yếu tố nguy cơ chủ yếu của bệnh tim mạch, đặc biệt là tổn thương xơ vữa mạch máu. Trong các thành phần lipid máu, tăng LDL-C là một rối loạn liên quan đến mức độ và tỷ lệ xuất hiện các biến cố tim mạch ở bệnh nhân thận nhân tạo cũng như ở các bệnh lý mạn tính khác. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng là 149 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối được lọc máu bằng thận nhân tạo chu kỳ, tại Khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Chợ Rẫy. Thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2018 đến tháng 01/2019.

+ *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:*

- Bệnh nhân bệnh thận mạn tính TNT chu kỳ
- Thời gian lọc máu ≥ 3 tháng.
- Các bệnh nhân được lọc máu đủ tuần 3 lần, mỗi lần 4 giờ, đảm bảo hiệu quả lọc $Kt/V > 1,2$.
- Bệnh nhân được lọc máu cùng một chế độ lọc.
- Các bệnh nhân đều được áp dụng theo một phác đồ điều trị thống nhất về điều trị thiếu máu, điều trị tăng huyết áp...

+ *Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:*

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa.
- Bệnh nhân viêm nhiễm nặng như viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết
- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.
- Bệnh nhân được điều trị các thuốc chống rối loạn lipid máu
- Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

*Học viện Quân y

**Bệnh viện Chợ Rẫy, TP HCM

***Bệnh viện 103, HVQY

Chịu trách nhiệm chính: Lê Việt Thắng

Email: lethangviet@yahoo.com.uk

Ngày nhận bài: 1/3/2019

Ngày phản biện khoa học: 25/3/2019

Ngày duyệt bài: 3/4/2019

+ Tính cỡ mẫu theo công thức:

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times p(1-p)}{D^2}$$

Trong đó: $Z = 1,96$, với độ tin cậy là 95%
 $p = 0,375$ (giá trị thấp nhất tỷ lệ ở các nghiên cứu trước)

$D = 0,1$, độ chính xác mong muốn.

Theo cách tính, tối thiểu nghiên cứu phải có 91 bệnh nhân. Trong nghiên cứu chúng tôi có 149 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

+ Bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng. Các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm: xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu các chỉ số: glucose, ure, creatinine, albumin, protein...

+ Định lượng các chỉ số lipid máu:

- Định lượng Cholesterol, Triglycerid và LDL-C: Cholesterol toàn phần thực hiện bằng phương pháp enzym.

- Định lượng HDL: thực hiện bằng kỹ thuật khử tạp trực tiếp và kỹ thuật enzym.

+ Chẩn đoán rối loạn lipid máu: theo khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam, có RLLP máu khi một trong các chỉ số ở mức [2].

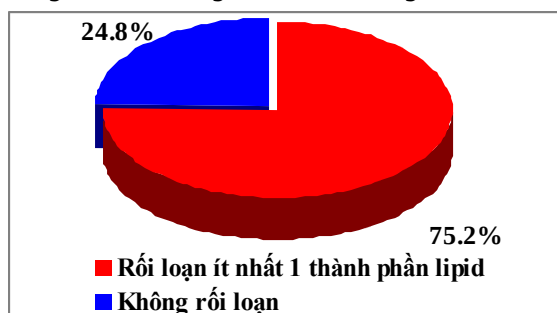
Bảng 1. Phân loại RLLP máu theo hội tim mạch Việt Nam

Lipid máu	Giá trị chẩn đoán rối loạn
Cholesterol (mmol/l)	$\geq 5,2$
Triglycerid (mmol/l)	$\geq 2,3$
LDL-C (mmol/l)	$\geq 3,2$
HDL-C (mmol/l)	$\leq 0,9$

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình $49,07 \pm 14,12$ tuổi, tỷ lệ nam là 45,6%, nữ chiếm 54,4%. Nhóm nghiên cứu có thời gian TNT trung bình là 72 tháng.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu (n=149)

Nhận xét: Rối loạn lipid máu là thường gặp ở bệnh nhân TNT, tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu trong nghiên cứu này là 75,2% (112/149 bệnh nhân).

Bảng 2. Đặc điểm nồng độ từng thành phần lipid máu

Thành phần	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Cholesterol (mmol/l)	Tăng	20
	Trung bình	$3,94 \pm 1,05$
Triglycerid (mmol/l)	Tăng	36
	Trung bình	$1,4 (0,9 - 2,2)$
LDL-C (mmol/l)	Tăng	17
	Trung bình	$2,27 \pm 0,82$
HDL-C (mmol/l)	Giảm	100
	Trung bình	$0,88 \pm 0,27$

Nồng độ trung bình của cholesterol, TG, LDL-C trong giới hạn bình thường, tuy nhiên HDL-C thấp hơn giá trị bình thường. Tỷ lệ tăng cholesterol máu là 13,4%, tăng TG là 24,2%, tăng LDL-C là 11,4%. Tỷ lệ giảm nồng độ HDL-C chiếm cao nhất trong các rối loạn, lên tới 67,1%

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân theo số rối loạn thành phần lipid máu (n=112)

Thành phần	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1 thành phần	68	60,7
2 thành phần	31	27,7
≥ 3 thành phần	13	11,6

Trong số bệnh nhân RLLP máu tỷ lệ rối loạn các thành phần không đều nhau: Nhóm bệnh nhân rối loạn 1 thành phần chiếm cao nhất là 60,7%, tiếp đến là 2 thành phần là 27,7% và thấp nhất là rối loạn 3 thành phần trở lên chiếm 11,6%.

Bảng 4. Phần mức độ rối loạn dựa trên nồng độ LDL-C

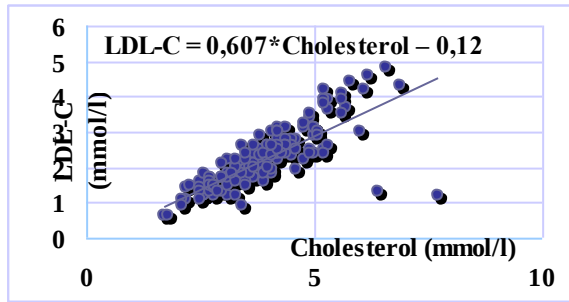
Mức độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
LDL-C < 1,8 mmol/l	50	33,6
$1,8 \leq \text{LDL-C} < 2,6$	65	43,6
$2,6 \leq \text{LDL-C} < 4,0$	27	18,1
$4,0 \leq \text{LDL-C} < 4,9$	7	4,7
$\geq 4,9$ mmol/l	0	0

Dựa trên các mức rối loạn LDL-C, tỷ lệ bệnh nhân rối loạn theo các mức có khác nhau. Nhóm bệnh nhân có nồng độ LDL-C < 2,6 mmol/l chiếm cao nhất tới 77,2%. Nhóm bệnh nhân rối loạn từ 4,0 đến < 4,9 mmol/l chiếm thấp nhất chỉ 4,7%.

Bảng 5. Mỗi tương quan nồng độ LDL-C với các nồng độ lipid khác

Chỉ số	LDL-C (mmol/l)		Phương trình tương quan
	r	p	
Cholesterol	0,777	< 0,001	LDL-C = 0,607 *Cholesterol -0,12
Triglycerid	0,147	> 0,05	-
HDL-C	0,099	> 0,05	-

Chỉ thấy mối tương quan thuận giữa LDL-C với nồng độ cholesterol.



Biểu đồ 2. Mối tương quan nồng độ LDL-C với Cholesterol ($n=149$)

Nhận xét: Nồng độ LDL-C có mối tương quan thuận, mức độ khá chặt chẽ với nồng độ cholesterol máu, $r=0,777$, $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm rối loạn chung: Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân STMT TNT CK cũng đã được một số tác giả trong nước đề cập đến, bởi rối loạn lipid máu liên quan đến nhiều đặc điểm bệnh lý ở nhóm bệnh nhân này, và là yếu tố nguy cơ của các biến

chứng tim mạch, nguy cơ mất chức năng nội thông động tĩnh mạch sau phẫu thuật-một kỹ thuật sử dụng làm cầu nối cho bệnh nhân lọc máu bằng thận nhân tạo. Cơ chế rối loạn lipid máu ở nhóm bệnh nhân này là cơ chế kết hợp nhiều yếu tố ảnh hưởng. Quá trình lọc máu làm mất một số yếu tố liên quan đến các enzyme tổng hợp và phân hủy lipoprotein. Hoạt động của các enzyme lipase giảm, sự mất carnitin và dịch lọc có thể gián tiếp làm tăng tổng hợp TG. Việc điều trị heparin nhắc lại, về mặt lý thuyết có thể làm suy giảm khả năng dịch đệm ít gây tăng TG hơn là sử dụng acetate đối với bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Gần đây người ta thấy lọc máu chu kỳ với màng lọc có tính chọn lọc cao có thể cải thiện và phương diện lipoprotein, do nó làm đào thải dễ dàng các enzym ức chế ở những bệnh nhân này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tới 75,2% bệnh nhân rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu, tỷ lệ tăng cholesterol là 13,4%, tăng TG là 24,2%, tăng LDL-C là 11,4% và giảm HDL-C là 67,1%.

Bảng 6. So sánh tỷ lệ rối loạn lipid máu ở các nghiên cứu

Tác giả	Đặc điểm rối loạn			
	Tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần	Tỷ lệ rối loạn 2 thành phần	Rối loạn ≥ 3 thành phần	Tỷ lệ rối loạn từng thành phần
Phạm Xuân Thu 2012 [3], 150 BN TNT CK, tuổi TB 43,18, thời gian TNT TB 49,48 tháng, 6,67% ĐTD	56,67%	21,33%	14,67%	- Tăng Chol: 27,33% - Tăng TG: 28,67% - Tăng LDL-C: 20,67% - Giảm HDL-C: 39,33%
Nguyễn Hữu Dũng 2014 [4], 326 BN TNT CK, tuổi TB 45,6, thời gian TNT TB 4,71 năm, 9,8% ĐTD	56,7%	-	-	- Tăng Chol: 27,9% - Tăng TG: 28,8% - Tăng LDL-C: 21,5% - Giảm HDL-C: 37,7%
Chúng tôi 2019, 149 BN TNT, tuổi TB 49,07, thời gian TNT TB 72 tháng, 18,1% ĐTD	75,2%	27,7%	11,6%	- Tăng Chol: 13,4% - Tăng TG: 24,2% - Tăng LDL-C: 11,4% - Giảm HDL-C: 67,1%

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu cao hơn, có sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn từng thành phần. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tăng cholesterol và LDL-C thấp hơn các nghiên cứu khác, tuy nhiên tỷ lệ giảm HDL-C lại cao hơn rất nhiều các nghiên cứu khác. Antonio L và cộng sự (2010) [5] đã chỉ ra rằng, bệnh nhân bệnh thận mạn tính (bao gồm cả bệnh nhân STMT chưa lọc máu, loại trừ bệnh nhân có hội chứng thận hư) rối loạn lipid máu cũng thường gặp. Mekki K và cộng sự [6] (2009) đã theo dõi rối loạn lipid máu ở 20 bệnh nhân STMT LMCK trong 9 năm, số bệnh nhân này có thời gian lọc máu từ 5-7 năm,

kết quả cho thấy tăng TG, cholesterol, giảm HDL-C là thường gặp ở nhóm bệnh nhân này. Tăng TG tương quan với thời gian lọc máu, $r=0,70$, $p < 0,05$, hoạt tính các enzyme lipoprotein lipase và hepatic lipase giảm dần theo thời gian lọc máu. Malik J và cộng sự (2007) [7] đã nghiên cứu rối loạn lipid máu 258 bệnh nhân đến từ 46 trung tâm lọc máu khác nhau ở Cộng hòa Séc. Kết quả cho thấy có 39% bệnh nhân tăng cholesterol máu, TG tăng ở 64% bệnh nhân STMT TNT CK. Những nghiên cứu này càng khẳng định rối loạn lipid máu là thường gặp ở bệnh nhân STMT TNT CK theo kiểu tăng TG, cholesterol, LDL-C, và giảm HDL-C.

2. Đặc điểm rối loạn LDL-C: Vai trò của

LDL-C được các nhà tim mạch cũng như các nhà thận học đề cập trong nhiều nghiên cứu và khuyến cáo của mình. Các mục tiêu lipid là một phần của chiến lược làm giảm nguy cơ tim mạch toàn diện. Phân loại mức nguy cơ tim mạch toàn thể và chiến lược can thiệp dựa vào nguy cơ tim mạch toàn thể và nồng độ LDL-C được đưa ra khuyến cáo. Tiếp cận điều trị RLLM theo mục tiêu chủ yếu nhằm vào giảm LDL-C. Đối với bệnh nhân nguy cơ tim mạch toàn thể rất cao: mục tiêu LDL-C < 1,8 mmol/L (70 mg/dL) hoặc giảm ít nhất 50% trị số ban đầu (nếu > 1,8 mmol/L). Đối với bệnh nhân nguy cơ tim mạch toàn thể cao, mục tiêu nồng độ LDL-C < 2,6 mmol/L (100 mg/dL) hoặc giảm ít nhất 50% trị số ban đầu [nếu > 2,6 mmol/L (100 mg/dL)]. Ở những người nguy cơ tim mạch trung bình, mục tiêu LDL-C < 3 mmol/L (115 mg/dL) [8],[9].

Như vậy, với nhóm nghiên cứu của chúng tôi để giảm các yếu tố nguy cơ tim mạch và giảm biến cố tim mạch chúng tôi vẫn phải kiểm soát LDL-C mặc dù tỷ lệ bệnh nhân tăng LDL-C > 3,4mmol/l chỉ là 11,4%. Nồng độ LDL-C có mối tương quan thuận, mức độ khá chặt chẽ với nồng độ cholesterol máu, $r=0,777$, $p<0,01$ mà chúng tôi tìm được trong nghiên cứu này là một kết quả có giá trị cảnh báo các nhà lâm sàng cần kiểm soát tốt nồng độ LDL-C để hạn chế biến cố tim mạch trên đối tượng bệnh nhân TNT CK.

V. KẾT LUẬN

+ Tỷ lệ rối loạn ít nhất một thành phần lipid máu là 75,2%, trong đó tăng cholesterol chiếm

13,4%, tăng triglycerid là 24,2%, tăng LDL-C chiếm 11,4% và giảm HDL-C chiếm 67,1%.

+ Trong nhóm rối loạn lipid máu: tỷ lệ rối loạn 1 thành phần lipid là 60,7%, hai thành phần là 27,7%, từ ba thành phần trở lên là 11,6%.

+ Nồng độ LDL-C có mối tương quan thuận, mức độ khá chặt chẽ với nồng độ cholesterol máu, $r=0,777$, $p<0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Collins AJ, Gilbertson DT (2010). Chronic kidney disease awareness, screening and prevention: Rationale for the design of a public education program. *Nephrology* 15: 37-42.
2. Hội tim mạch Việt nam (2015), "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu", tr: 1.
3. Phạm Xuân Thu, Nguyễn Đình Dương, Lê Việt Thắng (2012). Nghiên cứu tỷ lệ, đặc điểm rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ. *Y học Thực hành* số 9 tr.47-50.
4. Nguyễn Hữu Dũng (2014). Nghiên cứu nồng độ beta2-microglobulin máu ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ. Luận án Tiến sỹ Y học, tr: 59-64.
5. Antonio L et al (2010), "Alterations of lipid metabolism in chronic nephropathies: mechanisms, diagnosis and treatment" *Kidney Blood Press Res* 33: 100-110.
6. Mekki K et al (2009). "Long term hemodialysis aggravates lipolytic activity reduction and very low density, low density lipoproteins composition in chronic renal failure patients." *BMC Cardiovasc Disord* 9: 41-5.
7. Malik J et al (2007). "Dyslipidemia and anemia in chronically hemodialyzed patients." *Prague Med Rep* 108: 177-84.
8. American College of Cardiology (2018). Guideline on the management of blood cholesterol. *Am Coll Cardiol*. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.11.003.

HIỆU QUẢ LY GIẢI TẾ BÀO UNG THƯ BẰNG KẾT HỢP VIRUS VACCINE SỞI VÀ QUAI BỊ

Nguyễn Văn Ba*, Nguyễn Linh Toàn*, Hồ Anh Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả dùng phối hợp virus vaccin sởi (MeV) và quai bị (MuV) ly giải tế bào ung thư đại tràng người (HT29) in vitro. **Đối tượng và phương pháp:** Tế bào HT29 nhiễm virus MeV, MuV ở các nồng độ khác nhau; thu tế bào ở ngày thứ 3, 4, 5 để làm kỹ thuật MTT và quan sát dưới kính hiển vi. **Kết quả:** Tỷ lệ tế bào sống ở các nhóm nhiễm virus khác biệt có nghĩa thống kê ($p<0,05$) so với nhóm

chứng. Tỷ lệ tế bào sống ở nhóm kết hợp virus khác biệt có nghĩa thống kê ($p<0,05$) so với các nhóm đơn virus. Tế bào chết có hình ảnh apoptosis. **Kết luận:** Phối hợp vaccine MeV và MuV gây ly giải tế bào HT29 tốt hơn so với dùng đơn virus in vitro.

Từ khóa: Virus vaccine, sởi, quai bị, MTT, kết hợp, ly giải.

SUMMARY

ONCOLYTIC EFFICACY OF MEASLES (MeV) AND MUMPS (MuV) VIRUS VACCINE COMBINATION

Objectives: Evaluation of oncolytic efficacy of measles (MeV) and mumps (MuV) virus vaccine combination against colorectal cancer cells (HT29) in vitro. **Materials and methods:** HT29 cells were infected with serial dilution of MeV and MuV, then the

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ba

Email: bsnguyenvanba@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20/2/2019

Ngày phản biện khoa học: 15/3/2019

Ngày duyệt bài: 29/3/2019

cells were collected at day 3rd, 4th and 5th, to carry out an MTT assay and observed by microscope. **Results:** The proportion of living cells in infected cell groups was statistically different ($p < 0,05$) versus the control group. The proportion of living cells in infected virus combination group was statistically different ($p < 0,05$) versus single virus groups. **Conclusion:** the MeV and MuV vaccine combination lysis HT29 cells better than single virus in vitro.

Keywords: Virus vaccine, measles, mumps, MTT, combination, oncolytic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệu pháp sử dụng các chủng vaccine virus sởi (MeV) và quai bị (MuV) sống, giảm độc lực điều trị ung thư người đã được chứng minh có hiệu quả. Nhiều thử nghiệm lâm sàng và tiền lâm sàng sử dụng virus này bằng các con đường khác nhau: tiêm nội u, tĩnh mạch... điều trị nhiều loại ung thư như: u lympho tế bào T ở da, ung thư đại trực tràng, ung thư buồng trứng, u nguyên bào đệm đa dạng... đã được báo cáo là có kết quả tốt [1, 2, 3].

Trong nhiều năm qua, các chương trình tiêm chủng mở rộng với quy mô toàn cầu bằng vaccine MeV và MuV sống, giảm độc lực cũng đã rất thành công và an toàn rộng khắp thế giới. Bên cạnh đó, hầu hết các nghiên cứu lâm sàng và tiền lâm sàng cũng đã chứng minh sử dụng MeV, MuV điều trị ung thư là an toàn và rất ít tác dụng phụ [4].

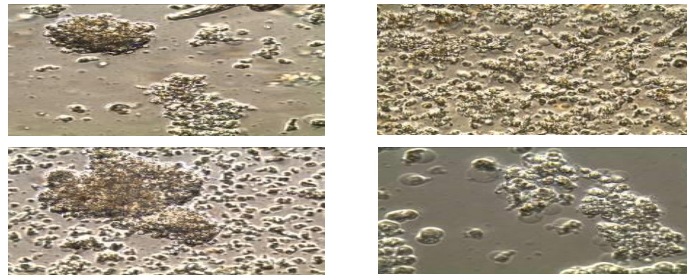
Sử dụng MeV và MuV điều trị ung thư là liệu pháp có tiềm năng đang được quan tâm nghiên cứu ở nhiều nước phát triển. Nhưng cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đi sâu đánh giá hiệu quả sử dụng phối hợp MeV và MuV điều trị ung thư người. Nghiên cứu phối hợp MeV với MuV kháng ung thư đại tràng người trên thực nghiệm sẽ mở đầu cho việc đi sâu nghiên cứu, áp dụng một phương pháp mới điều trị ung thư đại tràng người. Đó cũng là mục đích của nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả tế bào HT-29 nhiễm MeV, MuV tạo hợp bào in vitro



Hình 1. Hình ảnh tế bào HT-29 nhiễm MeV, MuV tạo hợp bào

Tế bào HT29: được nuôi cấy trong phòng thí nghiệm với môi trường nuôi cấy RPMI (thêm 10% Foetal Bovine Serum, 1% glutamine và 1% kháng sinh), duy trì tế bào ở tủ ấm 37°C, 5% CO₂.

Vaccine sống, giảm độc lực MeV và MuV: chủng MeV và MuV nguồn gốc từ vaccine Priorix (GlaxosmithKline, Anh), được phân lập, tăng sinh tại trường đại học quốc gia Singapore.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiệm pháp MTT: Chuẩn bị tế bào HT29: Tế bào HT29 được lấy từ nguồn tủ ấm sâu 80°C, gieo vào đĩa nuôi cấy petri dish 100x20mm, thêm môi trường nuôi cấy (RPMI, 10% FBS, 1% kháng sinh). Khi tế bào bám đáy và phát triển tốt, tiến hành tách và gieo tế bào HT29 (nồng độ đạt 10⁴ tế bào/200μl/giếng) vào 3 đĩa 96 giếng cho 3 thời điểm (nhiễm virus ngày thứ 3, 4 và 5).

Nhiễm virus vào tế bào HT29: Sau 24 giờ kiểm tra tế bào HT29 ở các đĩa 96 giếng dưới kính hiển vi, nếu tế bào bám đáy tốt, tiến hành nhiễm virus trên từng đĩa 96 giếng theo 3 nhóm: nhóm I nhiễm MuV, nhóm II nhiễm MeV, nhóm III nhiễm MuV+MeV. Sử dụng môi trường nuôi cấy (RPMI, 10% FBS, 1% kháng sinh) pha loãng MeV (TCID₅₀ là 5x10^{7.5}) và MuV (TCID₅₀ là 5x 10^{6.4}) thành các nồng độ 10⁻², 10⁻³, 10⁻⁴, 10⁻⁵, 10⁻⁶, 10⁻⁷, 10⁻⁸, sau đó, nhiễm vào các giếng trên đĩa 96 giếng, các giếng ở nhóm chứng không nhiễm.

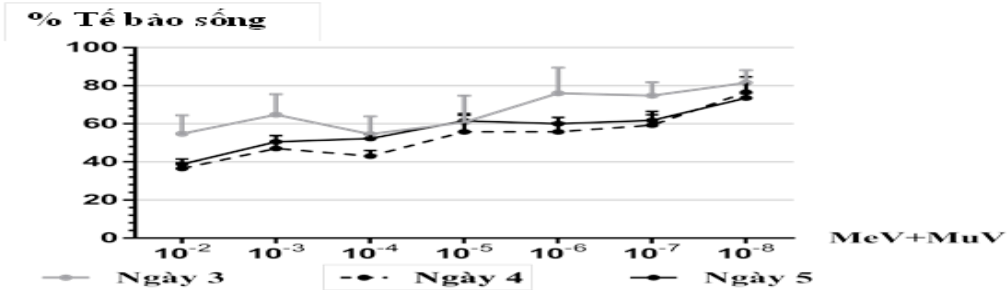
Các bước tiến hành nghiệm pháp MTT: Loại bỏ hết dịch nuôi cấy tế bào ở các giếng trên đĩa 96 giếng. Cho 100 μl dung dịch nuôi cấy có 10% MTT vào trong mỗi giếng, ủ trong 4 giờ. Sau đó, loại bỏ toàn bộ dịch nổi trong mỗi giếng ở đĩa 96 giếng, cho 100 μl dung dịch M-8910 vào từng giếng. Lắc nhẹ để hòa tan hết các tinh thể MTT.

Đo hấp thụ OD ở bước sóng 490 nm.

3. Phương pháp phân tích số liệu: Các số liệu được phân tích bằng các phương pháp thống kê mô tả như: số trung bình, độ lệch chuẩn và t-test. Các số nhỏ dưới 5 dùng phương pháp hiệu chỉnh Fisher.

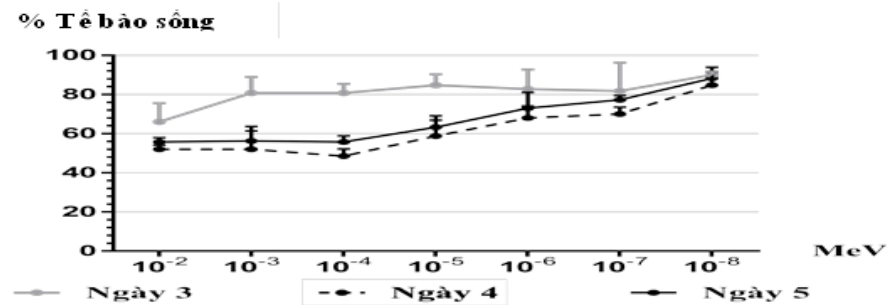
Từ ngày thứ 2 sau nhiễm MeV, MuV, chúng tôi quan sát thấy bắt đầu có hình ảnh tế bào HT-29 nhiễm virus thay đổi về hình thái dưới kính hiển vi thường, một số tế bào co nhỏ có xu hướng bong ra tách khỏi đám tế bào. Ngày thứ 4 và 5, hình ảnh hợp bào nhiều hơn nổi lên trên.

2. Kết quả nghiệm pháp MTT sau nhiễm MeV, MuV



Hình 2. So sánh kết quả MTT các nhóm MuV+MeV ngày 3, 4 và 5

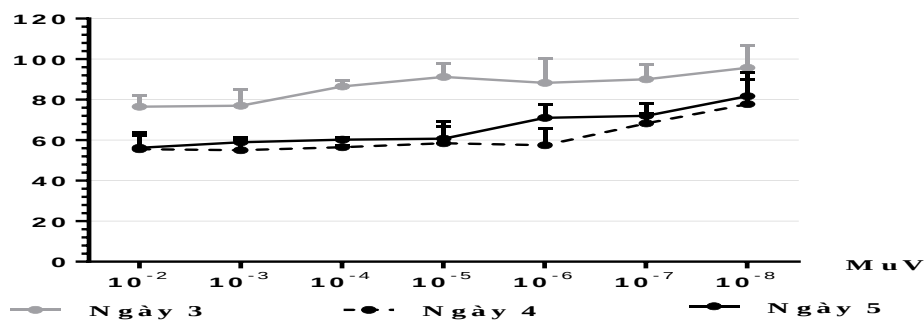
Các nhóm nhiễm MeV+MuV có tỉ lệ tế bào sống ngày thứ 3 cao hơn so với ngày thứ 4 và 5 sau nhiễm virus có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở nồng độ hòa loãng 10^{-2} , 10^{-3} , 10^{-6} và 10^{-7} .



Hình 3. So sánh kết quả MTT các nhóm MeV ngày 3, 4 và 5

Các nhóm nhiễm MeV có tỉ lệ tế bào sống ở ngày thứ 3 cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với ngày thứ 4 và 5 sau nhiễm virus ở các nồng độ pha loãng 10^{-2} , 10^{-3} , 10^{-4} và 10^{-5} .

% Tế bào sống

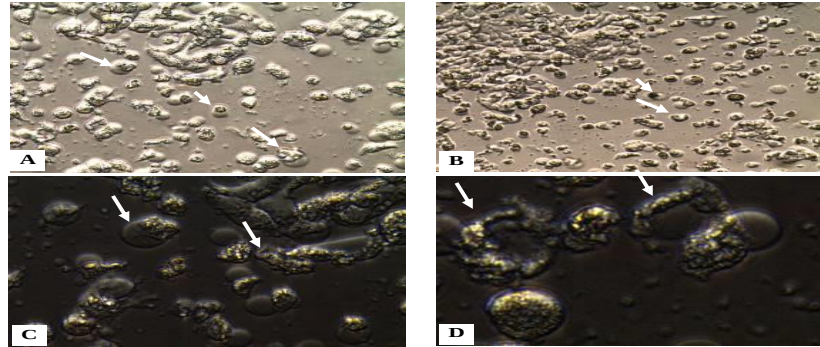


Hình 4. So sánh kết quả MTT các nhóm nhiễm MuV ngày 3, 4 và 5

Các nhóm nhiễm MuV có tỉ lệ tế bào sống ngày thứ 3 cao hơn so với ngày thứ 4 và 5 sau nhiễm virus có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở nồng độ hòa loãng 10^{-2} đến 10^{-6} .

So sánh kết quả nghiệm pháp MTT của tế bào ung thư đại tràng người HT-29 ở các thời điểm nghiên cứu ngày thứ 3, 4 và 5 sau nhiễm virus, tỉ lệ tế bào sống cao nhất ở ngày thứ 3, không có khác biệt nhiều ở ngày thứ 4 so với ngày thứ 5. Nồng độ hòa loãng virus càng cao thì sự khác biệt càng giảm, ở nồng độ 10^{-7} và 10^{-8} hầu như không có khác biệt.

3. Biến đổi hình thái tế bào HT-29 sau tiếp xúc MeV, MuV



Hình 5. Biến đổi hình thái của tế bào HT-29 chết theo chương trình.
(A) ở vật kính 20X; (B) ở vật kính 10X; (C), (D) ở vật kính 40X.

Ở thời điểm nghiên cứu ngày thứ 3, 4, 5 sau nhiễm virus, tế bào HT-29 biến đổi hình thái ở các giai đoạn tế bào chết theo chương trình như: co tròn lại, nhân co đặc lại lệch về một phía, tế bào bong ra, nhân tế bào phân mảnh và vỡ hạt nhân, hoại tử tế bào (mũi tên trắng).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy chủng virus vaccine MeV và MuV gây độc tế bào HT29 có hiệu quả và gây ra một hiệu ứng bệnh lý tế bào rõ ràng ở các tế bào bị nhiễm virus 3 -5 ngày, rõ ràng nhất ở thời điểm ngày thứ 4 và 5. Hiệu ứng gây độc tế bào của MeV và MuV bắt đầu sau khi protein bám dính H và HN tương tác với thụ cảm thể của nó trên các tế bào đích. Sự tương tác này thúc đẩy thay đổi hình dạng trong protein hợp bào của virus, điều này dẫn đến hợp nhất màng tế bào và màng virus, làm cho virus đi vào trong tế bào. Protein H và HN của virus tương tác với các thụ cảm thể trên màng các tế bào lân cận và kích hoạt quá trình hợp màng giữa tế bào nhiễm virus và các tế bào xung quanh. Khi biểu hiện của protein H, HN và protein hợp màng tăng lên, một khả năng là các tế bào nhiễm virus sẽ hợp màng với các tế bào u xung quanh tăng lên. Sự lan truyền hợp màng giữa các tế bào dẫn đến hình thành một tế bào khổng lồ gọi là hợp bào, hợp bào thường chết sau vài ngày [5]. Sự hình thành hợp bào tạo điều kiện cho virus lây lan từ tế bào này sang tế bào khác rất nhanh mà không cần giải phóng hạt virus ra khỏi tế bào. Ngoài ra, khi các tế bào nhiễm virus chết, chúng giải phóng các hạt virus tự do, các hạt virus này lại nhiễm sang các tế bào lân cận làm tăng nhanh khả năng ly giải tế bào u.

Ngoài ra, MeV và MuV còn kích hoạt con đường chết tế bào apoptosis (từ ngày thứ 3 tăng dần đến ngày thứ 5). MeV sống giảm độc lực có thể tạo ra apoptosis trong các tế bào [1], MeV đã được chứng minh là làm tăng tế bào chết apoptosis ở tế bào ung thư buồng trứng [2]. Các

nghiên cứu đã chứng minh MuV có khả năng kích hoạt con đường tế bào chết apoptosis ở tế bào ung thư biểu mô thận [3]. MuV sống giảm độc lực sử dụng protein V gây thoái biến STAT3 và ức chế v-Src hay IL-6 làm tăng quá trình chết tế bào apoptosis [6].

Kính hiển vi thường có thể hỗ trợ trong việc xác định những thay đổi về hình thái khác nhau của tế bào xảy ra trong quá trình apoptosis. Trong giai đoạn sớm của quá trình apoptosis, tế bào co tròn và kết đặc nhân tế bào có thể nhìn thấy bằng kính hiển vi quang học. Một số tác giả tiến hành nhuộm tế bào bằng haematoxylin hay eosin để quan sát dưới kính hiển vi quang học, nhân tế bào chết apoptosis có hình ảnh như một vòng hoặc khối hình bầu dục với tế bào chất bắt màu axit đậm và dày đặc, có nhiều mảnh vỡ của nhiễm sắc thể bắt màu tím. Cùng với tế bào co tròn kích thước tế bào nhỏ lại, tế bào chất cô đặc và các bào quan dồn đống. Các mảnh vỡ tế bào teo lại, các bào quan tự tiêu hủy và được thực bào bởi các tế bào lân cận hoặc thoái biến rồi bị đẩy ra khỏi tế bào [8]. Kerr và cộng sự (1972) đã quan sát thấy tế bào thay đổi hình thái khi trải qua quá trình apoptosis với những thay đổi như: tế bào co tròn, có kích thước nhỏ hơn, tế bào chất dày đặc và các bào quan dồn đống lại. Kết đặc nhân tế bào là kết quả của sự ngưng tụ nhiễm sắc thể và đây là tính năng đặc trưng nhất của quá trình apoptosis [7]. Ziegler and P. Groscurth (2004) cũng sử dụng kính hiển vi quang học quan sát tế bào trải qua quá trình apoptosis bao gồm các biến đổi: sự ngưng tụ chất nhiễm sắc và phân mảnh hạt nhân. Ngay khi bắt đầu quá trình apoptosis, các tế bào co tròn lại tách rời nhau ra,

màng tế bào nhô ra sau đó dần dần tách khỏi hình thành các vật thể apoptosis có thể quan sát thấy dưới kính hiển vi thường. Sự ngưng tụ chất nhiễm sắc bắt đầu từ bên trong dọc theo màng nhân, tạo thành một cấu trúc lưới liềm hoặc dạng vòng. Ở giai đoạn sau của quá trình apoptosis, hạt nhân tiếp tục ngưng tụ, cuối cùng nó vỡ ra vào bên trong tế bào chất trong khi màng tế bào vẫn còn nguyên vẹn.

V. KẾT LUẬN

Phối hợp vaccine MeV và MuV có tác dụng tăng cường ly giải tế bào ung thư đại tràng dòng HT29 cao hơn rõ rệt so với nhóm dùng đơn virus hoặc nhóm chứng không dùng virus.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Esolen L.M., Park S.W., Hardwick J.M., Griffin D.E. (1995). Apoptosis as a cause of death in measles virus-infected cells. *Journal of Virology*, 69(6): 3955-3958.
2. Zhou S., Li Y., Huang F., et al. (2012). Live-attenuated measles virus vaccine confers cell contact loss and apoptosis of ovarian cancer cells

- via ROS induced silencing of E-cadherin by methylation. *Cancer Letters*, 318(1):14-25.
3. Miki S., Yamada H., Orita T., et al. (1991). Suicide process of renal cell carcinoma cells encountering mumps virus. *Federation of European Biochemical Societies Letters*, 278(2):179-182.
4. Ammayappan A., Russell S.J., Federspiel M.J. (2016). Recombinant mumps virus as a cancer therapeutic agent. *Molecular Therapy – Oncolytics*, 3:1-10.
5. Peng K.W., TenEyck C.J., Galanis E. (2002). Intraperitoneal therapy of ovarian cancer using an engineered measles virus. *Cancer Res*, 62(16):4656-4662.
6. Christina M.U., Jason J.R., Jean P.P., et al. (2003). STAT3 ubiquitylation and degradation by mumps virus Suppress cytokine and oncogene signaling. *Journal of virology*, 77: 6385-6393.
7. Kerr J.F., Wyllie A.H., Currie A.R. (1972). Apoptosis: a basic biological phenomenon with wide-ranging implications in tissue kinetics. *British Journal Cancer*, 26:239-257.
8. Johnson V.L., Ko S.C.W., Holmstrom T.H., et al. (2000). Effector caspases are dispensable for the early nuclear morphological changes during chemical-induced apoptosis. *Journal Cell Science*, 113:2941-2953.

XÁC ĐỊNH ĐỘT BIẾN XÓA ĐOẠN GEN EGFR TRÊN BỆNH NHÂN U NGUYÊN BÀO THẦN KINH ĐỆM

Nguyễn Thị Thom*,**, Trần Quốc Đạt*, Trần Văn Khánh*, Tạ Thành Văn*,
Kiều Đình Hùng*, Phùng Thị Phương Chiêm**, Đặng Thị Ngọc Dung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đột biến xóa đoạn từ exon 2 đến exon 7 của gen EGFR. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 70 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u nguyên bào thần kinh đệm tại Bệnh viện Việt Đức. Kỹ thuật khuếch đại DNA dò (MLPA) được áp dụng để xác định đột biến xóa đoạn gen EGFR. **Kết quả:** Có 6 mẫu có xóa đoạn gen, chiếm tỉ lệ 8,6%: trong đó 5/6 mẫu (7,2%) có xóa đoạn từ exon 2 đến exon 7 (xóa dạng EGFRvIII), có 1/6 mẫu có kiểu xóa đoạn từ exon 4 đến exon 7 (1,4%). **Kết luận:** bằng kỹ thuật MLPA đã phát hiện được đột biến xóa đoạn của gen EGFR trên bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm. Việc xác định đột biến xóa đoạn gen EGFR sẽ giúp bác sĩ có định hướng điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

Từ khóa: U nguyên bào thần kinh đệm, MLPA, EGFRvIII, gen EGFR.

SUMMARY

*Trường Đại học Y Hà Nội,

**Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Ngọc Dung

Email: dzunghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/3/2019

Ngày phản biện khoa học: 31/3/2019

Ngày duyệt bài: 6/4/2019

IDENTIFICATION THE DELETION OF EGFR GEN IN GLIOBLASTOMAS PATIENTS

Aim: This study was to identify the deletion from exon 2 to exon 7 of the EGFR gene. **Subjects and Methods:** 70 glioblastomas patients was diagnosed at the Department of Pathology, Viet Duc Hospital. MLPA and PCR methods were used to detect the deletion of EGFR gene. **Results:** 6/70 (8,6%) of patients were found to have deletion in EGFR gene, including 5/70 (7,2%) of patients having deletion EGFRvIII (exon 2 to exon 7) and 1/70 (1,4%) of patients having deletion from exon 4 and exon 7 gen EGFR. **Conclusion:** By using MLPA methods, we successfully identified 2 kind of deletion EGFR gene. This results will help for doctor to give an appropriate treatment for glioblastomas patients.

Keywords: Glioblastomas, MLPA, PCR, EGFRvIII, EGFR gene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thần kinh đệm (UNBTKĐ) chiếm 14,9% trong số u ác tính nguyên phát trong não, thời gian sống từ khi mắc bệnh chỉ khoảng 6 tháng đến 1 năm, tỷ lệ sống 5 năm < 5,5% [1],[2]. Có nhiều yếu tố được cho là gây UNBTKĐ, trong đó có đột biến một số gen Tp53, EGFR, FGFR được chứng minh ở nghiều nghiến

cứu. Đột biến xóa đoạn từ exon 2 đến exon 7 (xóa đoạn dạng EGFRvIII) của gen EGFR là thường gặp ở bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm (khoảng 45%), những bệnh nhân mang đột biến dạng này có thời gian sống thấp hơn người bệnh không có đột biến, nhưng lại nhạy với hóa chất điều trị (Temozolomide) [3],[4]. Do vậy xác định đột biến xóa đoạn gen EGFR là cần thiết cho dự đoán thời gian sống còn của bệnh nhân UNBTKD, và lựa chọn điều trị sau phẫu thuật cho bệnh nhân mắc u nguyên bào thần kinh đệm. Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu: *xác định đột biến xóa đoạn từ exon 2 đến exon 7 của gen EGFR trên bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 70 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u nguyên bào thần kinh đệm tại Bệnh viện Việt Đức dựa trên đặc điểm lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Kỹ thuật tách DNA:** các mẫu mô được loại bỏ paraffin bằng xylene, sau đó được tách DNA theo phương pháp phenol: chloroform. Nồng độ và độ tinh sạch của DNA tách chiết được xác định trên máy Nano-Drop, những mẫu DNA đạt giá trị OD260/OD280 từ 1,8 đến 2,0 được sử dụng để phân tích [5].

- **Kỹ thuật MLPA:** sử dụng hóa chất kit SALSA MLPA P105-D2, hãng MRC- Hà Lan

Bước 1: Biến tính DNA ở 98°C/5 phút, giữ ở 25°C.

Bước 2: Gắn đầu dò vào gen đích

+ Chuẩn bị hỗn hợp phản ứng: 1,5µl đệm SALSA MLPA, 1,5µl Hỗn hợp mồi P105. Cho hỗn hợp đã chuẩn bị ở trên vào mẫu DNA đã biến

tính, nâng nhiệt độ 95°C/1 phút để biến tính đầu dò, ủ ở 60°C qua đêm (16h) để các đầu dò gắn đặc hiệu với đoạn gen đích.

Bước 3: Nối hai đầu dò

+ Chuẩn bị hỗn hợp phản ứng gồm: 3µl Dung dịch đệm A + 3µl Dung dịch đệm B + 25µl nước cất + 1µl Dung dịch nối 65

+ Cho dung dịch đã chuẩn bị ở trên vào hỗn hợp lai đã ủ qua đêm, tiếp tục chạy chu trình nhiệt: 54°C/15 phút - 98°C/5 phút - 4°C

Bước 4: Khuếch đại sản phẩm lai (PCR)

+ Chuẩn bị hỗn hợp phản ứng gồm: 2µl mồi có gắn huỳnh quang, 2µl dung dịch đệm Enzyme, 5,5µl nước cất, 0,5µl DNA polymerase

Cho dung dịch đã chuẩn bị ở trên vào hỗn hợp đang ở trong máy và tiếp tục chạy chu trình nhiệt: 30 chu kỳ (95°C/30 giây + 60°C/30 giây + 72°C/60 giây) + 72°C/20 phút + 72°C/5 phút + Giữ ở 4°C.

- Điện di mao quản trên hệ thống phân tích đoạn trên máy Beckman Coulter.

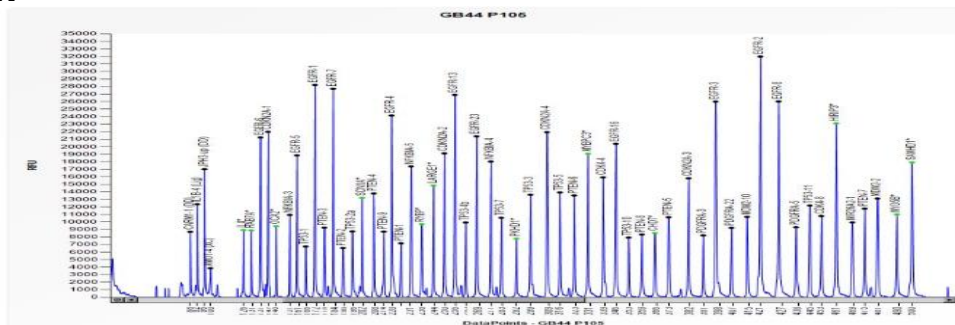
GeXP; Phân tích kết quả bằng công cụ Coffalyser chuyên biệt (được cung cấp bởi hãng MRC – Hà Lan).

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: phân tích bằng công cụ Coffalyser chuyên biệt theo khuyến cáo của hãng MRC-Hà Lan cho kit SALSA MLPA P105.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài tuân thủ tuyệt đối đạo đức nghiên cứu trong Y sinh. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không đồng ý tiếp tục tham gia. Các thông tin cá nhân sẽ được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả chạy điện di mao quản sản phẩm xác định xóa đoạn từ exon 2 đến exon 7 gen EGFR

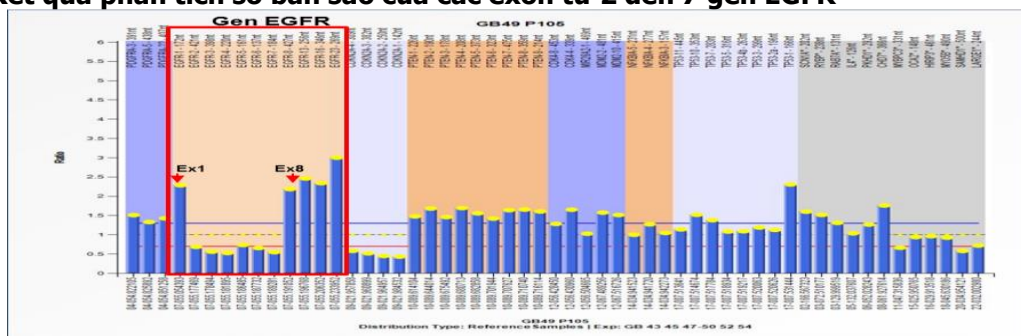


Hình 1. Hình ảnh điện di mao quản sản phẩm DNA xác định xóa đoạn từ exon 2 đến exon 7 gen EGFR

- Hình ảnh điện di mao quản của người bệnh mã GB44 cho thấy hình ảnh các đỉnh rất rõ, đạt tiêu chuẩn phân tích kết quả.

- Có 70 mẫu chạy điện di và kết quả hình ảnh điện di của 70 mẫu nghiên cứu đạt yêu cầu để phân tích kết quả.

2. Kết quả phân tích số bản sao của các exon từ 2 đến 7 gen EGFR



Hình 2. Kết quả phân tích xác định đột biến xóa đoạn gen EGFRvIII

Mẫu đại diện có đột biến của bệnh nhân UNBTGD mã số GB49

- Các cột màu xanh biểu thị số bản sao của các exon

- Trung bình cộng số bản sao của các exon 2+3+4+5+6+7 gen EGFR nhỏ hơn 0,8 so với trung bình cộng số bản sao của các exon 1+8+13+16+23 gen EGFR, chúng tôi có xóa đoạn gen ở mẫu bệnh GB49.

- 70 mẫu bệnh UNBTGD sau phân tích, kết quả có 6 mẫu có đột biến xóa đoạn gen, được trình bày ở bảng 1.

3. Các dạng xóa đoạn từ exon 2 đến exon 7 gen EGFR

Bảng 1. Kiểu xóa đoạn từ exon 2 đến exon 7 gen EGFR

Mã số người bệnh	Kiểu xóa đoạn	n	%
GB2	Exon 2 đến exon 7	5/70	7,2
GB30			
GB37			
GB49			
GB66			
GB24	Exon 4 đến exon 7	1/70	1,4
Chung		6/70	8,6

- Có 6 mẫu có xóa đoạn gen, chiếm tỉ lệ 8,6%: trong đó 5/6 mẫu xóa đoạn dạng EGFRvIII (7,2%), 1/6 mẫu xóa đoạn từ exon 4 đến exon 7 (1,4%).

IV. BÀN LUẬN

Bằng kỹ thuật MLPA, nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được dạng đột biến xóa đoạn từ exon 2 đến exon 7 trên gen EGFR của bệnh nhân UNBTGD tại Việt Nam, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với báo cáo của các nghiên cứu đã công bố, đột biến xóa đoạn hay gặp với gen EGFR là xóa từ exon 2 đến exon 7 [3],[4]. Frederick L và cộng sự năm 2000 báo

cáo, kết quả đột biến xóa đoạn gen EGFR với tỉ lệ 67% có xóa đoạn dạng D6-273; ngoài ra còn nhiều kiểu xóa khác như: D6-185; D521-603; D958-1030 [3]. So với nghiên cứu của Frederick L thì số kiểu xóa đoạn mà chúng tôi xác định được là ít, vì chúng tôi chỉ tập trung nghiên cứu vào một số các exon cụ thể thường gặp đột biến xóa, nên không xác định được các kiểu xóa đoạn khác. Và nghiên cứu của chúng tôi xác định xóa đoạn theo phương pháp MLPA nên chỉ xác định được kiểu xóa theo exon, chứ không xác định được kiểu xóa cụ thể tương ứng với acid amin trên phân tử protein như nghiên cứu của Frederick L, giải mã toàn bộ gen EGFR, đã xác định được kiểu xóa là: xóa từ acid amin 6 đến acid amin 273, hay xóa từ acid amin 6 đến 185... trên phân tử protein tương ứng. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã xác định được có hai dạng đột biến xóa đoạn, một dạng là xóa đoạn từ exon 2 đến exon 7, đa số là các đột biến dạng này, có 5/6 trường hợp (7,2%); dạng thứ hai là xóa đoạn từ exon 4 đến exon 7, có 1/6 trường hợp (1,4%).

Cùng sử dụng phương pháp MLPA để xác định xóa đoạn gen EGFR như nhau, nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ xóa đoạn thấp hơn so với nghiên cứu của Judith Jeuken: 16,3% (17/104) trường hợp mắc UNBTGD có xóa đoạn gen dạng EGFRvIII [6], có thể do số mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn ít (70 mẫu so với 104 mẫu), nên có kết quả đột biến xóa đoạn thấp hơn.

Kết quả về tỷ lệ đột biến xóa đoạn dạng EGFRvIII của gen EGFR trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều (7,2%) so với kết quả nghiên cứu của Nicola Montano tỉ lệ đột biến EGFRvIII khoảng 45% [4], điều này có thể lý giải là do đặc điểm của đột biến ở vùng miền khác nhau sẽ khác nhau về lượng đột biến. Phát hiện đột biến dạng EGFRvIII có ý nghĩa rất lớn

đối với thầy thuốc và bệnh nhân, một ví dụ áp dụng điều trị Temozolomide, có đáp ứng tốt, làm tăng thời gian sống ở bệnh UNBTĐ có đột biến gen EGFRvIII[4]. Kết quả nghiên cứu này là cơ sở để tiếp tục nghiên cứu đột biến gen trên bệnh UNBTĐ ở Việt nam, phát triển kỹ thuật phân tích gen thành xét nghiệm cho bệnh nhân để lựa chọn các phương pháp điều trị phù hợp, nhằm mục đích tăng hiệu quả điều trị, kéo dài thời gian sống cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xác định được đột biến xóa đoạn gen EGFR (8,6%): xóa đoạn dạng EGFRvIII là 7,2%; 1,4% là xóa từ exon 4 đến exon 7 gen EGFR.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **David N. Louis et al (2017)**. The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the

Central Nervous System: a summary, Ellison11 Received 13 Acta Neuropathol 10.1007/s00401-016-1545-1.

2. **Quinn T. Ostrom, Jill S. Barnholtz-Sloan, Ph.D et al (2016)**. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2009-2013, Neuro-Oncology.

3. **Frederick L, et al (2000)**. Diversity and frequency of epidermal growth factor receptor mutations in human glioblastomas, Cancer Res 60: 1383-1387.

4. **Nicola Montano, et al (2011)**. Expression of EGFRvIII in Glioblastoma: Prognostic Significance Revisited. Neoplasia, 13(12), 1113-1121.

5. **Tạ Thành Văn (2010)**. PCR và một số kỹ thuật sinh học phân tử, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 103 - 104.

6. **Judith Jeuken (2009)**. Robust Detection of EGFR Copy Number Changes and EGFR Variant III: Technical Aspects and Relevance for Glioma Diagnostics. Brain Pathol. 2009 Oct; 19(4): 661-671.

LIÊN QUAN RỐI LOẠN LIPID MÁU VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẨY

Lê Việt Thắng*, Nguyễn Hoà**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan rối loạn lipid máu với một số đặc điểm bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Tp Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 149 bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. Tất cả các bệnh nhân đều được định lượng nồng độ 4 chỉ số lipid máu và xác định mối liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân ĐTĐ; mất chức năng thận tồn dư có tỷ lệ và mức độ rối loạn từng thành phần lipid máu nặng nề hơn nhóm bệnh nhân không ĐTĐ; còn chức năng thận tồn dư, OR lần lượt là 5,291; 6,24, $p < 0,05$. Tỷ lệ và mức độ rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu ở nhóm bệnh nhân kiểm soát HA không đạt mục tiêu cao hơn nhóm bệnh nhân đạt mục tiêu có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. **Kết luận:** Rối loạn lipid máu liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

Từ khóa: Thận nhân tạo chu kỳ, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, chức năng thận tồn dư.

SUMMARY

RELATION BETWEEN LIPID DISORDER AND SOME CHARACTERISTICS OF

*Bệnh viện 103, HVQY

**Học viên Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Việt Thắng

Email: lethangviet@yahoo.com.uk

Ngày nhận bài: 18/2/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/3/2019

Ngày duyệt bài: 31/3/2019

MAINTENANCE HEMODIALYSIS PATIENTS TREATED AT CHO RAY HOSPITAL

Objectives: Investigation of the relationship between lipid disorders with some characteristics of maintenance hemodialysis patients at Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh City. **Methods:** A cross-sectional study on 149 patients diagnosed end stage kidney disease treating with maintenance hemodialysis. All of the patients were determined 4 lipid components and identified a relationship with some characteristics of the patients. **Results:** Group of diabetic patients; loss of residual renal function have a higher rate and severer degree of disorders of each lipid component than non-diabetic patients; patients with residual renal function, OR are 5.291 respectively; 6.24, $p < 0.05$. The incidence and degree of disorder at least 1 blood lipid component in patients with blood pressure bad control are higher than the patients with blood pressure good control, $p < 0.001$. **Conclusion:** Lipid disorder is related to some characteristics of maintenance hemodialysis patients.

Key Words: Maintenance hemodialysis, lipid disorder, diabetic mellitus, residual renal function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chuyển hoá trong đó có rối loạn lipid máu là một trong các biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân thận nhân tạo. Bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ tình trạng rối loạn lipid máu là phổ biến và do nhiều yếu tố ảnh hưởng. Kaysen GA (2009) [1], Bowden RG (2010) [2]... đã nhận định rối loạn lipid máu là phổ biến ở bệnh nhân suy thận mạn tính nói

chung, bệnh nhân suy thận mạn thận nhân tạo chu kỳ nói riêng. Scarpioni R (2010) [3], Shakeri A (2010) [4], Mitwalli (2011) [5]... đã nghiên cứu trên bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ thấy rối loạn lipid máu ít nhất một thành phần gặp từ 37,5% đến 62,8% số bệnh nhân nghiên cứu. Tăng triglycerid và LDL, cholesterol tăng nhẹ, HDL giảm là thường gặp ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ, các rối loạn này liên quan đến nhiều đặc điểm bệnh nhân thận nhân tạo trong đó có tình trạng đái tháo đường, suy dinh dưỡng, viêm... Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với số đặc điểm bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ điều trị tại Bệnh viện Chợ rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng là 149 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối được lọc máu bằng thận nhân tạo chu kỳ, tại Khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Chợ rẫy. Thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2018 đến tháng 01/2019.

- + Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:
 - Bệnh nhân bệnh thận mạn tính TNT chu kỳ
 - Thời gian lọc máu ≥ 3 tháng.
 - Các bệnh nhân được lọc máu đủ tuần 3 lần, mỗi lần 4 giờ, đảm bảo hiệu quả lọc Kt/V $> 1,2$.
 - Bệnh nhân được lọc máu cùng một chế độ lọc.
 - Các bệnh nhân đều được áp dụng theo một phác đồ điều trị thống nhất về điều trị thiếu máu, điều trị tăng huyết áp...
 - Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu
- + Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:
 - Bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa.
 - Bệnh nhân viêm nhiễm nặng như viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết
 - Bệnh nhân đang dùng thuốc điều trị rối loạn lipid máu

- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.
- Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- + Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang nhóm bệnh nhân nghiên cứu.
- + Bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng. Các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm: xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu các chỉ số: glucose, ure, creatinine, albumin, protein...
- + Định lượng các chỉ số lipid máu:
 - Định lượng Cholesterol, Triglycerid và LDL-C: Cholesterol toàn phần thực hiện bằng phương pháp enzym.
 - Định lượng HDL: thực hiện bằng kỹ thuật khử tạp trực tiếp và kỹ thuật enzym.
- + Chẩn đoán rối loạn lipid máu: theo khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam, có RLLP máu khi một trong các chỉ số ở mức.

Bảng 1. Phân loại RLLP máu theo Hội Tim mạch Việt Nam

Lipid máu	Giá trị chẩn đoán rối loạn
Cholesterol (mmol/l)	$\geq 5,2$
Triglycerid (mmol/l)	$\geq 2,3$
LDL-C (mmol/l)	$\geq 3,2$
HDL-C (mmol/l)	$\leq 0,9$

- + Chẩn đoán ĐTĐ theo Hội ĐTĐ quốc tế
- + Xác định còn chức năng thận tồn dư khi lượng nước tiểu 24 giờ > 500 ml, đánh giá kiểm soát HA không đạt mục tiêu khi $> 140/90$ mmHg
- + Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học theo chương trình SPSS

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình $49,07 \pm 14,12$ tuổi, tỷ lệ nam là 45,6%, nữ chiếm 54,4%. Nhóm nghiên cứu có thời gian TNT trung bình là 72 tháng, tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ chiếm 18,1%. Có 37,6% bệnh nhân kiểm soát HA kém, 96,6% bệnh nhân mất chức năng thận tồn dư. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu là 75,2%.

Bảng 1. Liên quan rối loạn lipid máu với giới

Đặc điểm rối loạn lipid máu	Nam (n=68)		Nữ (n=81)		P
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Có rối loạn (n=112)	57	83,8	55	67,9	P < 0,05 OR=2,45
Không rối loạn (n=37)	11	16,2	26	32,1	
Cholesterone	$3,67 \pm 0,87$		$4,17 \pm 1,14$		< 0,005
Triglycerid	$1,3 (0,9 - 2,3)$		$1,4 (1,05 - 2,15)$		> 0,05
LDL-C	$2,1 \pm 0,72$		$2,41 \pm 0,87$		< 0,05
HDL-C	$0,82 \pm 0,22$		$0,93 \pm 0,32$		< 0,05

Tình trạng RLLP máu liên quan với giới, giới nam có tỷ lệ RLLP máu cao gấp 2,45 lần so với giới nữ, $p < 0,05$. Tuy vậy, nồng độ trung bình của cholesterol và LDL-C ở nam lại thấp hơn nữ có ý nghĩa, $p < 0,05$. Chỉ có nồng độ HDL-C nhóm nam thấp hơn nữ (rối loạn nhiều và nặng hơn) có ý nghĩa $p < 0,05$.

Bảng 2. Liên quan rối loạn lipid máu với đái tháo đường

Đặc điểm rối loạn lipid máu	Có ĐTD (n=28)		Không ĐTD (n=121)		P
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Có rối loạn (n=112)	26	92,9	86	71,1	p < 0,05 OR = 5,291
Không rối loạn (n=37)	2	7,1	35	28,9	
Cholesterol	4,36 ± 1,49		3,84 ± 0,90		> 0,05
Triglycerid	1,85 (1,2 – 3,6)		1,3 (0,9 – 2,1)		< 0,05
LDL-C	2,43 ± 1,05		2,23 ± 0,76		> 0,05
HDL-C	0,83 ± 0,28		0,9 ± 0,27		> 0,05

Tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu ở BN có ĐTD cao hơn nhóm không ĐTD gấp 5,291 lần, khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05. Nồng độ các thành phần cholesterol, TG, LDL-C ở BN ĐTD cao hơn nhóm không ĐTD, HDL-C ở nhóm ĐTD thấp hơn nhóm không ĐTD, tuy nhiên chỉ thấy khác biệt có ý nghĩa về nồng độ TG, p < 0,05.

Bảng 3. Liên quan rối loạn lipid máu với chức năng thận tồn dư

Đặc điểm rối loạn lipid máu	Mất (n=129)		Còn chức năng thận tồn dư (n=20)		P
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Có rối loạn (n=112)	104	80,6	8	40	p < 0,001 OR = 6,24
Không rối loạn (n=37)	25	19,4	12	60	
Cholesterol	3,99 ± 1,09		3,62 ± 0,65		< 0,05
Triglycerid	1,4 (1 – 2,3)		1,1 (0,9 – 1,5)		< 0,05
LDL-C	2,3 ± 0,85		2,09 ± 0,55		> 0,05
HDL-C	0,86 ± 0,28		1,03 ± 0,2		< 0,05

Có mối liên quan giữa chức năng thận tồn dư với RLLP máu: Tỷ lệ RL ít nhất 1 thành phần lipid máu ở nhóm mất chức năng thận tồn dư cao gấp 6,24 lần nhóm còn chức năng thận tồn dư, p < 0,001. Nồng độ trung bình của cholesterol, TG và LDL-C nhóm mất chức năng thận tồn dư cao hơn, HDL-C thấp hơn nhóm bệnh nhân còn chức năng thận tồn dư, p < 0,05.

Bảng 4. Liên quan rối loạn lipid máu với kiểm soát HA

Đặc điểm rối loạn lipid máu	Kiểm soát kém (n=56)		Kiểm soát đạt yêu cầu (n=93)		P
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Có rối loạn (n=112)	52	92,9	60	64,5	p < 0,001 OR = 0,14
Không rối loạn (n=37)	4	7,1	33	35,5	
Cholesterol	4,52 ± 1,2		3,59 ± 0,77		< 0,001
Triglycerid	2,4 (1,42 – 3,9)		1,2 (0,9 – 1,5)		< 0,001
LDL-C	2,58 ± 1,01		2,08 ± 0,61		< 0,005
HDL-C	0,78 ± 0,24		0,94 ± 0,27		< 0,001

Có mối liên quan giữa RLLP máu với kết quả kiểm soát HA: Tỷ lệ RL ít nhất 1 thành phần lipid máu ở nhóm kiểm soát HA không đạt mục tiêu cao hơn nhóm không đạt mục tiêu, p < 0,001. Nồng độ trung bình của cholesterol, TG và LDL-C nhóm kiểm soát HA kém cao hơn, HDL-C thấp hơn nhóm bệnh nhân kiểm soát tốt, p < 0,005.

Bảng 5. Hồi quy logistic các yếu tố nguy cơ rối loạn lipid máu

Yếu tố	Odds ratio (OR)	Khoảng tin cậy 95%	p
Tuổi ≥ 60	2,482	0,761 – 8,091	> 0,05
Giới nam	2,741	1,128 – 6,660	< 0,05
Đái tháo đường	5,21	1,011 – 26,844	< 0,05
Thời gian lọc máu ≥ 5 năm	1,713	0,641 – 4,573	> 0,05
Nhiễm virus viêm gan	0,466	0,153 – 1,420	> 0,05
Albumin < 35 g/l	1,806	0,655 – 4,981	> 0,05
Mất chức năng thận tồn dư	4,932	1,532 – 15,872	< 0,01
BMI ≥ 23	1,832	0,507 – 6,615	> 0,05

Mô hình hồi quy logistic đa biến: $\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = 0,821 * \text{Tuổi trên 60} + 0,979 * \text{Giới nam} + 1,651 * \text{Đái tháo đường} + 0,658 * \text{Thời gian lọc máu trên 5 năm} - 0,743 * \text{Nhiễm virus viêm gan} + 0,595$

*Albumin nhỏ hơn 35 + 1,523 *Mất chức năng thận tồn dư + 0,528 *BMI trên 23 – 1,396.

Giới nam, ĐTD, mất chức năng thận tồn dư là những yếu tố liên quan độc lập với rối loạn lipid máu, p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

1. Liên quan với giới: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng RLLP máu liên quan với giới, giới nam có tỷ lệ RLLP máu cao gấp 2,45 lần so với giới nữ, $p < 0,05$. Tuy vậy, nồng độ trung bình của cholesterol và LDL-C ở nam lại thấp hơn nữ có ý nghĩa, $p < 0,05$. Chỉ có nồng độ HDL-C nhóm nam thấp hơn nữ (rối loạn nhiều và nặng hơn) có ý nghĩa $p < 0,05$. Như vậy, sự khác nhau giữa rối loạn lipid máu ở nam và nữ là: nam có tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu cao hơn và kiểu rối loạn nặng nề là giảm nồng độ HDL-C. Hai đặc điểm này cảnh báo các biến cố tim mạch ở nhóm bệnh nhân nam sẽ nhiều hơn nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đối phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác [2],[3].

2. Liên quan với tình trạng ĐTD: Chúng tôi đánh giá RLLP máu ở nhóm có và không có ĐTD, kết quả cho thấy cả tỷ lệ và mức độ RL ít nhất 1 thành phần lipid cũng như các thành phần lipid máu ở nhóm ĐTD cao hơn và nặng nề hơn nhóm không ĐTD. Tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu ở BN có ĐTD cao hơn nhóm không ĐTD gấp 5,291 lần, khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Nồng độ các thành phần cholesterol, TG, LDL-C ở BN ĐTD cao hơn nhóm không ĐTD, HDL-C ở nhóm ĐTD thấp hơn nhóm không ĐTD, tuy nhiên chỉ thấy khác biệt có ý nghĩa về nồng độ TG, $p < 0,05$. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, điều trị bằng TNT chu kỳ không bổ sung thêm các statin không làm giảm được rối loạn lipid máu, thêm vào nữa rối loạn lipid máu xuất hiện thường ngoài 5 năm lọc máu do những kỹ thuật của lọc máu ảnh hưởng và là nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp gây rối loạn. Nhìn chung rối loạn lipid máu phụ thuộc vào bệnh gây nên BTMT. Đối với bệnh nhân ĐTD rối loạn lipid máu là “bạn song hành” với nhau [6]. Rối loạn lipid máu thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 là tăng triglyceride và giảm HDL-C. Nồng độ LDL-C ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 thường không khác biệt đáng kể so với nhóm không có đái tháo đường. Ngay có thời điểm bệnh nhân THA có và không có tiền ĐTD, rối loạn lipid máu ở nhóm THA có tiền ĐTD cũng cao hơn. Kết quả này được Lê Thanh Bình và cộng sự nghiên cứu trên 93 bệnh nhân THA có tiền ĐTD [7].

3. Liên quan với tình trạng kiểm soát HA: Kiểm soát HA đạt mục tiêu là một nội dung quan trọng trong điều trị bệnh nhân TNT CK. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân chưa đạt yêu cầu về kiểm soát HA là 37,6%. Tăng

huyết áp vừa là nguyên nhân, vừa là triệu chứng của bệnh nhân BTMT. THA ở bệnh nhân BTMT do nhiều cơ chế kết hợp, do vậy tỷ lệ bệnh nhân THA kháng trị cao, tỷ lệ BN kiểm soát HA đạt mục tiêu thấp. THA có liên quan đến nhiều yếu tố trong đó có rối loạn lipid máu. Nguyễn Đình Dương và cộng sự [8] nghiên cứu mối liên quan giữa RLLP máu với một số đặc điểm bệnh nhân TNT CK nhận thấy có mối liên quan thuận giữa RLLP máu và THA: nhóm bệnh nhân THA có tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu là 84,7% so với 53,8% nhóm không tăng HA, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tỷ xuất chênh là 4,75.

Một kết quả thú vị trong nghiên cứu này là: Tỷ lệ RL ít nhất 1 thành phần lipid máu ở nhóm kiểm soát HA không đạt mục tiêu cao hơn nhóm không đạt mục tiêu, $p < 0,001$. Nồng độ trung bình của cholesterol, TG và LDL-C nhóm kiểm soát HA kém cao hơn, HDL-C thấp hơn nhóm bệnh nhân kiểm soát tốt, $p < 0,005$. Như vậy, RLLP máu sẽ ảnh hưởng đến việc kiểm soát HA ở bệnh nhân TNT CK. Vai trò của tăng lipid máu trong xơ vữa mạch máu và tăng huyết áp được nhắc tới trong nhiều nghiên cứu. Về vai trò của TG trong bệnh lý tim mạch nói chung và sự xơ vữa nói riêng đã có nhiều nghiên cứu và bài viết của nhiều chuyên gia trên thế giới, đây cũng là vấn đề chính mà chúng tôi quan tâm vì tỷ lệ rối loạn TG gặp trong nghiên cứu của chúng tôi khá lớn (24,2%).

4. Liên quan với chức năng thận tồn dư: Có mối liên quan giữa chức năng thận tồn dư với RLLP máu: Tỷ lệ RL ít nhất 1 thành phần lipid máu ở nhóm mất chức năng thận tồn dư cao gấp 6,24 lần nhóm còn chức năng thận tồn dư, $p < 0,001$. Nồng độ trung bình của cholesterol, TG và LDL-C nhóm mất chức năng thận tồn dư cao hơn, HDL-C thấp hơn nhóm bệnh nhân còn chức năng thận tồn dư, $p < 0,05$. Chúng tôi cho rằng chức năng thận tồn dư còn đảm bảo bệnh nhân TNT CK tránh được các rối loạn do quá tải thể tích gây nên và những rối loạn liên quan đến RLLP máu [8].

5. Yếu tố liên quan độc lập với rối loạn lipid máu: Giới nam, ĐTD, mất chức năng thận tồn dư là những yếu tố liên quan độc lập với rối loạn lipid máu, $p < 0,05$. Đó là kết quả nghiên cứu các yếu tố có giá trị độc lập liên quan đến RLLP máu ở bệnh nhân TNT CK. Chúng tôi nhận thấy rằng giới nam luôn là những yếu tố có liên quan mật thiết đến tình trạng RLLP máu ở người bình thường cũng như người mắc bệnh mạn tính như ĐTD hoặc THA. Nguyên nhân của RLLP máu có thể do nguyên phát như di truyền hoặc thứ phát do phong cách sống không hợp lý. RLLP

máu tiên phát do đột biến gen làm tăng tổng hợp quá mức cholesterol, triglycerid, LDL-c hoặc giảm thanh thải TC, TG, LDL-c hoặc giảm tổng hợp HDL-c hoặc tăng thanh thải HDL-L. RLLP máu tiên phát thường xảy ra sớm ở trẻ em và người trẻ tuổi, ít khi kèm thể trạng béo phì. Nguyên nhân của RLLP máu thứ phát do lối sống tĩnh tại, dùng nhiều bia rượu, thức ăn giàu chất béo bão hòa. Các nguyên nhân thứ phát khác của RLLP máu như đái tháo đường, bệnh thận mạn tính, suy giáp, xơ gan, dùng thuốc thiazid, corticoides, estrogen, chẹn beta giao cảm. RLLP máu thường được phát hiện cùng lúc với một số bệnh lý tim mạch-nội tiết-chuyển hóa. Đồng thời RLLP máu cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh lý này. Nam giới thường có nhiều yếu tố liên quan đến RLLP máu thứ phát, chính vì vậy giới nam và ĐTD trở thành yếu tố tiên lượng độc lập cho RLLP máu. Mất chức năng thận tồn dư làm cho quá trình điều trị THA, suy tim, lọc máu của bệnh nhân TNT CK khó khăn hơn. Chức năng thận tồn dư còn làm cho việc kiểm soát huyết áp tốt hơn, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tốt hơn [2],[3],[8].

V. KẾT LUẬN

+ Bệnh nhân nam có tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$. Nồng độ HDL-C ở bệnh nhân nam thấp hơn nữ có ý nghĩa, $p < 0,001$.

+ Nhóm bệnh nhân ĐTD; mất chức năng thận tồn dư có tỷ lệ rối loạn cao hơn và mức độ rối loạn tăng thành phần lipid máu nặng nề hơn nhóm bệnh nhân không có ĐTD, còn chức năng thận tồn dư, $OR = 5,291$ và $6,24$, $p < 0,05$.

+ Tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu ở nhóm bệnh nhân kiểm soát HA không đạt mục tiêu cao hơn, mức độ rối loạn từng thành phần nặng hơn nhóm bệnh nhân đạt mục tiêu có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

+ Giới nam, ĐTD và mất chức năng thận tồn dư là yếu tố liên quan độc lập với tình trạng rối loạn lipid máu, $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Keyser GA (2009).** Lipid and lipoprotein metabolism in chronic kidney disease. *J Ren Nutr* 19: 73-7.
2. **Bowden RG, Wilson RL (2010).** Malnutrition, inflammation, and lipids in a cohort of dialysis. *Posgrad Med* 122: 196-202.
3. **Scarpioni R et al (2010).** Dyslipidemia in chronic kidney disease: are statins still indicated in reduction cardiovascular risk in patients on dialysis treatment? *Cardiovasc Ther* 28: 361-8.
4. **Shakeri A, Tabibi H, Hedayati M (2010).** Effects of L-carnitine supplement on serum inflammatory cytokines, C-reactive protein, lipoprotein (a), and oxidative stress in hemodialysis patients with Lp (a) hyperlipoproteinemia. *Hemodial Int.* 14: 498-504.
5. **Mitwalli AH et al (2011).** Dyslipidemia in dialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 22: 689-94.
6. **Nguyễn Thị Thu Hương, Vũ Thị Thanh Huyền (2015),** "Một số yếu tố liên quan rối loạn lipid máu ở người cao tuổi đái tháo đường type 2", *Tạp chí nghiên cứu Y học* 94 (2): 72-79.
7. **Lê Thanh Bình, Đinh Đức Long, Lê Đức Quyền (2014),** "Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân THA có tiền ĐTD", *Tạp chí Y học thực hành* số 905: 28-31.
8. **Nguyễn Đình Dương, Phạm Xuân Thu, Lê Việt Thắng (2012).** Liên quan rối loạn lipid máu với nguyên nhân suy thận, thời gian lọc máu và tình trạng huyết áp của bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ. *Y học thực hành* số 8 tr.67-70.

VAI TRÒ CỦA FORCEPS TRONG SẢN KHOA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG 5 NĂM 2012-2016

Nguyễn Mạnh Thắng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 409 hồ sơ bệnh án của sản phụ và thai nhi đẻ bằng forceps tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm từ 2012-2016. Kết quả cho thấy tỷ lệ chỉ định forceps do mẹ rặn yếu chiếm 59,3%, do suy thai chiếm 26,4%, sọ mổ cũ ở tử cung chiếm 7,6% và các chỉ định khác (bao gồm tăng

huyết áp, bệnh tim, hen phế quản, viêm gan, Basedow) chiếm 6,7%. Trọng lượng của trẻ đẻ bằng forceps trong khoảng 3000-3400g. Chỉ số apgar 8-10 điểm ở phút thứ nhất chiếm 95,6% đến phút thứ 5 tăng lên 97,1%. Sang chấn do forceps cho sản phụ là 28,36%, sang chấn cho trẻ sơ sinh chủ yếu là sang chấn ở mức độ nhẹ.

Từ khóa: Forceps, Apgar, trẻ sơ sinh

SUMMARY

THE ROLE OF FORCEPS IN OBSTETRICS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN A 5-YEAR PERIOD FROM 2012 TO 2016

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Thắng

Email: bsnguyenmanhthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/2/2019

Ngày phản biện khoa học: 20/3/2019

Ngày duyệt bài: 5/4/2019

A retrospective study was performed at the National hospital of obstetrics and gynecology (Hanoi, Vietnam) in a 5-year period from 2012 to 2016. A total of 409 medical records included in the study. The proportion of mothers appointed with forceps for mother's weak push was 59.3%. These figures were 26.4% for fetal distress, 7.6% for previous cesarean section and 6.7% for others. Babies' weight with forceps were in the range of 3000-3400 gram. The percentage of the Apgar score of 8-10, 95.6% in the first minute, increased to 97.1% in the fifth minute. The proportion of mothers having birth injuries due to forceps was 28.36%, particularly most mild injuries for newborns.

Keywords: Forceps, Apgar, newborn

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ khó là một trong những nguyên nhân chính gây ra các hậu quả về bệnh tật, tử vong cho sản phụ và thai nhi. Đẻ khó là cuộc đẻ cần có sự can thiệp của người thầy thuốc. Các can thiệp là mổ lấy thai hoặc các biện pháp hỗ trợ sinh sản khác như forceps và giác hút. Không phải tất cả các ca đẻ khó đều phải mổ lấy thai, khi đó forceps là thủ thuật sản khoa được xem xét lựa chọn, khi có đủ điều kiện, trước khi phương án mổ lấy thai được đề cập tới, nhằm hạn chế tối đa tai biến cho cả mẹ và thai nhi, nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm gánh nặng cho nền kinh tế [1]. Tại Hoa Kỳ, forceps đang trước nguy cơ biến mất hoàn toàn [2]. Theo đa số các nhà nghiên cứu thì forceps không phải thủ thuật an toàn tuyệt đối [3][4]. Nhưng nếu được sử dụng đúng chỉ định điều kiện và được thực hiện bởi những bác sỹ trong tay có nhiều kinh nghiệm thì có thể là phương pháp hiệu quả, an toàn để ngăn chặn tốc độ ngày càng tăng của mổ lấy thai trong những trường hợp đẻ khó [5]. Tuy nhiên, gần đây các nghiên cứu về forceps trong nước và trên thế giới đều ít được quan tâm nghiên cứu như giai đoạn trước. Chính vì lý do trên, nghiên cứu được thực hiện để đánh giá vai trò của forceps trong sản khoa với 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu về chỉ định của đẻ forceps tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong 5 năm 2012-2016.

2. Nhận xét về kết quả thai nghén của đẻ forceps tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong 5 năm 2012-2016

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ của các sản phụ được đẻ bằng forceps tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương trong 5 năm từ tháng 1/2012 -12/2016, có đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các hồ sơ không cung cấp đủ thông tin cần cho nghiên cứu, đẻ bằng forceps từ nơi khác chuyển đến, không phải forceps đường âm đạo.

2.2. Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành từ 1/2012 đến 12/2016 tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Được tính toán theo công thức tính cỡ mẫu của WHO, với cỡ mẫu là 409 hồ sơ sản phụ được đẻ bằng forceps.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống với $k = 6$.

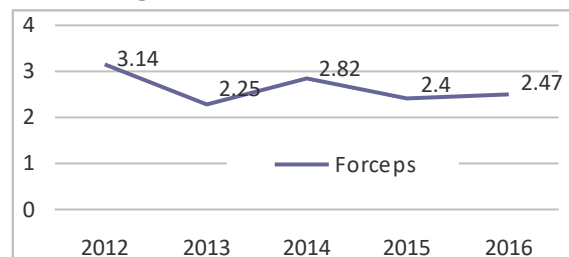
2.5. Kỹ thuật thu thập thông tin: Thông tin được trích xuất từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân vào bệnh án nghiên cứu.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu : Các số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS16.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu chỉ thu thập các thông tin có sẵn từ hồ sơ bệnh án, không ảnh hưởng đến sản phụ. Các thông tin sẽ được giữ bí mật tuyệt đối, chỉ được sử dụng trong nghiên cứu không phục vụ mục đích nào khác. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1. Tỷ lệ đẻ forceps so với tổng số ca đẻ trong 5 năm 2012-2016



Nhận xét: Trong 5 năm từ 2012- 2016, tỷ lệ đẻ forceps đang chiếm một tỷ lệ rất nhỏ, và có xu hướng giảm dần từ 3,14% năm 2012 xuống còn 2,47% năm 2016.

Bảng 1. Chỉ định của forceps

Chỉ định	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Mẹ rặn yếu	243	59,3
Suy thai	108	26,4
Seo mổ cũ	31	7,6
Bệnh tim	6	1,5
Tăng huyết áp (THA)	8	2,0
Hen phế quản	6	1,5

Viêm gan	4	0,98
Basedow	3	0,72
Tổng	409	100

Nhận xét: Chỉ định đẻ forceps trong 5 năm 2012-2016, chiếm tỷ lệ cao nhất là mẹ rặn yếu với 59,3%; tiếp theo suy thai 26,4%; 7,5 % sản phụ có sẹo mổ cũ tử cung và các chỉ định khác chiếm tỷ lệ thấp hơn bao gồm 1,5% có bệnh tim; 1,9% sản phụ có tăng huyết áp; 1,5% sản phụ hen phế quản.

Bảng 2. Trọng lượng trẻ sơ sinh

Trọng lượng	n	%
< 2000g	2	0,5
2000- 2400g	1	0,24
2500-2900g	195	47,60
3000-3400g	201	49,14
3500-< 3700g	6	1,5
≥ 3800 g	2	0,5
Không cân	3	0,7
Tổng	409	100,0

Nhận xét: Trẻ có trọng lượng 2500-3400g chiếm tỷ lệ cao nhất từ 47,6%-49,14%, nhóm trẻ có trọng lượng <2000g và >4000g chiếm tỷ lệ thấp 0,5%.

Bảng 3. Apgar của trẻ sơ sinh

Đẻ thủ thuật		Forceps	
Điểm Apgar		n	%
Phút thứ nhất	Apgar 8-10	391	95,6
	Apgar 4-7	15	3,67
	Apgar 0-3	3	0,73
	Tổng	409	100,0
Phút thứ năm	Apgar 8-10	396	96,83
	Apgar 4-7	10	2,44
	Apgar 0-3	3	0,73
	Tổng	409	100,0

Nhận xét: Tại thời điểm apgar phút thứ nhất sau đẻ: forceps có apgar từ 8-10 điểm chiếm 95,6%, điểm apgar 4-7 điểm 3,67%, apgar 0-3 điểm chiếm 0,73%. Nhóm giác hút có apgar từ 8-10 điểm chiếm 95,0%, điểm apgar 4-7 điểm 5,0%. Tại thời điểm apgar phút thứ năm sau đẻ: nhóm có apgar từ 8-10 điểm chiếm 96,83%, điểm apgar 4-7 điểm 2,44%, apgar 0-3 điểm chiếm 0,73%.

Bảng 4. Sang chấn cho trẻ sơ sinh

Sang chấn cho trẻ sơ sinh	n	%
Vết cảnh forcep, vết hằn nắp giác hút	87	73,1
Vết xây sát da mặt, đầu, trán...	5	4,2
Tụ máu dưới da đầu	25	21,0
Tổn thương mắt	0	0,0
Liệt dây thần kinh VII	2	1,7
Xuất huyết não	0	0,0
Tổng	119	100,0

Nhận xét: Loại sang chấn do forceps bao gồm vết cảnh forceps 73,1%; vết xây sát da mặt, đầu, trán 4,2%, tụ máu dưới da đầu 1,7%, liệt dây thần kinh VII 1,7%. Có 1 trường hợp tử vong ở thai bất thường, thai chết trong quá trình chuyển dạ.

Bảng 5. Sang chấn cho sản phụ

Sang chấn	Đẻ forceps	n	%
Rách thành âm đạo	Có	61	14,91
Rách tầng sinh môn	Có	17	4,16
Rách CTC	Có	17	4,16
Rách kết hợp	Có	12	2,93
Chảy máu cần truyền máu	Có	5	1,22

Nhận xét: Trong 5 năm từ 2012-2016, tỷ lệ các tai biến của sản phụ sau đẻ forceps bao gồm: rách thành âm đạo 14,91%, rách tầng sinh môn, rách cổ tử cung chiếm 4,16%, rách kết hợp cổ tử cung và tầng sinh môn 2,93%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 5 năm từ 2012- 2016, tỷ lệ đẻ thủ thuật forceps có xu hướng giảm dần từ 3,14% (2012) xuống 2,47% (2016). Tại Việt Nam và cụ thể là tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương, với những ca đẻ thủ thuật các bác sỹ thường lựa chọn forceps hơn là giác hút còn các bác sỹ ở châu Âu và Mỹ lại thường chọn giác hút hơn. Tại Ấn Độ xu hướng sử dụng giác hút tăng lên từ 1,7% (1960) lên 15,3%(2010), trong khi forceps giảm từ 15,1%(1960) xuống 5,1%(2010). Phải chăng sự khác biệt này ngoài quan điểm lựa chọn, còn có liên quan đến vấn đề sử dụng dụng cụ. Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương hiện nay vẫn sử dụng duy nhất một loại giác hút truyền thống, với nhiều nhược điểm như nắp giác hút bằng kim loại cứng, thời gian chuẩn bị lâu, cần ít nhất 2 đến 3 người hỗ trợ trong khi các nước phát triển dụng cụ rất đa dạng với nhiều cải tiến mới [6] [7].

Theo kết quả nghiên cứu, ba chỉ định hay gặp nhất của forceps là mẹ rặn yếu, suy thai và có sẹo mổ đẻ cũ, điều này phù hợp với kết quả của các tác giả trong nước [8]. Tuy nhiên qua so sánh, chúng tôi thấy chỉ định mẹ rặn yếu có chiều hướng tăng nhanh rõ rệt từ 14,4% theo Nguyễn Đức Hình (1983-1985) lên 59,3% trong nghiên cứu của chúng tôi. Giải thích cho kết quả này, chúng tôi cho rằng mẹ rặn yếu do các nguyên nhân như: Sản phụ có sức rặn yếu, kiểu thể khó như lợt kiểu chằm cùng, sản phụ chưa được hướng dẫn để biết cách phối hợp rặn tốt, tỷ lệ gây tê ngoài màng cứng tăng lên. Nguyên nhân thứ hai là sự phổ biến của kỹ thuật giảm

đau trong đẻ, sản phụ rặn yếu được đánh giá qua thời gian giai đoạn hai của cuộc chuyển dạ, chúng tôi thấy những sản phụ được làm giảm đau và không được giảm đau trong đẻ có thời gian này khác nhau đáng kể, tuy nhiên đây chỉ là giả thuyết. Tỷ lệ chỉ định do suy thai trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả khác. Sở dĩ có sự khác biệt trên do hiện nay tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương tất cả các sản phụ vào đẻ đều được theo dõi thường quy nên có thể phát hiện được những trường hợp suy thai sớm. Tỷ lệ các sản phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung, trong nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định làm forceps là 7,6%, tỷ lệ này liên tục giảm so với nghiên cứu của các tác trước Nguyễn Đức Hình 13,4%, Vũ Thị Hồng Hạnh 9,3%. Tại Việt Nam do yếu tố e ngại can thiệp forceps của cả sản phụ, gia đình và thậm chí cả một số thầy thuốc nhất là các thầy thuốc trẻ, nên hầu hết các sản phụ này được chỉ định mổ lấy thai chủ động khi đủ tháng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi. Chỉ số apgar tốt từ 8-10 điểm ở phút thứ nhất chiếm 95,6% đến phút thứ 5 tăng lên 97,07%. Chỉ số apgar từ 4-7 điểm, là những trẻ bị ngạt nhẹ đòi hỏi phải hồi sức sơ sinh như bóp bóng và thở oxygen, ở phút thứ nhất 3,67% giảm xuống 2,44% ở phút thứ 5. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tác giả Đỗ Thị Vân [8]. Chỉ số apgar 0-3 điểm có 3 trường hợp, chiếm 0,7%, trong đó hai trường hợp không nghe được tim thai trong quá trình chuyển dạ, đây là hai trường hợp thai bất thường và một trường hợp làm forceps thai đủ tháng với chỉ định suy thai, ngôi lọt thấp, có bướu huyết thanh nhỏ, kiểu thể chằm-chậu-phải-ngang, nhưng thất bại phải chuyển làm giác hút và trẻ được chỉ định thở máy sau đó.

Tỷ lệ sang chấn cho trẻ sơ sinh trong nhóm đẻ forceps chiếm 29,1%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Nguyễn Đức Hình tỷ lệ sang chấn cho trẻ sơ sinh nhóm forceps là 54,6%, của Trần Hoàng Hiệp 32,15%. Tuy rằng tỷ lệ các sang chấn còn cao, nhưng chủ yếu là những sang chấn nhẹ. Cụ thể: các sang chấn do forceps bao gồm vết càn forceps chiếm 73,1%, tụ máu dưới da đầu chiếm 21,0%, vết xây sát da mặt, đầu, trán, chiếm 4,2%, liệt dây thần kinh VII chiếm 1,7%, đó là hai trường hợp đều làm forceps khi ngôi lọt trung bình, không có trường hợp nào tổn thương mắt và xuất huyết não. Dù không có sang chấn nghiêm trọng nào được ghi nhận tuy nhiên trẻ sơ sinh là đối tượng vô cùng nhạy cảm, các sang chấn xảy ra dù nhỏ cũng ảnh hưởng lớn đến tâm lý của sản phụ và gia đình. Vì vậy cần chỉ định

đúng cũng như chọn những phương tiện phù hợp cho từng trường hợp cụ thể nhằm hạn chế tối đa các sang chấn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các sản phụ đẻ forceps đều được cắt nối tăng sinh môn chủ động, nên các trường hợp tai biến rách đường sinh dục dưới được ghi nhận trong nghiên cứu là những trường hợp rách thêm ngoài vị trí cắt chủ động. Trong các tai biến xảy ra, không có sản phụ nào tử vong và các tai biến nặng nề của thủ thuật như vỡ tử cung, rách bàng quang, rách trực tràng cũng không có. Các loại tai biến bao gồm: rách thành âm đạo 14,91%, rách tăng sinh môn (4,16%), rách cổ tử cung (4,16%), rách kết hợp thành âm đạo và cổ tử cung (2,93%), tai biến chảy máu nặng cần truyền máu (1,22%). Lực khi làm forceps hoàn toàn phụ thuộc vào lực kéo chủ quan của bác sỹ vì vậy với các bác sỹ trẻ chưa nhiều kinh nghiệm cũng dễ dùng lực của cả cánh tay hoặc lực của cả cơ thể để cố gắng kéo thai, đó có thể là những lý do góp phần giải thích vì sao gây ra các tai biến rách cổ tử cung, tăng sinh môn và chảy máu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy tỷ lệ chỉ định forceps do mẹ đẻ yếu chiếm 59,3%, do suy thai chiếm 26,4%, sẹo mổ cũ ở tử cung chiếm 7,6% và các chỉ định khác gồm THA, bệnh tim, hen phế quản, viêm gan, Basedow chiếm 6,7%. Trọng lượng của trẻ đẻ bằng forceps trong khoảng 3000-3400g. Chỉ số apgar 8-10 điểm ở phút thứ nhất chiếm 95,6% đến phút thứ 5 tăng lên 97,1%. Sang chấn do forceps cho sản phụ là 28,36%. Sang chấn cho trẻ sơ sinh chủ yếu là sang chấn nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bailey P.E. (2005). The disappearing art of instrumental delivery: time to reverse the trend. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*, **91**(1), 89–96.
2. Rather H., Muglu J., Veluthar L. và cộng sự. (2016). The art of performing a safe forceps delivery: a skill to revitalise. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, **199**, 49–54.
3. Johanson R.B., Heycock E., Carter J. và cộng sự. (1999). Maternal and child health after assisted vaginal delivery: five-year follow up of a randomised controlled study comparing forceps and ventouse. *Br J Obstet Gynaecol*, **106**(6), 544–549.
4. Memon H.U., Blomquist J.L., Dietz H.P. và cộng sự. (2015). Comparison of levator ani muscle avulsion injury after forceps-assisted and vacuum-assisted vaginal childbirth. *Obstet Gynecol*, **125**(5), 1080–1087.
5. Tempest N., Hart A., Walkinshaw S. và cộng sự. (2013). A re-evaluation of the role of rotational forceps: retrospective comparison of maternal and perinatal outcomes following different methods of birth for malposition in the

- second stage of labour. BJOG Int J Obstet Gynaecol, **120**(10), 1277–1284.
6. **Equy V., David-Tchouda S., Dreyfus M. và cộng sự. (2015).** Clinical impact of the disposable ventouse iCup® versus a metallic vacuum cup: a multicenter randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth, **15**, 332.
7. **Azaïs H., Bauwens J., Servan-Schreiber E. và cộng sự. (2015).** [Odon device: A revolution in the field of assisted vaginal delivery?]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), **44**(9), 884–886.
8. **Đỗ Thị Vân (2014),** Nghiên cứu về chỉ định và kết quả của foreps tại bệnh viện Phụ sản trung ương trong 2 năm 2004 và 2014, Luận văn thạc sĩ y học trường đại học Y Hà Nội, Đại Học Y Hà Nội.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ PREALBUMIN VÀ ALBUMIN HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN LỌC MÀNG BỤNG LIÊN TỤC NGOẠI TRÚ

Lâm Nguyễn Nhã Trúc*,

Đào Bùi Quý Quyền*, Lê Việt Thắng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nồng độ prealbumin và albumin huyết tương ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 118 bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú. Tất cả các bệnh nhân đều được định lượng nồng độ prealbumin và albumin huyết tương. **Kết quả:** Nồng độ prealbumin máu trung bình $0,34 \pm 0,08$ g/l, tỷ lệ giảm prealbumin máu chiếm 5,1%. Nồng độ albumin máu trung bình là $34,89 \pm 4,15$ g/l, tỷ lệ bệnh nhân giảm albumin chiếm 42,4%. Nồng độ prealbumin và albumin có mối tương quan thuận, mức độ vừa với $r = 0,591$ với $p < 0,001$. **Kết luận:** Giảm nồng độ albumin huyết tương là phổ biến, nhưng giảm nồng độ prealbumin là không phổ biến ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú.

Từ khóa: Bệnh thận mạn giai đoạn cuối, Lọc màng bụng liên tục ngoại trú, Prealbumin huyết tương, Albumin huyết tương.

SUMMARY

SURVEY ON CONCENTRATION OF PLASMA PREALBUMIN AND ALBUMIN IN PATIENTS TREATING WITH CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS

Objectives: Determine plasma prealbumin and albumin in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) at ChoRay Hospital. **Methods:** A cross-sectional study on 118 patients diagnosed end stage kidney disease treating with continuous ambulatory peritoneal dialysis. All patients had done determine of plasma prealbumin and albumin level. **Results:** Average plasma prealbumin level of patients is 0.34 ± 0.08 g/L. There is 5.1% patient with decreased plasma prealbumin level. Average plasma albumin level of

patients is 34.89 ± 4.15 g/L. There is 42.4 % patient with decreased plasma albumin level. Plasma prealbumin concentration was positive correlated with plasma albumin concentration, correlation coefficient $r = 0.591$, $p < 0.001$. **Conclusion:** Decreased plasma albumin level is common, but decreased plasma prealbumin level is not common in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis.

Keywords: End stage kidney disease, Continuous ambulatory peritoneal dialysis, Plasma prealbumin, Plasma albumin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính ngày càng gia tăng trên thế giới và Việt nam, khi bệnh thận mạn tính tiến triển đến giai đoạn cuối (mức lọc cầu thận < 15 ml/phút), bệnh nhân cần được điều trị thay thế thận suy bằng lọc máu hoặc ghép thận [1], [2]. Lọc màng bụng là một phương pháp điều trị thận suy mạn tính được áp dụng tại Việt nam cũng như một số nước châu Á. Bệnh nhân lọc màng bụng được lọc máu hàng ngày thông qua việc trao đổi dịch lọc vào khoang màng bụng, đây là biện pháp tiện lợi cho những bệnh nhân còn đang làm việc do có thể tự thao tác kỹ thuật tại nhà [3], [4]. Bên cạnh đó bệnh nhân cần được điều trị các rối loạn khác như thiếu máu, tăng huyết áp, bệnh lý xương... theo phác đồ khuyến cáo của Hội thận học và Lọc máu quốc tế [5], [6]. Do đặc thù phương pháp điều trị, bệnh nhân lọc màng bụng cần phải có một chế độ dinh dưỡng hợp lý và được chăm sóc đặc biệt để hạn chế các biến chứng lâu dài do quá trình lọc máu gây nên. Chưa nhiều đề tài nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng, đặc biệt nồng độ albumin, prealbumin máu ở bệnh nhân lọc màng bụng. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Khảo sát nồng độ prealbumin và albumin huyết tương ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh.*

*Bệnh viện Chợ Rẫy, Hồ Chí Minh

**Bệnh viện 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Việt Thắng

Email: lethangviet@yahoo.com.uk

Ngày nhận bài: 27/2/2019

Ngày phản biện khoa học: 20/3/2019

Ngày duyệt bài: 1/4/2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng là 118 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối được điều trị bằng lọc màng bụng liên tục ngoại trú (LMB LTNT), tại Khoa Thận – Tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy. Thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2018 đến tháng 01/2019.

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:*

- + Thời gian LMB ≥ 2 tháng.
- + Các bệnh nhân đều được áp dụng theo một phác đồ điều trị thống nhất về điều trị thiếu máu, điều trị tăng huyết áp...
- + Các bệnh nhân đều có chức năng màng bụng đảm bảo thông qua đánh giá chức năng màng bụng hàng tháng
- + Các bệnh nhân đều đạt hiệu quả LMB theo chỉ số Kt/V tuần và Ccr tuần theo khuyến cáo
- + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu
- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:
 - + Bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa
 - + Bệnh nhân viêm phúc mạc tại thời điểm nghiên cứu
 - + Bệnh nhân viêm nhiễm nặng như viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết
 - + Bệnh nhân suy tim nặng
 - + Bệnh nhân vừa được truyền albumin trong 2 tuần.
 - + Bệnh nhân không hợp tác.
 - + Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- + Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang nhóm bệnh nhân nghiên cứu
- + Bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng
- + Các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm: xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu các chỉ số: glucose, ure, creatinine, protein, cholesterol và triglyceride.
- + Định lượng prealbumin huyết tương: Sử dụng phương pháp đo độ đục. Khi một mẫu huyết thanh được trộn với chất thử (chứa một dạng kháng huyết thanh). Prealbumin sẽ phản ứng cụ thể với các kháng thể để tạo ra các vẩn không hòa tan. Đo độ hấp thụ các vẩn này tỷ lệ thuận với nồng độ prealbumin trong mẫu. Kết quả được tính bằng hệ thống máy tính tự động phân tích kết quả. Đơn vị tính: g/l. Chẩn đoán giảm nồng độ prealbumin khi $< 0,2$ g/L [7].
- + Định lượng albumin huyết tương: Sử dụng kỹ thuật tự động gắn với chất lên màu, sau đó xác định độ hấp phụ quang học. Kết quả được tính bằng hệ thống máy tính tự động phân tích kết quả. Đơn vị tính: g/L. Chẩn đoán giảm nồng độ albumin khi < 35 g/L. Phân chia mức giảm: Nhẹ: Từ 30 đến < 35 g/L, Vừa: Từ 20 đến < 30

g/L, Nặng: < 20 g/L [7].

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

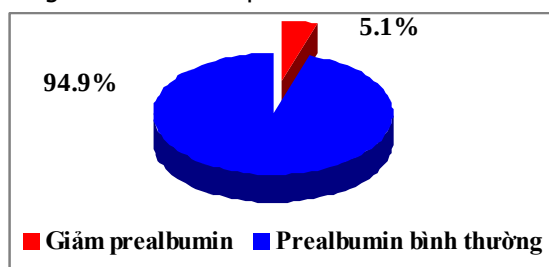
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình $45,53 \pm 13,98$ tuổi, tỷ lệ nam là 57,6%, nữ chiếm 42,4%. Nhóm nghiên cứu có thời gian LMB trung bình là 66 tháng.

Bảng 1. Đặc điểm nồng độ albumin và prealbumin nhóm nghiên cứu

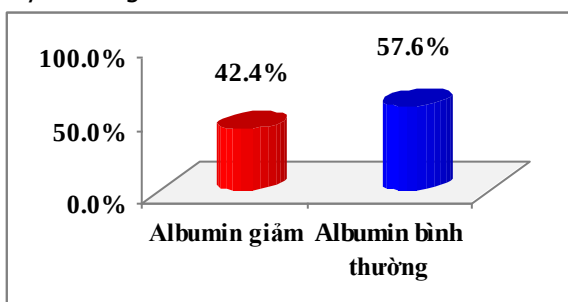
Chỉ số		Giá trị
Prealbumin (g/l)	$\bar{x} \pm SD$	$0,34 \pm 0,08$
	Min	0,13
	Max	0,59
Albumin (g/l)	$\bar{x} \pm SD$	$34,89 \pm 4,15$
	Min	20
	Max	44

Nồng độ prealbumin huyết tương trung bình ở mức bình thường. Nồng độ albumin huyết tương trung bình ở mức thấp.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giảm nồng độ prealbumin huyết tương ($n=118$)

Nhận xét: Trong số 118 bệnh nhân chỉ có 5,1% bệnh nhân có giảm nồng độ prealbumin huyết tương



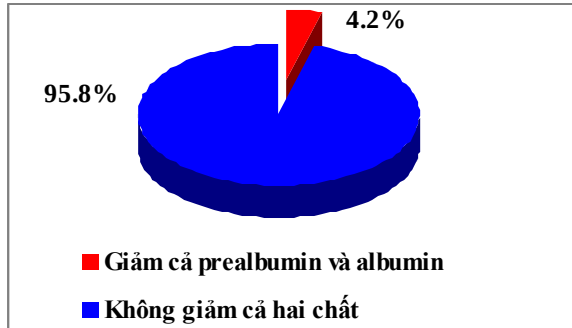
Biểu đồ 2. Tỷ lệ giảm nồng độ albumin huyết tương ($n=118$)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân giảm nồng độ albumin huyết tương là tương đối phổ biến chiếm tới 42,4%.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân theo mức độ giảm albumin máu ($n=50$)

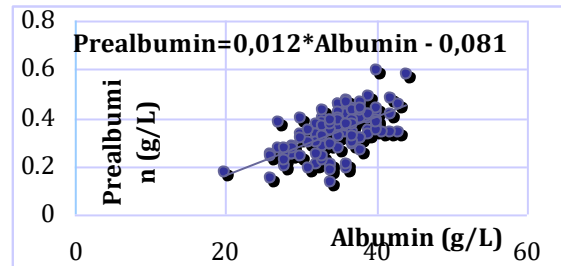
Mức độ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Giảm nhẹ 30 đến < 35 g/l	36	72
Giảm vừa 20 đến < 30 g/l	14	28
Giảm nặng < 20 g/l	0	0

Theo nồng độ albumin huyết tương, có tới 72% bệnh nhân giảm mức độ nhẹ và 28% bệnh nhân giảm mức độ vừa. Không có bệnh nhân nào giảm mức độ nặng.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ BN giảm đồng thời cả prealbumin và albumin (n=118)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có giảm đồng thời cả prealbumin và albumin huyết tương chiếm tỷ lệ không nhiều, chỉ có 4,2%.



Biểu đồ 4. Mối tương quan giữa albumin và prealbumin (n=118)

Nhận xét: Nồng độ prealbumin tương quan thuận, mức độ khá chặt chẽ với nồng độ albumin huyết tương ở bệnh nhân LMB, hệ số tương quan $r=0,591$, $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nồng độ prealbumin và albumin: Kết quả nghiên cứu cho thấy: trong khi giá trị trung bình của prealbumin huyết tương ở mức bình thường thì giá trị trung bình albumin lại mức thấp. Quả thật, chỉ có 5,1% bệnh nhân có nồng độ prealbumin huyết tương thấp, nhưng tới 42,4% bệnh nhân giảm nồng độ albumin huyết tương. Trong số các bệnh nhân giảm nồng độ albumin huyết tương có 72% bệnh nhân giảm nhẹ, 28% giảm trung bình là không có bệnh nhân nào giảm albumin mức độ nặng.

Bảng 3. So sánh kết quả nghiên cứu với một số tác giả trong và ngoài nước

Tác giả	Đặc điểm	Albumin (g/l)		Prealbumin (g/l)	
		Trung bình	Tỷ lệ % giảm	Trung bình	Tỷ lệ % giảm
Krishnamoorthy V và cộng sự 2015 [8], 63 BN tuổi TB là 57,6, thời gian LMB ít nhất 3 tháng		30 ± 5 ($3,0 \pm 0,5$ g/dl)	-	$0,21 \pm 0,08$ ($21,11 \pm 7,70$ mg/dl)	-
Satirapoj B và cộng sự, 30 BN LMB tuổi TB 61,9.		33 ± 4 ($3,3 \pm 0,4$ g/dl)	-	$0,34 \pm 0,11$ ($33,8 \pm 11,1$ mg/dl)	-
Trần Chí Nam 2015 [7], 83 BN thận nhân tạo (TNT), tuổi TB 47,78, thời gian TNT TB là 44,3 tháng		$35,13 \pm 3,59$	44,6	$0,28 \pm 0,11$	19,3
Chúng tôi 2019, 118 BN LMB, tuổi TB là 45,53, thời gian LMB TB là 66 tháng		$34,89 \pm 4,15$	42,4	$0,34 \pm 0,08$	5,1

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ prealbumin và albumin cũng tương tự các nghiên cứu khác, mặc dù tỷ lệ giảm có khác nhau. Bệnh nhân BTMT GĐC cả nhóm LMB và TNT đều có tình trạng nồng độ prealbumin và albumin thấp trong đó nồng độ albumin giảm nhiều hơn. Ở cả bệnh nhân chạy thận nhân tạo và thẩm phân phúc mạc, prealbumin huyết thanh đã được chứng minh là một dấu hiệu đáng tin cậy về tình trạng dinh dưỡng, thể hiện mối liên quan giữa cung cấp, dự trữ các chất với tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân. Các nghiên cứu lâm sàng chỉ ra rằng việc xác định mức độ prealbumin có thể cho phép nhận biết sớm hơn và can thiệp điều trị suy dinh dưỡng [7],[8]. Khác với prealbumin, mặc dù

khuyến cáo giá trị của albumin trong chẩn đoán suy dinh dưỡng còn thấp, tuy nhiên albumin thường được các thầy thuốc sử dụng và định lượng chúng trên lâm sàng, bởi sự tiện lợi, nhiều giá trị tiên lượng của albumin. Yếu tố chính ảnh hưởng đến nồng độ albumin huyết tương ở bệnh nhân là tốc độ thoát vào dịch kẽ. Ở bệnh nhân lọc máu bao gồm cả LMB và TNT, giảm albumin máu là một yếu tố nguy cơ chính liên quan đến các biến cố và tử vong. Nguyên nhân gây giảm nồng độ albumin máu bao gồm: suy dinh dưỡng protein-calô làm giảm tổng hợp albumin, mức độ giảm albumin huyết thanh có liên quan tới một số yếu tố như: tăng thể tích huyết tương, phân phối lại albumin, mất ngoại sinh, tăng tỷ lệ dị hóa và giảm tổng hợp. Ở bệnh nhân LMB, mất

albumin ngoại sinh và tăng thể tích huyết tương là cơ chế liên quan chính. Bên cạnh suy dinh dưỡng thì viêm là yếu tố ức chế tổng hợp albumin. Như vậy, giảm nồng độ albumin huyết tương ở bệnh nhân LMB liên quan đến nhiều yếu tố, nếu không kiểm soát tốt từng yếu tố, có thể bệnh nhân rơi vào vòng xoắn bệnh lý làm cho bệnh nhân suy dinh dưỡng năng lượng.

2. Mối liên quan nồng độ prealbumin và albumin huyết tương: Mặc dù prealbumin được xem như yếu tố đánh giá suy dinh dưỡng, trong khi albumin lại có nhiều vai trò khác, tuy nhiên giảm nồng độ prealbumin lại liên quan đến giảm nồng độ albumin huyết tương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, với 5,1% bệnh nhân có giảm nồng độ prealbumin, thì số bệnh nhân giảm cả albumin là 4,2%. Như vậy, chỉ có 01 bệnh nhân giảm nồng độ prealbumin nhưng albumin lại bình thường. Khi chúng tôi phân tích mối tương quan giữa 2 nồng độ prealbumin và albumin, chúng tôi nhận thấy có mối tương quan khá chặt chẽ, tương quan thuận giữa prealbumin và albumin, hệ số tương quan $r=0,591$, $p<0,001$. Kết quả của chúng tôi giải thích được mối liên quan khoa học giữa 2 chỉ số prealbumin và albumin thông qua tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân LMB.

V. KẾT LUẬN

- + Nồng độ prealbumin máu trung bình $0,34 \pm 0,08$ g/l, tỷ lệ giảm prealbumin máu chiếm 5,1%.
- + Nồng độ albumin máu trung bình là $34,89 \pm 4,15$ g/l, tỷ lệ bệnh nhân giảm albumin chiếm

42,4% trong đó có 72% giảm mức độ nhẹ, 28% giảm mức độ vừa.

+ Tỷ lệ bệnh nhân giảm đồng thời cả prealbumin và albumin máu là 4,2%. Nồng độ prealbumin và albumin có mối tương quan thuận, mức độ vừa với $r=0,591$ với $p<0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K/DOQI (2002)**, "Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification", Am J Kidney Dis 39, S1-S266
2. **Treviño-Becerra A (2009)**, "Substitute treatment and replacement in chronic kidney disease: peritoneal dialysis, hemodialysis and transplant", Cir Cir. 77(5):411-5.
3. **Lê Thu Hà, Phạm Quốc Toàn (2009)**, "Lọc màng bụng - Một phương pháp điều trị suy thận mạn tính giai đoạn cuối", Tạp chí Y Dược học lâm sàng 108, 2: 5-12.
4. **Li PK, Szeto CC (2003)**, "Peritoneal dialysis adequacy in Asia--is higher better?", Perit Dial Int. 23 Suppl 2:S65-8.
5. **Jin DC (2011)**, "Current status of dialysis therapy in Korea", Korean J Intern Med. 26(2):123-31.
6. **Noel N, Gaha K, Rieu P (2012)**, "Chronic kidney disease: therapy and care", Rev Prat. 62(1):43-51.
7. **Trần Chí Nam, Nguyễn Hữu Dũng, Lê Việt Thắng (2016)**, "Khảo sát nồng độ prealbumin huyết tương ở bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ", Tạp chí Y Dược học lâm sàng 108, số 3: 203-206.
8. **Krishnamoorthy V, Sunder S, Mahapatra HS et al. (2015)**, "Evaluation of Protein-Energy Wasting and Inflammation on Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and its Correlations." Nephrourol Mon. 2015 Nov 29;7(6): e33143.

KHẢO SÁT TÍNH HỢP LÝ KÊ ĐƠN THUỐC KHÁNG ĐỒNG KHÔNG KHÁNG VITAMIN K TRÊN BỆNH NHÂN RUNG NHĨ KHÔNG DO VAN TIM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Như Hồ^{1,2}, Nguyễn Ngọc Khôi¹,
Đặng Tấn Lợi¹, Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,3*}

TÓM TẮT

Thuốc kháng đồng không kháng vitamin K (NOAC) ngày càng được sử dụng phổ biến trong phòng ngừa đột quỵ trên bệnh nhân rung nhĩ không do van tim. Tuy nhiên, việc đánh giá sử dụng thuốc kháng đồng

trên lâm sàng chưa được tiến hành rộng rãi. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá sự phù hợp của nhóm thuốc NOAC trên thực tế lâm sàng ở bệnh nhân rung nhĩ không do van tim. Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện tại bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2018 đến 6/2018. Sự phù hợp trong điều trị được đánh giá qua 9 trong 10 chỉ tiêu của chỉ số phù hợp trong điều trị (MAI) gồm chỉ định, lựa chọn thuốc, liều dùng, cách dùng thuốc, tính khả thi của cách dùng thuốc, tương tác thuốc-thuốc, tương tác thuốc-bệnh, trùng lặp thuốc và thời gian dùng thuốc. Mỗi chỉ tiêu có 3 mức đánh giá với mức A: phù hợp, mức B: không phù hợp, có lợi ích hạn chế trên lâm sàng và mức C: không phù hợp. Trong 71 bệnh nhân được khảo sát sử dụng thuốc

¹Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nguyễn Trãi, Tp Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Thống Nhất, Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh

Email: bthquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2019

Ngày duyệt bài: 8.4.2019

NOAC trong nghiên cứu, có 54,9% bệnh nhân có 1 chỉ tiêu không phù hợp, 62% bệnh nhân có ít nhất 1 chỉ tiêu không phù hợp. Trong đó, chiếm tỷ lệ cao nhất là chỉ tiêu liều dùng (39,4%) và chỉ tiêu lựa chọn thuốc (29,6%). Sự chưa phù hợp trong điều trị của nhóm thuốc NOAC còn xảy ra phổ biến trên lâm sàng, có nguy cơ xảy ra các tác dụng không mong muốn. Vì vậy, cần nhiều nỗ lực trong điều trị nhằm đảm bảo an toàn và hiệu quả khi sử dụng thuốc NOAC.

Từ khóa: thuốc kháng đông không vitamin K đường uống; chỉ số MAI; rung nhĩ không do van tim

SUMMARY

PRESCRIPTION APPROPRIATENESS OF NON-VITAMIN K ANTAGONIST ORAL ANTICOAGULANTS IN PATIENTS WITH NONVALVULAR ATRIAL FIBRILLATION AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOACs) are increasingly being used to prevent stroke in patients with nonvalvular atrial fibrillation (NVAf). However, evaluation of anticoagulant use in clinical practice has not been widely conducted in Vietnam. Thus, we designed to evaluate the prescription appropriateness of NOACs in patients with NVAf in a clinical setting. A descriptive cross-sectional study was conducted at University Medical Center Ho Chi Minh City from January to June 2018. Appropriateness of prescribing was evaluated using 9 criteria of the Medication Appropriateness Index (MAI): indication, choice, dosage, modalities and practicability of administration, drug-drug interactions, drug-disease interactions, duplication, and duration. For each criterion, the evaluator has to rate whether the medication is A: appropriate, B: inappropriate but with limited clinical importance, and C: inappropriate. A total of 71 patients were evaluated in study, 54,9% of patients had one inappropriate criterion, and 62% of patients had more than one inappropriate criterion. The most frequent inappropriate criteria were inappropriate dosage (39,4%) and choice (29,6%). Inappropriate use of NOACs in patients with NVAf is common and possibly leads to adverse events. Therefore, efforts are needed to ensure the safety and effectiveness of NOACs.

Keywords: non-vitamin K antagonist oral anticoagulants; MAI index; nonvalvular atrial fibrillation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ (RN) là một trong những rối loạn nhịp tim thường gặp và có tỷ lệ mắc gia tăng

theo tuổi. Rung nhĩ là nguyên nhân gây ra khoảng 5% các trường hợp đột quỵ mỗi năm. Bệnh nhân suy tim kèm RN có tỷ lệ tử vong tăng hơn 34%. Ở các bệnh nhân RN, khoảng 10 - 40% trường hợp phải nhập viện mỗi năm [5]. Trước đây, nhóm thuốc kháng đông kháng vitamin K (VKA) là lựa chọn hàng đầu cho việc dự phòng huyết khối ở bệnh nhân RN. Tuy nhiên, VKA có nhiều hạn chế như khoảng điều trị hẹp, nhiều tương tác thuốc phức tạp và cần theo dõi nồng độ trong điều trị. Hiện nay, nhóm thuốc kháng đông không kháng vitamin K (NOAC) được sử dụng phổ biến hơn. Hướng dẫn điều trị RN của Hội Tim Mạch Học Châu Âu (ESC) 2016 khuyến cáo nhóm NOAC là lựa chọn đầu tay trong phòng ngừa đột quỵ nguyên phát và thứ phát [5]. Tại Việt Nam, việc khảo sát sử dụng thuốc kháng đông không kháng vitamin K chưa được tiến hành rộng rãi trên lâm sàng. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích khảo sát nguy cơ đột quỵ và nguy cơ xuất huyết trên bệnh nhân rung nhĩ không do van tim và tính hợp lý trong sử dụng thuốc NOAC theo chỉ số đánh giá sự phù hợp trong điều trị (MAI).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) chẩn đoán rung nhĩ không do van tim có sử dụng thuốc kháng đông không kháng vitamin K tại khoa Nội Tim Mạch, thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2018.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả các BN thỏa mãn tiêu chuẩn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả.

- Khảo sát đặc điểm lâm sàng và nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHA2DS2-VASc và nguy cơ xuất huyết theo thang điểm HAS-BLED, đánh giá lựa chọn NOAC theo thang điểm SAME-TT2R2 trên BN rung nhĩ không do van tim.

- Khảo sát việc sử dụng NOAC trên BN rung nhĩ không do van tim theo chỉ số đánh giá sự phù hợp trong điều trị - Medication Appropriateness Index (MAI) dựa trên các điểm số như trong bảng dưới:

Bảng 1. Các chỉ tiêu đánh giá điều trị với NOAC ở BN RN không do van tim theo mức độ phù hợp

Mức độ Chỉ tiêu	Mức A (Phù hợp)	Mức B (Không phù hợp, có lợi ích hạn chế trên lâm sàng)	Mức C (Không phù hợp)
Chỉ định	BN có chẩn đoán NVAf, điểm CHA2DS2 -VASc ≥ 1 .		BN hẹp van 2 lá, van nhân tạo hoặc điểm CHA2DS2 -VASc = 0
Lựa chọn thuốc	NOAC được ưu tiên lựa chọn khi INR không ổn	Không chống chỉ định VKA, điểm SAME-	Suy thận nặng (CrCl < 30ml/phút), BN tuân thủ kém

	định với VKA; BN chống chỉ định VKA; đột quy/thuyên tắc phổi khi dùng VKA; điểm SAME-TT2R2 > 2	TT2R2 ≤ 2	và cần theo dõi nồng độ thuốc
Liều dùng	Đúng theo khuyến cáo		Không phù hợp (quá cao/thấp); không điều chỉnh liều theo chức năng thận, tuổi, nguy cơ xuất huyết, thuốc dùng chung
Cách dùng thuốc	Đúng theo hướng dẫn Vd: dabigatran dùng 2 lần/ngày, dùng cách mỗi 12h; rivaroxaban dùng trong bữa ăn; các thuốc dùng mỗi ngày vào cùng một khoảng thời gian.	Dùng thuốc có ít hướng dẫn	Không đúng như hướng dẫn. Vd: dabigatran dùng 1 lần/ngày; thời gian dùng thuốc không cố định; rivaroxan không dùng với bữa ăn.
Tính khả thi của cách dùng thuốc	BN không khó khăn khi dùng thuốc		BN gặp khó khăn trong dùng thuốc. Ví dụ: dabigatran dùng 2 lần/ngày ở BN tuân thủ kém
Tương tác thuốc - thuốc	Không có/mức độ nhẹ	Mức độ trung bình, không gây hậu quả nghiêm trọng	Mức độ nghiêm trọng, chống chỉ định (ví dụ: dabigatran+ cyclosporin) hoặc tương tác gây hậu quả nghiêm trọng (ví dụ: dabigatran+ amiodaron và BN xuất huyết nghiêm trọng).
Tương tác thuốc - bệnh	Không có	Có thận trọng, cảnh báo, tình trạng BN không tiến triển xấu hơn. Vd: dabigatran gây giảm tiểu cầu nhưng không có dấu hiệu giảm tiểu cầu ở BN.	Chống chỉ định (BN xơ gan Child Pugh B,C); nguy cơ cao làm nặng thêm tình trạng bệnh. BN phải sử dụng thận trọng, được cảnh báo làm nặng thêm tình trạng bệnh.
Trùng lặp thuốc	NOAC là thuốc kháng đông duy nhất được dùng		Dùng nhiều thuốc kháng đông
Thời gian dùng thuốc	> 90% tổng các ngày	80-90% tổng các ngày	< 80% tổng các ngày

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ % với biến phân loại; trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) đối với biến liên tục.

2.4. Vấn đề y đức: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được mã hoá, giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số BN khảo sát là 71 người. Tuổi trung bình là $75,5 \pm 8,8$, BN trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao (91,5%). Tỷ lệ nữ/nam là 47/24 = 2/1. Cân nặng trung bình là $57,3 \pm 11,5$ kg. BMI khoảng $23,2 \pm 4,6$ với 49% BN có BMI từ 23 kg/m² trở

lên. Bệnh mắc kèm chủ yếu là tăng huyết áp và tim thiếu máu cục bộ (lần lượt là 67,6% và 66,2%), tiếp đến là suy tim (43,7%). Chức năng thận tính theo Cockcroft-Gault từ 30-49 mL/phút là 45,3%, <30 mL/phút là 14,1%.

Nguy cơ đột quy và nguy cơ xuất huyết trên BN RN không do van tim

Điểm CHA2DS2-VASc có giá trị từ 1 đến 8, trong đó điểm CHA2DS2-VASc là 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (33,8%). Điểm CHA2DS2-VASc trung bình là $4,15 \pm 1,40$. Đa số BN có điểm CHA2DS2 - VASc ≥ 2 (98,6% tổng số BN).

Điểm HAS-BLED trung bình là $2,08 \pm 0,73$, trong đó điểm HAS-BLED ≥ 3 chiếm 23,9%.

Điểm SAME-TT2R2 trung bình là $3,6 \pm 0,5$, trong đó điểm SAME-TT2R2 > 2 chiếm 97,2%.

Thuốc kháng đông không kháng vitamin K được sử dụng là rivaroxaban chiếm 60,6% và

dabigatran chiếm 39,4%. Trong đó, bệnh nhân chỉ dùng NOACs chiếm 66,2%, bệnh nhân có phối hợp NOACs và aspirin chiếm 11,3% và phối hợp NOACs, aspirin và clopidogrel chiếm 19,7%.

Tính hợp lý sử dụng NOAC trên BN rung nhĩ không do van tim theo chỉ số đánh giá sự phù hợp trong điều trị - MAI

Số BN có ít nhất 1 chỉ tiêu không phù hợp (mức C) chiếm 62%. Trong các chỉ tiêu đánh giá, liều dùng là chỉ tiêu có chỉ số không phù hợp cao nhất (39,4%), kế đến là chỉ tiêu lựa chọn thuốc (29,6%), cách dùng thuốc và tương tác thuốc tuy không có trường hợp không phù hợp nhưng tỷ lệ không phù hợp, có lợi ích hạn chế trên lâm sàng (mức B) khá cao (35,2% và 49,3%). Tất cả BN đều có chỉ định phù hợp, không có tương tác thuốc-bệnh và thời gian dùng thuốc đều phù hợp (mức A).

Bảng 2. Tỷ lệ sử dụng thuốc chưa phù hợp (mức B và C) theo các chỉ tiêu ở 2 nhóm dùng NOAC

Chỉ tiêu	Nhóm BN dùng rivaroxaban	Nhóm BN dùng dabigatran
Lựa chọn thuốc	39,5%	21,5%
Liều dùng	30,2%	53,6%
Cách dùng thuốc	58,1%	7,1%
Tương tác thuốc thuốc	34,9%	72,4%

IV. BÀN LUẬN

BN rung nhĩ không do van tim điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch trong thời gian nghiên cứu thể hiện các đặc điểm có thể phù hợp với việc kê toa một thuốc kháng đông để dự phòng nguy cơ đột quỵ. Hơn 90% BN trên 65 tuổi, tương ứng với độ tuổi có nguy cơ đột quỵ tăng cao. Ngoài ra, khả năng mắc nhiều bệnh kèm như suy tim, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ ... là những bệnh lý quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả và an toàn của việc dùng thuốc kháng đông. Trong khảo sát, nữ giới cao gấp hai lần nam giới. Giới nữ là yếu tố nguy cơ độc lập của đột quỵ liên quan đến RN, ảnh hưởng đến việc đưa ra quyết định dùng thuốc kháng đông trong phòng ngừa đột quỵ [5]. So với các nghiên cứu khác, những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có CrCl trung bình thấp hơn đáng kể. Các thuốc NOAC cần điều chỉnh liều theo chức năng thận. Trong đó dabigatran chống chỉ định cho người có CrCl < 30 mL/phút và rivaroxaban không dùng cho người có CrCl < 15 mL/phút [3, 5].

Về nguy cơ đột quỵ, thang điểm CHA2DS2-VASc được áp dụng để đánh giá nhu cầu dùng thuốc để phòng ngừa huyết khối và đột quỵ trên

BN RN. Tỷ lệ đột quỵ là 3,71% mỗi năm khi BN có điểm CHA2DS2-VASc là 2. Điểm số càng lớn thì nguy cơ càng tăng. Do đó AHA 2014 và ESC 2016 khuyến cáo dùng NOAC khi điểm số ≥ 2 [4, 5]. Điểm trung bình của BN trong nghiên cứu là $4,1 \pm 1,4$, khá gần với nghiên cứu của Larock AS và Basaran O [1, 6]. Bên cạnh đó, thang điểm HAS-BLED được áp dụng để đánh giá tác dụng bất lợi có thể gặp khi dùng thuốc chống đông, liệu nguy cơ xuất huyết có cao hơn lợi ích phòng ngừa huyết khối hay không. BN có điểm HAS-BLED ≥ 3 có nguy cơ cao mặc dù không phải là chống chỉ định của thuốc nhưng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi điều trị và đánh giá nguy cơ trên BN. Trong mẫu nghiên cứu hiện tại, điểm HAS-BLED trung bình là $2,1 \pm 0,7$. Trong những nghiên cứu gần đây, thang điểm SAME-TT2R2 được sử dụng để đánh giá sự lựa chọn giữa nhóm VKA và nhóm NOAC. Theo đó, bệnh nhân có điểm SAME-TT2R2 từ 0-2 có thể đạt khoảng thời gian đạt liều điều trị cao (TTR > 65%), có hiệu quả khi khởi đầu bằng VKA. Điểm SAME-TT2R2 > 2, bệnh nhân thường có TTR thấp, chỉ số INR không ổn định, do đó thuốc khởi đầu tốt hơn là các thuốc nhóm NOAC [7]. Như vậy việc sử dụng thuốc NOAC cho các BN trong nghiên cứu là cần thiết vì điểm trung bình SAME-TT2R2 là $3,6 \pm 0,5$ với điểm số >2 chiếm 97,2%.

Công cụ đánh giá sự phù hợp trong điều trị (MAI) là một trong những phương pháp phổ biến nhất trong đánh giá sự phù hợp điều trị ở người cao tuổi [2]. Với 9 tiêu chí đánh giá được áp dụng, có 62% số BN có ít nhất 1 tiêu chí không phù hợp so với nghiên cứu của Larock AS và cs là 50% [6]. Tất cả BN đều được chỉ định hợp lý, tương ứng với điểm số CHA2DS2-VASc đều từ 2 trở lên (trừ 1 trường hợp =1). Điều này cho thấy thang điểm đánh giá lợi ích của việc dùng thuốc đã được dùng thường quy trong việc quyết định khởi đầu điều trị với NOAC. Chỉ số không phù hợp chiếm tỷ lệ cao nhất là lựa chọn thuốc và liều dùng. Đa số các trường hợp BN được chỉ định dùng rivaroxaban hoặc dabigatran không phù hợp khi độ lọc cầu thận thấp < 30 mL/phút và cân nặng < 50 kg. Khi BN suy thận, cần có sự điều chỉnh liều theo độ lọc cầu thận, chủ yếu là liều dùng thấp hơn khuyến cáo. Liều dùng thuốc kháng đông là chỉ tiêu quan trọng trong quá trình điều trị phòng ngừa huyết khối cũng như theo dõi nguy cơ xảy ra các tác dụng không mong muốn, nhất là nguy cơ xuất huyết. Đặc biệt trên các bệnh nhân có nhiều bệnh kèm, việc điều chỉnh liều có ý nghĩa quan trọng trên thực tế lâm sàng. Hai tiêu chí chiếm tỷ lệ cao ở

mức độ B là cách dùng thuốc và tương tác thuốc-thuốc. Hơn 50% BN được kê đơn dùng thuốc không theo hướng dẫn dùng thuốc của nhà sản xuất, dùng buổi tối thay vì dùng 1 lần/ngày vào buổi sáng. Tương tác thuốc-thuốc xảy ra theo cơ chế dược lực, làm tăng tác dụng kháng đông khi dùng phối hợp với các thuốc chống kết tập tiểu cầu (aspirin, clopidogrel) và theo cơ chế dược động, ức chế glycoprotein P và CYP3A4 làm tăng nồng độ thuốc trong máu. Tương tự liều dùng, tương tác thuốc có ảnh hưởng đến hiệu quả và an toàn trong điều trị, cần được theo dõi và có cách xử trí phù hợp. Tuy không có trường hợp chống chỉ định, nhưng có nhiều tương tác cần theo dõi nhằm phòng tránh các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra. Trong hướng dẫn EHRA 2018, tương tác thuốc khi dùng thuốc kháng đông cần được đánh giá và điều chỉnh liều phù hợp [3].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong thực hành lâm sàng, các thuốc chống đông không kháng vitamin K đã được cân nhắc về hiệu quả phòng ngừa huyết khối cũng như nguy cơ xuất huyết do thuốc. Tuy nhiên, việc lựa chọn thuốc và chỉnh liều còn chưa phù hợp trên nhiều bệnh nhân. Vì vậy, cần nhiều nỗ lực trong điều trị nhằm đảm bảo an toàn và hiệu quả khi sử dụng thuốc NOAC.

THỰC TRẠNG HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NỘI, BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỲNH PHỤ, THÁI BÌNH NĂM 2018

Nguyễn Viết Kinh¹, Ninh Thị Nhung²,
Lê Đức Cường², Nguyễn Trọng Hưng³

TÓM TẮT

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) đã và đang trở thành yếu tố nguy cơ cho sự xuất hiện một số bệnh nguy hiểm như tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2, đột quỵ não,... Phát hiện HCCH ở những đối tượng chưa biểu hiện thành bệnh sẽ là cơ sở cho các biện pháp dự phòng, điều trị nhằm ngăn ngừa hữu hiệu sự xuất hiện của các bệnh liên quan đến HCCH. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa của

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Basaran O., et al (2015), "Prescription Patterns of Oral Anticoagulants in Nonvalvular Atrial Fibrillation (PROPER study)", Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis, 23(4), 384 -391.
2. Hanton JT., Kenneth E. S., et al (2013), "The Medication Appropriateness Index at 20: Where it Started, Where it has been and Where it May be Going?", Drugs Aging, 30(11), 893 -900.
3. Steffel J., Verhamme P., Potpara T. S., et al. (2018), "The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation", European Heart Journal, 39, 1330-1393.
4. January C.T., Wann L.S., Alpert J.S., et al. (2014), "2014 ACC/AHA/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology /American Heart Association Task Force on practice guidelines and Heart Rhythm Society", Journal of the American College of Cardiology, 64(24), 2246-2280.
5. Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D., et al. (2016), "2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS", European Heart Journal, 37, 2893-2962.
6. Larock A. S., et al. (2015), "Appropriateness of Prescribing Dabigatran Etxilate and Rivaroxaban in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation: A Prospective Study", Annals of Pharmacotherapy, 48(10), 1258-126820.
7. Lip GYH. (2015), "Stroke Prevention In Atrial Fibrillation: Changing Concepts", European Heart Journal – Cardiovascular Pharmacotherapy, 1, 76-79.

người bệnh điều trị nội trú tại khoa Nội, Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ, Bệnh viện Thái Bình năm 2018. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 317 người bệnh điều trị nội trú tạo khoa Nội từ tháng 8 đến tháng 12 năm 2018. **Kết quả:** Tỷ lệ HCCH khi nhập viện là 40,4%, nam giới mắc 41,6%, nữ giới mắc 39,3%. Khi mắc HCCH có 50% Thừa cân-béo phì; 44,5% có tỷ lệ vòng eo/vòng hông cao. 93,3% có tăng Cholesterol; 63,4% tăng LDL-C; 64,7% nguy cơ ĐTD; 54,6% tăng Triglycerid; 47,5% tăng huyết áp.

Từ khóa: hội chứng chuyển hóa, bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ, Thái Bình

SUMMARY

METABOLIC SYNDROME STATUS OF THE INPATIENTS IN INTERNAL MEDICAL DEPARTMENT, QUYNH PHU GENERAL HOSPITAL, THAIBINH PROVINCE IN 2018

¹Bệnh Viện Đa Khoa Quỳnh Phụ, Thái Bình

²Trường Đại Học Y Dược Thái Bình

³Viện Dinh Dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hưng

Email: nguyentronghung9602@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2019

Ngày duyệt bài: 9.4.2019

Metabolic syndrome (MS) has become a risk factor for the occurrence of some dangerous diseases such as hypertension, type 2 diabetes, stroke, ... Detecting MS in those who have not yet manifested disease will be the basis for preventive and treatment measures to effectively prevent the occurrence of MS related diseases. **Objectives:** To determine the metabolic syndrome rate of inpatient in Internal Medicine department, Quỳnh Phú General Hospital, Thái Bình Hospital in 2018. The study described a cross-section of 317 inpatients treated internal medical department from August to December 2018. **Results** showed that: The rate of MS in hospital admission was 40.4%, men were 41.6%, women were 39.3%. When suffering from MS, there was 50% Overweight - obesity; 44.5% had high waist / buttocks ratio. 93.3% have increased cholesterol; 63.4% have increased LDL-C; 64.7% was of diabetes risk; 54.6% have increased in Triglyceride; 47.5% had hypertension.

Key words: metabolic syndrome, Quỳnh Phú general hospital, Thái Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa đã và đang trở thành yếu tố nguy cơ cho sự xuất hiện một số bệnh nguy hiểm như tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2, đột quỵ não,... Phát hiện HCCH ở những đối tượng chưa biểu hiện thành bệnh sẽ là cơ sở cho các biện pháp dự phòng, điều trị nhằm ngăn ngừa hữu hiệu sự xuất hiện của các bệnh liên quan đến HCCH [1,8]. Ở Việt Nam, qua 2 thập kỷ qua nền kinh tế phát triển nhanh kèm theo thay đổi thói quen ăn uống, lối sống nên mô hình bệnh tật thay đổi. Nhóm bệnh không lây nhiễm như tim mạch, đái tháo đường, ung thư, tâm thần tăng nhanh. Số mắc HCCH cũng ngày càng gia tăng. Các nghiên cứu về hội chứng chuyển hóa cũng được quan tâm nhưng cũng chỉ có một số nghiên cứu HCCH trong một số bệnh lý riêng lẻ [2]. Năm 2006 Trần Hữu Dàng và cộng sự tại Huế đã nhận thấy tỷ lệ khá cao HCCH trong bệnh đái tháo đường typ 2 là 81%; tăng huyết áp là 45,5%, đối tượng thừa cân béo phì là 44%, tai biến mạch máu não là 36,7%, bệnh mạch vành với tăng glucose máu là 70,5%[3].

Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phú là Bệnh viện tuyến huyện hạng II, có 5 phòng chức năng, 16 khoa lâm sàng và cận lâm sàng, quy mô 390 giường bệnh thực kê, lưu lượng người bệnh thăm khám hằng ngày 600-800 lượt khám, nhập viện điều trị 90-150 lượt/ngày, duy trì 300-350 người bệnh điều trị nội trú hàng ngày. Hiện nay tại Thái Bình, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến việc khảo sát các biểu hiện của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phú làm cơ sở cho công tác dự phòng, điều trị làm chậm sự tiến triển hậu quả do hội chứng chuyển hóa gây nên,

nâng cao sức khỏe của người bệnh nói riêng và sức khỏe cộng đồng nói chung. Tuy nhiên, việc sàng lọc, đánh giá và can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân trong bệnh viện nói chung và cho bệnh nhi nói riêng vẫn chưa được chú trọng thỏa đáng, nhất là các bệnh viện tuyến huyện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Xác định tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa của người bệnh điều trị nội trú tại khoa Nội, Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phú, Bệnh viện Thái Bình năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

***Lựa chọn đối tượng:** Người bệnh từ 25 tuổi trở lên đang điều trị nội trú tại khoa Nội, Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phú, Thái Bình; đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ những đối tượng là phụ nữ có thai và phụ nữ cho con bú trong vòng 12 tháng sau khi đẻ, người bệnh mắc bệnh lý cấp tính, người bệnh cường giáp.

***Địa điểm nghiên cứu:** khoa Nội, Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phú, Thái Bình.

***Thời gian thực hiện:** từ 08/2018 đến 12/2018

***Cỡ mẫu:**

Cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ [6].

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

n là số lượng cần điều tra; Z^2 1- $\alpha/2$: độ tin cậy 95%, $Z=1,96$; p : tỷ lệ HCCH ở người bệnh THA theo nghiên cứu của Lê Thanh Đức là 70,1%; d : sai số cho phép là 5%; Cộng thêm 10% dự phòng, được cỡ mẫu $n = 317$.

***Chọn mẫu:** Chọn toàn bộ số người bệnh từ 25 tuổi trở lên đang điều trị nội trú tại khoa Nội theo đúng tiêu chuẩn chọn mẫu và loại mẫu tích lũy cho đến khi đủ cỡ mẫu đã tính.

***Thu thập số liệu:** Các đối tượng sau khi được điều trị tại khoa Nội sẽ được phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ phiếu điều tra được thiết kế trước và được đánh giá TTDD tại thời điểm nhập viện bằng phương pháp đo các chỉ số nhân trắc.

Phương pháp đo các số liệu nhân trắc: Cân nặng của đối tượng được sử dụng cân có độ chính xác đến 0,1kg, đo chiều cao đứng bằng thước gỗ tiêu chuẩn có độ chính xác 0,1cm. Đánh giá TTDD dựa vào bảng đánh giá BMI của WHO (1998) để chia ra thành các nhóm: SDD trường diễn, bình thường và thừa cân-béo phì; đánh giá tình trạng tăng huyết áp dựa theo phân loại của ESH & ESC - JNC năm 2003; xác định

Hội chứng chuyển hoá: Dựa theo tiêu chuẩn của IDF(2005).

***Xử lý số liệu:** Sử dụng các phần mềm EPIDATA 3.1, SPSS13.0 để nhập và xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Một số đặc điểm của người bệnh nghiên cứu theo tuổi và trình độ học vấn

Thông tin		Nam (n = 154)	Nữ (n = 163)	Chung (n = 317)
		n - %	n - %	n - %
Nhóm tuổi	< 60	32 - 20,8	61 - 37,4	93 - 29,3
	≥ 60	122 - 79,2	102 - 62,6	224 - 70,7
Trình độ học vấn	Tiểu học	93 - 60,3	101 - 61,0	182 - 61,2
	THCS trở lên	61 - 39,7	62 - 39,0	123 - 38,8

Kết quả bảng trên cho thấy nhóm tuổi tham gia nghiên cứu chủ yếu ≥ 60 tuổi chiếm 70,7%, trong đó nam (79,2%) cao hơn nữ (62,6%), trình độ học vấn của người bệnh đa phần ở mức tiểu học 61,2%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ người bệnh mắc hội chứng chuyển hoá theo giới tính, nhóm tuổi

		Hội chứng chuyển hóa			
		Có		Không	
		n	%	n	%
Giới tính	Nam (1)	64	41,6	90	58,4
	Nữ (2)	64	39,3	99	60,7
p(1,2)		>0,05			
Nhóm tuổi	< 60 (3)	34	36,6	59	63,4
	≥ 60 (4)	94	42,0	130	58,0
p(3,4)		>0,05			
Chung		128	40,4	189	59,6

Bảng 3.2 cho thấy: Tỷ lệ mắc HCCH chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,4%, nam giới (41,6%) mắc cao hơn nữ giới (39,3%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Nhóm tuổi ≥ 60 mắc HCCH cao hơn nhóm tuổi < 60 lần lượt là 42% và 36,6%, sự khác nhau này cũng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.3. Tỷ lệ người bệnh mắc hội chứng chuyển hoá theo tình trạng dinh dưỡng và chỉ số vòng eo/vòng mông

		Hội chứng chuyển hóa			
		Có		Không	
		n	%	n	%
Tình trạng dinh dưỡng	CED	17	28,8	42	71,2
	Bình thường	94	42,0	130	58,0
	TC/BP	17	50,0	17	50,0
Vòng eo/vòng mông(WHR)	Bình thường	39	33,3	78	66,7
	Cao	89	44,5	111	55,5

Kết quả bảng 3.10 cho thấy người bệnh mắc HCCH có 50% bị thừa cân-béo phì; có 28% bị CED; có 44,5% chỉ số WHR cao.

Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hoá theo tình trạng huyết áp, glucose máu và cholesterol máu

		Hội chứng chuyển hóa			
		Có		Không	
		n	%	n	%
Huyết áp	Bình thường	62	34,8	116	65,2
	Tăng	66	47,5	73	52,5
p		<0,05			
Glucose	Bình thường	51	25,8	147	74,2
	Nguy cơ ĐTĐ	77	64,7	42	35,3
p		<0,05			
Cholesterol	Bình thường	39	19,9	157	80,1
	Nguy cơ	47	61,8	29	38,2
	Tăng	42	93,3	3	6,7
p		<0,05			

Bảng 3.4 cho thấy: Khi bị mắc HCCH có 47,5% bị THA, có 64,7% có nguy cơ bị ĐTD, có 93,3% bị tăng Cholesterol, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa theo tình trạng Triglycerid và LDL-C

		Hội chứng chuyển hóa			
		Có		Không	
		n	%	n	%
Triglicerid	Bình thường	16	14,3	96	85,7
	Tăng	112	54,6	93	45,4
p		<0,05			
LDL-C	Bình thường	31	18,9	133	81,1
	Tăng	97	63,4	56	36,6
p		<0,05			

Bảng 3.5 cho thấy: Khi bị mắc HCCH có 63,4% bị tăng LDL-Cholesterol, có 54,6% có tăng Triglycerid, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

• *Tỷ lệ người bệnh mắc HCCH theo giới tính và nhóm tuổi:* Tỷ lệ mắc HCCH chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,4%, nam giới (41,6%) mắc cao hơn nữ giới (39,3%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm tuổi ≥ 60 mắc HCCH cao hơn nhóm tuổi < 60 lần lượt là 42% và 36,6%, sự khác nhau này cũng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Trung Thu và cộng sự năm 2017, tỷ lệ mắc HCCH là 46,7% (4). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn nhiều nghiên cứu khác. Trần Văn Huy, năm 2002, nghiên cứu trên 856 đối tượng nghiên cứu cư trú tại Khánh Hòa nhận thấy tỷ lệ HCCH ở nữ là 11,7%, nam là 8% [5]. Tô Viết Thuấn, nghiên cứu trên bệnh nhân tăng huyết áp cũng nhận thấy tỷ lệ HCCH trên nữ cao hơn nam (tương ứng là 73% và 37%) ($p < 0,05$) [6]. Ở Porto nước Anh (2004), qua khảo sát 1.436 đối tượng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ HCCH là 19% ở nam và 27% ở nữ. Một nghiên cứu ở Ấn Độ năm 2004, cho thấy tỷ lệ HCCH gặp có ở 31,6% người từ độ tuổi 20 trở lên, trong đó 22,9% ở nam và 39,9% ở nữ [7]. Năm 2006, một nghiên cứu ở Trung quốc trên 2.334 đối tượng nghiên cứu tuổi từ 60-95, cho thấy tỷ lệ HCCH theo NCEP/ATPIII ở nữ là 39,2%, nam là 17,6%).

• *Tỷ lệ người bệnh mắc HCCH theo TTDD và chỉ số WHR:* Kết quả bảng 3.10 cho thấy 50% người bệnh có thừa cân-béo phì bị mắc HCCH; có 28% CED mắc HCCH; có 44,5% chỉ số WHR cao có mắc HCCH. Điều này cho thấy tình trạng béo trung tâm có nguy cơ cao mắc bệnh rối loạn chuyển hóa như đái tháo đường type II và rối loạn dung nạp glucose, tăng huyết áp, xơ vữa động mạch cao hơn những người không béo trung tâm. Theo Yogita Rochlani (2017), vòng bụng càng lớn sẽ gây ra sự đề kháng insulin càng nhiều do đó tỷ lệ các biến chứng càng cao.

Do vòng bụng càng lớn vòng đời càng ngắn nên cần kiểm soát tỷ lệ vòng bụng/ vòng hông ở ngưỡng bình thường theo khuyến cáo để ngăn ngừa các biến chứng như tim mạch, thận...[8].

• *Tỷ lệ người bệnh mắc HCCH theo tình trạng huyết áp, glucose máu, Cholesterol, Triglycerid, LDL-C máu:* Khi bị mắc HCCH sẽ có THA, tăng Glucose máu, tăng Cholesterol, Triglycerid, LDL-C máu so với bình, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này được lý giải rằng: Thay đổi trong các thành phần của lipid máu (tăng triglyceride và LDL-C), tăng huyết áp là hay gặp ở người mắc HCCH, từ đó làm tăng tình trạng đề kháng insulin, thúc đẩy bị mắc ĐTD. Ngoài ra, khi có đề kháng insulin, glucose không thể vào tế bào một cách dễ dàng, cơ thể đáp ứng bằng cách tăng sản xuất insulin để kích giúp đưa glucose vào tế bào. Kết quả là nồng độ insulin tăng cao trong máu. Khi insulin máu tăng lên sẽ làm tăng triglyceride máu và các acid béo tự do trong gan, kích thích gia tăng sản xuất VLDL từ đó tăng chylomicron nhất là sau ăn. Chính vì vậy, khi mắc HCCH thường kèm theo tăng nồng độ triglyceride. Ngược lại, khi triglyceride được sản xuất quá nhiều, nó sẽ làm giảm sự nhạy cảm insulin. Từ nhiều yếu tố trên đã ảnh hưởng tới thận và làm cho huyết áp tăng lên. Vì cholesterol máu cao và tăng huyết áp trong HCCH sẽ góp phần tạo nên mảng xơ vữa trong thành động mạch, mảng xơ vữa này làm cho động mạch bị cứng lên và hẹp lại, từ đó dẫn đến đột quỵ tim và não.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ HCCH khi nhập viện là 40,4%, nam giới mắc 41,6%, nữ giới mắc 39,3%.

- Khi mắc HCCH có 50% Thừa cân-béo phì; 44,5% có tỷ lệ vòng eo/vòng hông cao.

- 93,3% có tăng Cholesterol; 63,4% tăng LDL-C; 64,7% nguy cơ ĐTD; 54,6% tăng Triglycerid; 47,5% tăng huyết áp khi mắc HCCH

Khuyến nghị: Nên sàng lọc dinh dưỡng cho tất cả các bệnh nhân khi nhập viện cũng như trong thời gian nằm viện để có kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng và điều trị cho hiệu quả, cũng như có kế hoạch dự phòng các bệnh có liên quan như Đái tháo đường, tim mạch do HCCH gây nên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Salvatore Mottillo (2010), "The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk", The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk. Vol. 56, No. 14, tr. 1113-1132.
2. Bộ Y tế (2015), Chiến lược Quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025.
3. Trần Hữu Dàng (2006), Hội chứng chuyển hóa: Một vấn đề của thời đại, kết quả một số nghiên cứu ở Huế, Tạp chí Y học thực hành (Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học Hội nghị Nội tiết và Đái tháo đường miền Trung lần thứ V, số 548, 371-379.
4. Nguyễn Thị Trung Thu và cộng sự, 2017, Hội chứng chuyển hóa và yếu tố nguy cơ ở người trung niên bị tiền đái tháo đường, Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Tự nhiên và Công nghệ, Tập 33, Số 1 (2017) 67-73.
5. Trần Văn Huy, Huỳnh Việt Khang (2007), "Nghiên cứu tần suất và ảnh hưởng của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân tăng huyết áp ở Khánh Hòa". Y học Việt Nam, tr 34 - 41.
6. Tô Việt Thuận, Trần Hữu Dàng (2008), Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân tăng huyết áp, <http://bomonnoiydhue.edu.vn>.
7. Gupta R., Deedwania P. C., Gupta A. (2004), "Prevalence of metabolic syndrome in an Indian urban population". Int. J. Cardiol., 97, (2), 257-261.
8. Yogita Rochlani (2017), "Metabolic syndrome: pathophysiology, management, and modulation by natural compounds", Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease. Vol. 11, tr. 215-225.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM NÃO DO VI RÚT HERPES SIMPLEX

Trần Việt Tiến¹, Lê Thị Hồng Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh nhân viêm não do vi rút Herpes simplex được điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai (năm 2013 – 2018). **Đối tượng:** Đối tượng nghiên cứu là 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm não do vi rút Herpes simplex vào điều trị nội trú tại Khoa Truyền Nhiễm – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 năm 2013 đến tháng 05 năm 2018. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang kết hợp giữa hồi cứu và tiền cứu, được chia thành 2 nhóm: nhóm 1 là nhóm nhóm bệnh nhân khỏi hoàn toàn và di chứng nhẹ (mRS 0 – 2) và nhóm 2 là nhóm nhóm bệnh nhân di chứng nặng và tử vong (mRS 3 – 6). **Kết quả:** Kết quả điều trị được đánh giá theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) tại thời điểm bệnh nhân ra viện, nhóm bệnh nhân khỏi hoàn toàn và di chứng nhẹ (mRS 0 – 2) 31,8%, nhóm bệnh nhân di chứng nặng và tử vong (mRS 3 – 6) 68,2%. Các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân viêm não do vi rút Herpes Simplex bao gồm: tuổi > 40 tuổi (OR = 4,2); điểm Glasgow ≤ 9 điểm tại thời điểm bắt đầu điều trị đặc hiệu (OR = 10); suy hô hấp tại thời điểm nhập viện (OR = 5,8); điều trị đặc hiệu muộn sau ngày thứ 4 từ khi khởi phát bệnh (OR = 3,1); số ngày nằm viện điều trị kéo dài trên 14 ngày (OR = 3,4). **Kết luận:** Viêm não do vi rút Herpes simplex là một bệnh có diễn biến nặng,

hiều di chứng sau điều trị. Các yếu tố tiên lượng nặng, ảnh hưởng đến kết quả điều trị bao gồm: tuổi bệnh nhân > 40 tuổi; điểm Glasgow tại thời điểm nhập viện ≤ 9 điểm; điều trị Acyclovir muộn sau ngày thứ 4 từ khi khởi phát bệnh; suy hô hấp lúc nhập viện; thời gian điều trị tại viện kéo dài.

Từ khóa: Viêm não, vi rút Herpes, thang điểm Rankin, yếu tố tiên lượng

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME AND SOME PREDICTORS RELATED TO THE OUTCOME IN PATIENTS WITH HERPES SIMPLEX ENCEPHALITIS

Objective: To investigate predictors of outcome in patients with a Herpes simplex encephalitis at Department of Infectious Diseases, Bach Mai Hospital. **Subject and methods:** Retrospective and prospective study, describe in 66 patients who were diagnosed Herpes simplex encephalitis (HSE) and hospitalized at Bach Mai Hospital from January, 2013 to May, 2018. To identify factors associated with good outcome (mRS of 0 – 2) or poor outcome (mRS of 3 – 6) at hospital discharge. Results: good outcome (mRS of 0 – 2) was seen in 31,8% patients, poor outcome (mRS of 3–6) was seen in 68,2% at discharge. The factors associated with poor outcome were older age, > 40 years old (OR = 4,2); coma, Glasgow score ≤ 9 (OR = 10); respiratory failure (OR = 5,8). Patients were treated with intravenous Acyclovir after 4 days since hospitalisation (OR = 3,1). The duration of hospitalisation over 14 days (OR = 3,4). **Conclusions:** Herpes simplex encephalitis is a disease with a poor prognosis. The factors associated with poor outcome were older age > 40 years old, Glasgow

¹Bệnh viện Quân y 103, Học Viện Quân y

²Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt Tiến

Email: tientv@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.4.2019

Ngày duyệt bài: 10.4.2019

score ≤ 9 , respiratory failure, patients were treated with intravenous Acyclovir after 4 days since hospitalisation, the long duration of hospitalisation.

Keywords: encephalitis, Herpes simplex, Rankin Score, predictors of outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não là bệnh diễn biến nặng, tỉ lệ tử vong cao, trường hợp sống sót thường có di chứng nặng nề, ảnh hưởng trầm trọng đến cuộc sống, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Tại các nước phát triển, vi rút Herpes simplex (HSV) là căn nguyên gây viêm não thường gặp nhất, chiếm 10% - 20% các trường hợp viêm não do vi rút [1]. Viêm não do vi rút Herpes simplex (viêm não Herpes) là nhiễm trùng của hệ thần kinh trung ương do vi rút Herpes gây ra, ở người lớn chủ yếu là vi rút Herpes simplex typ 1, với biểu hiện lâm sàng là sốt cao đột ngột, đau đầu, co giật, các dấu hiệu thần kinh và rối loạn ý thức. Bệnh gặp rải rác quanh năm, không theo mùa, ở mọi lứa tuổi. Viêm não do vi rút Herpes simplex nếu không được điều trị, tử vong tới 70%, chỉ có 2,5% - 6% các trường hợp sống sót có chức năng thần kinh bình thường. Điều trị đặc hiệu với Acyclovir truyền tĩnh mạch giúp cải thiện tiên lượng bệnh, tuy nhiên tỷ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề [1]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài mục tiêu: "Mô tả một số yếu tố tiên lượng kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm não do vi rút Herpes simplex".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm não do vi rút Herpes simplex vào điều trị nội trú tại Khoa Truyền Nhiễm – Bệnh viện Bạch Mai từ ngày 01/01/2013 – 01/05/2018.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Gồm những bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của bệnh viêm não – màng não: theo tiêu chuẩn đồng thuận chẩn đoán viêm não (Hiệp hội viêm não quốc tế) có 1 tiêu chuẩn chính, ít nhất 3 tiêu chuẩn phụ và kết quả xét nghiệm Polymerase Chain Reaction (PCR) HSV dương tính [2].

2. Một số yếu tố tiên lượng ảnh hưởng kết quả điều trị

Bảng 2.1. Đặc điểm tuổi, giới và kết quả điều trị

Tuổi ; Giới	Nhóm 1(n = 21)	Nhóm 2(n = 45)	p	OR(CI 95%)
Giới	Nam	14 (66,7%)	p > 0,05	
	Nữ	7 (33,3%)		
Tuổi	≤ 40 tuổi	10 (47,6%)	p < 0,05	OR = 4,2 (1,3 – 13,3)
	> 40 tuổi	11 (52,4%)		

Tỷ lệ bệnh nhân trên 40 tuổi ở nhóm 2 (82,2%) cao hơn so với nhóm 1 (52,4%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ suất chênh OR = 4,2

Bảng 2.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

- Tiêu chuẩn chính: thay đổi trạng thái tinh thần (rối loạn ý thức hoặc rối loạn hành vi, tâm thần) trên 24 giờ không có căn nguyên giải thích.

- Tiêu chuẩn phụ:

+ Sốt ≥ 38 độ C

+ Co giật toàn thể hoặc khu trú

+ Dấu hiệu thần kinh khu trú mới xuất hiện

+ Bạch cầu trong dịch não tủy $\geq 5\text{TB}/\text{mm}^3$

+ Bất thường nhu mô não trên hình ảnh học gợi ý viêm não

+ Bất thường trên EEG gợi ý viêm não

- Tiêu chuẩn bắt buộc: Xét nghiệm cận lâm sàng: xét nghiệm PCR dịch não tủy dương tính với HSV

- Các bệnh nhân được điều trị Acyclovir truyền tĩnh mạch theo đúng phác đồ.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp giữa hồi cứu và tiền cứu.

- Tất cả các đối tượng được thăm khám lâm sàng và tiến hành các xét nghiệm cận lâm sàng

- PCR HSV: xét nghiệm PCR HSV dịch não tủy lần đầu tiên và khi kết thúc quá trình điều trị đặc hiệu.

- Đánh giá tại thời điểm bệnh nhân ra viện với thang điểm Rankin sửa đổi. So sánh các đặc điểm lâm sàng và điều trị giữa nhóm 1 (mRS 0 - 2) và nhóm 2 (mRS 3 - 6)

- **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 23.0 và Excel 2010 với các thuật toán thống kê ứng dụng trong y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả điều trị trong nghiên cứu

Điểm mRS	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm 1 (mRS 0 - 2)	21/66	31,8%
Nhóm 2 (mRS 3 - 6)	45/66	68,2%

Kết quả điều trị: tại thời điểm bệnh nhân ra viện được đánh giá theo thang điểm Rankin sửa đổi, chia 2 nhóm, nhóm 1 bệnh nhân khỏi hoàn toàn hoặc có di chứng nhẹ có điểm mRS từ 0 - 2 điểm, nhóm 2 bệnh nhân có di chứng nặng không có khả năng tự thực hiện các chức năng cơ bản hoặc tử vong có điểm mRS từ 3 - 6 điểm.

Triệu chứng lâm sàng	Nhóm 1 (mRS 0 – 2) n = 21	Nhóm 2 (mRS 3 – 6) n = 41	p (OR ; CI 95%)
Suy hô hấp	5 (23,8%)	29 (64,4%)	p < 0,05 (OR = 5,8; 1,7 – 18,7)
Rối loạn hành vi	5 (23,8%)	10 (22,2%)	p > 0,05
Rối loạn tâm thần	7 (33,3%)	12 (26,7%)	p > 0,05
Cơ giât	9(42,9%)	19(42,2%)	p > 0,05

Tỷ lệ bệnh nhân có suy hô hấp ở nhóm 2 (64,4%) cao hơn so với nhóm 1 (23,8) có ý nghĩa thống kê với p < 0,05; OR = 5,8.

Bảng 2.3. Đặc điểm dịch não tủy liên quan đến kết quả điều trị

Thành phần dịch não tủy	Nhóm 1 (mRS 0 – 2) (n = 21) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm 2 (mRS 3 – 6) (n = 45) $\bar{X} \pm SD$	p
Tế bào / mm ³	254 ± 342	145 ± 114	p > 0,05
Protein (g/l)	1,93 ± 0,77	1,08 ± 0,51	p > 0,05
Clo(mmol/l)	119,5 ± 7,1	118,2 ± 6,2	p > 0,05
Glucose (mmol/L)	4,2 ± 1,1	4,1 ± 1,2	p > 0,05

(Mann – Whiney U Test). So sánh giá trị trung bình của thành phần dịch não tủy tại thời điểm mới nhập viện của 2 nhóm. Kiểm định giá trị trung bình của các thành phần dịch não tủy ở 2 nhóm nhận thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Bảng 2.4. Vị trí tổn thương trên MRI sọ não và kết quả điều trị

Vị trí tổn thương	Nhóm 1 (mRS 0 – 2) (n = 21)	Nhóm 2 (mRS 3 – 6) (n = 41)	p
Thái dương	15 (71,4%)	36 (87,8%)	p > 0,05 ^a
Trán	7 (33,3%)	19 (46,3%)	p > 0,05 ^a
Đỉnh	0 (0%)	6 (14,6%)	p > 0,05 ^b
Chẩm	1 (4,8%)	4 (9,8%)	p > 0,05 ^b
Đào	11 (52,4%)	25 (61,0%)	p > 0,05 ^a

(a :Kiểm định Chi-square Test ; b: kiểm định Fisher's Exact Test)

62/66 bệnh nhân chụp phim MRI sọ não. Trong đó có 57/62 bệnh nhân có tổn thương nhu mô não trên phim chụp MRI sọ não. So sánh giữa 2 nhóm có các vị trí tổn thương trên phim chụp MRI sọ não nhận thấy không có sự khác biệt ở nhóm 2 (mRS 3-6).

Bảng 2.5. Thời điểm bắt đầu điều trị Acyclovir và kết quả điều trị

Thời điểm điều trị đặc hiệu		Nhóm 1 (n = 21)	Nhóm 2 (n = 45)	p	OR (CI 95%)
Từ ngày khởi phát bệnh	≤ 4 ngày	10 (47,6%)	10 (22,2%)	p < 0,05	OR = 3,1 (1,0 – 9,6)
	> 4 ngày	11 (52,4%)	35 (77,8%)		
Từ ngày nhập viện	≤ 2 ngày	18 (85,7%)	30 (66,7%)	p > 0,05	
	> 2 ngày	3 (14,3%)	15 (33,3%)		

Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị sớm trong 4 ngày đầu từ khi khởi phát bệnh ở nhóm 1 (47,6%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 2 (22,2%); p < 0,05 và OR = 3,1.

Bảng 2.6. Điểm Glasgow thời điểm bắt đầu điều trị Acyclovir và kết quả điều trị

Điểm Glasgow	Nhóm 1 (mRS 0–2) n = 21	Nhóm 2 (mRS 3–6) n = 45	p	OR (CI 95%)
Glasgow > 9 điểm	20 (95,2%)	30 (66,7%)	p < 0,05	OR = 10 (1,2 – 81,8)
Glasgow ≤ 9 điểm	1 (4,8%)	15 (33,3%)		

Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Glasgow trên 9 điểm ở nhóm 1 (95,5%) cao hơn tỷ lệ bệnh nhân có điểm Glasgow trên 9 điểm ở nhóm 2 (66,7%) có ý nghĩa thống kê với p < 0,05, OR = 10

Bảng 2.7. Thời gian điều trị tại bệnh viện và kết quả điều trị

Số ngày nằm viện điều trị	Nhóm 1(mRS 0 – 2) (n = 21)	Nhóm 2(mRS 3 – 6) (n = 45)	p < 0,05	OR (CI 95%)
≤ 14 ngày	9 (42,8%)	15 (33,3%)	p < 0,05	OR = 3,4 (1,0 – 10,9)
>14 ngày	12(57,1%)	37 (82,2%)		

Nhóm 2 có tỷ lệ bệnh nhân nằm viện điều trị kéo dài trên 14 ngày (82,2%) cao hơn so với nhóm 1 (57,1%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05; OR = 3,4.

IV. BÀN LUẬN

1. Kết quả điều trị viêm não Herpes:
Trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá di

chứng của bệnh nhân theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) vào thời điểm kết thúc điều trị và bệnh nhân ra viện. Nhóm 1 bệnh nhân có điểm Rankin 0 – 2 điểm khởi hoàn toàn hoặc di chứng nhẹ có 21/66 bệnh nhân 31,8%. Nhóm 2 các bệnh nhân có điểm rankin 3 – 6 điểm là 45/66 bệnh nhân có tỷ lệ là 68,2%. Nghiên cứu đánh giá di chứng của viêm não cấp tính sau điều trị theo thang điểm rankin sửa đổi Kiran T. Thakur và cộng sự (2013) được thực hiện tại bệnh viện và trường đại học Johns Hopkins tại thời điểm bệnh nhân ra viện có 35,92% bệnh nhân phục hồi hoàn toàn hoặc di chứng nhẹ với mRS <3, số bệnh nhân có di chứng nặng chiếm tỷ lệ 55,95%, có 18,9% bệnh nhân tử vong với điểm rankin là 6 điểm [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu về các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân viêm não do vi rút Herpes simplex của các tác giả T. D. Singh và cộng sự (2015) tại Mỹ, sử dụng thang điểm rankin sửa đổi để đánh giá di chứng viêm não do vi rút Herpes simplex sau điều trị, vào thời điểm kết thúc điều trị có 35,5% bệnh nhân có di chứng nhẹ hoặc phục hồi hoàn toàn với điểm mRS 0-2 điểm, tỷ lệ bệnh nhân có di chứng nặng cao với 65,5%. Theo dõi 41/45 bệnh nhân trong 6 – 12 tháng tỷ lệ bệnh nhân có di chứng nặng với điểm rankin 3- 6 điểm giảm còn 34,1%, số bệnh nhân phục hồi hoàn toàn và có di chứng nhẹ với điểm Rankin 0-2 điểm là 65,9%[4].

2. Các yếu tố tiên lượng nặng ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh và kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi ≥ 40 tuổi có tiên lượng nặng hơn ở nhóm dưới 40 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu về nhóm tuổi của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả A.L Tunkel và cộng sự (2008) viêm não do vi rút Herpes simplex nhóm tuổi trên 30 tuổi có tiên lượng nặng hơn so với các bệnh nhân dưới 30 tuổi [6], nhưng thấp hơn so với tác giả Singh, T.D và cộng sự (2016) tuổi ≥ 65 tuổi có tiên lượng nặng hơn ở nhóm tuổi dưới 65 tuổi [4]. Sự khác biệt này có thể do cơ cấu các nhóm tuổi trong các nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên tuổi cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ lựa chọn các bệnh nhân trên 18 tuổi. Nhưng các nghiên cứu khác nhau trên thế giới đều có kết luận tuổi cao có tiên lượng nặng hơn

Điểm glasgow (GLS) tại thời điểm bắt đầu điều trị đặc hiệu GLS nhỏ hơn hoặc bằng 9 điểm trong nghiên cứu của chúng tôi là 16/66 bệnh nhân (24,2%), GLS trên 9 điểm là 50 bệnh nhân (75,7%). Trong số 45 bệnh nhân có điểm mRS 3

– 6 điểm có 15 bệnh nhân (33,3%) có điểm GLS nhỏ hơn hoặc bằng 9 điểm tại thời điểm bắt đầu điều trị đặc hiệu. Trong 22 bệnh nhân có điểm mRS 0- 2 điểm có 20 bệnh nhân (95,2%) được điều trị đặc hiệu tại thời điểm GLS > 9 điểm. So sánh giữa 2 nhóm cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

Triệu chứng lâm sàng liên quan đến yếu tố tiên lượng của bệnh, trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân có suy hô hấp và có dấu hiệu liệt khu trú có tiên lượng nặng hơn so với các bệnh nhân không có suy hô hấp và liệt khu trú, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các triệu chứng co giật, rối loạn tâm thần, rối loạn hành vi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm bệnh nhân có điểm mRS 0- 2 điểm và mRS 3 -6 điểm. Nghiên cứu của T.D.Singh và cộng sự (2016) , các triệu chứng suy hô hấp cần hỗ trợ thông khí thở máy, co giật không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm bệnh nhân có mRS 0-2 điểm và mRS 3 -6 điểm với $P > 0,05$.

Thời điểm bắt đầu điều trị đặc hiệu bằng acyclovir truyền tĩnh mạch liều 10 mg/kg/8h sau 4 ngày tính từ lúc khởi phát bệnh ở nhóm có điểm mRS 3 – 6 điểm là 35/45 bệnh nhân (77,8%). Nhóm 1 có di chứng nhẹ hoặc khởi bệnh có điểm mRS 0 -2 điểm có thời gian điều trị sớm trong vòng 4 ngày đầu khởi phát bệnh chiếm 47,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 48/66 (72,7%) bệnh nhân được điều trị đặc hiệu với acyclovir truyền tĩnh mạch trong 2 ngày đầu tiên tính từ thời điểm nhập viện, sự khác biệt về kết quả điều trị ở 2 nhóm được trị trong 2 ngày đầu sau nhập viện và sau 2 ngày từ thời điểm nhập viện không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,106$. Khác với nghiên cứu của một số tác giả T.D.Singh (2016) thời điểm bệnh nhân được điều trị đặc hiệu với acyclovir truyền tĩnh mạch trong ngày đầu tiên nhập viện có 68,8% số bệnh nhân có điểm mRS 0 – 2 tại thời điểm ra viện, và 41,4% bệnh nhân trong nhóm có điểm mRS 3 – 6 điểm, có sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [4]. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị đặc trong 2 ngày đầu tiên từ lúc nhập viện 72,7%, tuy nhiên không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa 2 nhóm điều trị này có thể giải thích do trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân nhập viện vào thời điểm sau ngày thứ 4 của bệnh với tỷ lệ 83,3%. Do đó ảnh hưởng đến hiệu quả của điều trị đặc hiệu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân viêm não do vi rút Herpes

simplex có di chứng nặng hoặc tử vong với điểm mRS 3 – 6 điểm là 68,2%. Tỷ lệ bệnh nhân di chứng nhẹ hoặc khỏi hoàn toàn với điểm mRS 0 – 2 điểm là 31,8%. Các yếu tố tiên lượng nặng, ảnh hưởng đến kết quả điều trị bao gồm: tuổi bệnh nhân >40 tuổi; điểm Glasgow tại thời điểm nhập viện ≤ 9 điểm; điều trị Acyclovir muộn sau ngày thứ 4 từ khi khởi phát bệnh; suy hô hấp lúc nhập viện; thời gian điều trị tại viện kéo dài.

So sánh giá trị trung bình của thành phần dịch não tủy, các tổn thương trên phim chụp MRI của 2 nhóm tại thời điểm nhập viện, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Whitley R J (2006).** Herpes simplex encephalitis: adolescents and adults. *Antiviral Res*, 71 (2-3), 141-148.

2. **Venkatesan A, Tunkel, A R, Bloch, K C và cộng sự (2013).** Case definitions, diagnostic algorithms, and priorities in encephalitis: consensus statement of the international encephalitis consortium. *Clin Infect Dis*, 57 (8), 1114-1128.

3. **Thakur K T, Motta, M, Asemota, A O và cộng sự (2013).** Predictors of outcome in acute encephalitis. *Neurology*, 81 (9), 793-800.

4. **Singh T D, Fugate, J E, Hocker, S và cộng sự (2015).** Predictors of outcome in HSV encephalitis. *J Neurol*, 263 (2), 277-289.

5. **Riera-Mestre A, Gubieras, L, Martinez-Yelamos, S và cộng sự (2009).** Adult herpes simplex encephalitis: fifteen years' experience. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 27 (3), 143-147.

6. **Tunkel A R, Glaser, C A, Bloch, K C và cộng sự (2008).** The management of encephalitis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*, 47 (3), 303-327.

TÁC DỤNG CỦA GEL-FLOUR 1,23% TRONG ĐIỀU TRỊ SÂU RĂNG Ở HỌC SINH TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI HUYỆN PHÚ LƯƠNG, THÁI NGUYÊN NĂM 2016

Trần Đình Tuyên¹, Nguyễn Quốc Trung², Nguyễn Thu Yến³

TÓM TẮT

Flour là phương pháp can thiệp dự phòng sâu răng được chứng minh trên nhiều quốc gia trên thế giới. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp có sử dụng nhóm đối chứng đánh giá trên 213 học sinh 12 tuổi tại 2 trường trung học cơ sở thuộc tỉnh Thái Nguyên nhằm đánh giá giá hiệu quả của gel flour 1,23% trong thay đổi các chỉ số đánh giá sâu răng sau 6 và 12 tháng can thiệp. **Kết quả:** Đánh giá trên nhóm can thiệp sử dụng gel-flour 1,23%, sau 6 và 12 tháng đều thấy rõ sự giảm các chỉ số DMFT và các chỉ số DMFS ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng các chỉ số khảo sát tăng, và sự tăng có ý nghĩa thống kê nhất là sau 12 tháng can thiệp. **Kết luận:** Gel-flour 1,23% có hiệu quả trong dự phòng sâu răng sớm ở trẻ cần thực hiện dự phòng ở học đường vì dễ áp dụng.

Từ khóa: Sâu răng sớm; Gel-flour 1,23%; dự phòng sâu răng

SUMMARY

THE EFFICIENCY OF GEL-FLUOR 1.23% IN THE TREATMENT OF TOOTH DECAY IN SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN PHU LUONG DISTRICT, THAI NGUYEN IN, 2016

¹Trường cao đẳng Y tế Hà Đông

²Vụ các Vấn đề xã hội – Ban tuyên giáo Trung Ương

³Viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Tuyên

Email: mecofo@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.4.2019

Ngày duyệt bài: 11.4.2019

Flour is a proven dental preventive intervention method in many countries around the world. Method: Intervention study using control group evaluated on 213 12-year-old students at 2 secondary school in Thai Nguyen province to evaluate the effectiveness of gel flour 1,23% in changing the assessment indicators teeth after 6 and 12 months of intervention. Results: The evaluation on the intervention group used 1.23% gel-flour, after 6 and 12 months, the DMFT index and DMFS indicators were clearly seen ($p < 0.05$). In the control group, the survey index increased, and the statistically significant increase was especially after 12 months of intervention. Conclusion: 1.23% gel-flour is effective in preventing early tooth decay in children who need to make prevention in school because of easy application.

Keywords: Early tooth decay; Gel-fluoride 1.23%; Prevent tooth decay

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng là một vấn đề nổi cộm trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến không chỉ số đông người trưởng thành mà còn gây phiền toái cho 60-90% trẻ em(1). Theo thời gian, sâu răng không được điều trị là nguyên nhân của các tổn thương tiếp diễn quanh răng, thường đi kèm với đau. Trong khi đó, sửa chữa hay thay răng sâu rất tốn kém cả về thời gian và kinh tế. Vì vậy dự phòng sâu răng ở trẻ em và thanh thiếu niên được coi là ưu tiên của nha khoa và mang lại hiệu quả chi phí hơn công tác điều trị. Ngày nay, việc sử dụng flour là nhân tố chính trong việc giảm tỉ lệ hiện mắc và mức độ sâu răng tại Mỹ

và các nước khác(2). Việc sử dụng đúng cách flour vừa an toàn và hiệu quả trong phòng chống và kiểm soát sâu răng. Flour có hiệu quả trong tái tạo khoáng và bắt giữ các tổn thương sâu răng sớm ở bộ răng vĩnh viễn(3). Ở Việt Nam, theo điều tra cơ bản răng miệng năm 2001: 56,6% trẻ 12 tuổi bị sâu răng với chỉ số DMFT=1,87; trẻ 15 tuổi có 67,6% trẻ sâu răng với DMFT=2,16(4). Huyện Phú Lương, Thái Nguyên là một huyện miền núi phía Bắc Việt Nam có nền kinh tế phát triển, tuy nhiên dân cư có đặc điểm văn hóa đa dạng, việc sử dụng nguồn nước sinh hoạt còn hạn chế và việc thực hiện các can thiệp nha khoa còn thiếu. Từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Đánh giá tác dụng của Flour 1,23% đối với tổn thương sâu răng men sớm ở răng vĩnh viễn” với mục tiêu là đánh giá tác dụng của gel flour 1,23% đối với sự phát triển sâu men răng ở răng vĩnh viễn, trên cơ sở nghiên cứu đề xuất việc ứng dụng gel flour 1,23% vào việc phòng và điều trị bệnh sâu răng cho học sinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là 213 học sinh 12 tuổi tại 2 trường trung học cơ sở Hợp Thành và Dương Tự Minh, Phú Lương, Thái Nguyên được mời tham gia nghiên cứu. Trong đó chúng tôi chia thành 2 nhóm 106 học sinh của trường Hợp Thành làm nhóm can thiệp, 107 học sinh còn lại của trường Dương Tự Minh làm nhóm chứng. Tất cả đối tượng học sinh đều thuộc đối tượng sinh sống tại cơ sở nghiên cứu ít nhất 6 tháng và có sự chấp thuận của cha mẹ học sinh, trẻ không có tiền sử dị ứng với flour hoặc đang dùng các thuốc có phản ứng với flour, có tổn thương sâu răng sớm (D1,D2). Chúng tôi tiến hành giải thích các quy trình, những khó chịu

hoặc rủi ro có thể xảy ra cũng như những lợi ích có thể mang lại cho cha mẹ các em.

Thời gian nghiên cứu: 1/2015-12/2016

Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp có nhóm đối chứng

Thiết kế nghiên cứu: theo dõi dọc sau can thiệp thời điểm sau 6 và 12 tháng.

Phương pháp tính cỡ mẫu theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng (210 em).

Tiến hành nghiên cứu: Khám phát hiện sâu răng và ghi nhận mức khoáng hóa bằng thiết bị Diagnodent 2190-KaVo (Đức). Cả hai nhóm can thiệp và nhóm chứng đều được thực hiện chải răng có kiểm soát tập trung tại trường, học sinh không được biết mình được chải loại kem gì mà do bác sỹ trực tiếp lấy thuốc hoặc kem cho từng em, chúng tôi thực hiện quy trình làm mù đơn vì vậy Gel fluor 1,23% và kem chải răng P/S trẻ em trước khi lấy cho trẻ chải đều được cho vào trong các tuýp có gắn nhãn (Mirafluor- Gel) giống nhau và được đánh số ký hiệu chỉ người nghiên cứu được biết. Cả hai nhóm đều được thực hiện chải răng theo lịch cố định: thời gian cho mỗi lần chải răng là 4 phút, mỗi ngày chải 1 lần vào buổi sáng, mỗi đợt liên tục trong 5 ngày, mỗi đợt cách nhau 03 tháng, 04 đợt trong 12 tháng. Học sinh được hướng dẫn chải răng theo phương pháp Bass cải tiến. Lượng kem hoặc gel cho mỗi lần chải tương đương với 0,66 gam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành can thiệp trên 213 học sinh và tiến hành so sánh giá trị các chỉ số DMFT và DMFS tại 3 thời điểm, trước can thiệp, sau 6 tháng can thiệp và sau 12 tháng can thiệp nhằm so sánh các giá trị.

Kết quả về chỉ số DMFT sau 6 tháng can thiệp

Bảng 1. Chỉ số DMFT của cả hai nhóm Gel flour và đối chứng theo thời gian trước và sau 6 tháng can thiệp

	Nhóm	Trước can thiệp (n±SD)	Sau 6 tháng can thiệp (n±SD)	p12
DT	Gel fluor	2,67±1,39	1,24±1,27	0,000
	Chứng	2,57±2,01	3,79±2,55	0,000
MT	Gel fluor	0,00±0,00	0,00±0,00	
	Chứng	0,00±0,00	0,00±0,00	
FT	Gel fluor	0,77±1,27	1,07±1,26	0,093
	Chứng	0,53±1,23	0,94±1,42	0,025
DMFT	Gel fluor	3,44±1,76	2,3±2,02	0,000
	Chứng	3,1±2,18	4,73±2,94	0,000

p12: giá trị p thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp 6 tháng

Đánh giá chỉ số DMFT của cả 2 nhóm can thiệp bằng gel flour và nhóm sử dụng kem đánh răng P/S ở thời điểm sau 6 tháng cho thấy, ở nhóm dùng Gel flour, 2 chỉ số DT và DMFT giảm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Ở nhóm sử dụng P/S, các chỉ số DT, DMFT tăng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Kết quả về chỉ số DMFT sau 12 tháng can thiệp**Bảng 2. Chỉ số DMFT của cả hai nhóm Gel flour và đối chứng theo thời gian trước và sau 12 tháng can thiệp**

	Nhóm	Trước can thiệp	Sau 12 tháng can thiệp	p
DT (n±SD)	Gel flour	2,67±1,39	0,64±0,84	0,000
	Chứng	2,57±2,01	3,5±2,36	0,002
MT	Gel flour	0,00±0,00	0,00±0,00	
	Chứng	0,00±0,00	0,00±0,00	
FT	Gel flour	0,77±1,27	1,2±1,31	0,017
	Chứng	0,53±1,23	1,01±1,33	0,007
DMFT	Gel flour	3,44±1,76	1,84±1,75	0,000
	Chứng	3,1±2,18	4,51±2,73	0,000

p13: giá trị p thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp 12 tháng

Đánh giá chỉ số DMFT của cả 2 nhóm can thiệp bằng gel flour và nhóm sử dụng kem đánh răng P/S ở thời điểm sau 6 tháng cho thấy, ở nhóm dùng Gel flour, 2 chỉ số DT và DMFT giảm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở nhóm sử dụng P/S, các chỉ số DT, DMFT tăng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả về chỉ số DMFS sau 6 tháng can thiệp**Bảng 3. Chỉ số DMFS của cả hai nhóm can thiệp và đối chứng trước và sau 6 tháng can thiệp**

	Nhóm	Trước can thiệp	Sau 6 tháng can thiệp	p12
DS (n±SD)	Gel flour	3,78±2,05	2,01±2,26	0,000
	Chứng	3,65±3,1	4,24±3,05	0,163
MS	Gel flour	0,00±0,00	0,00±0,00	
	Chứng	0,00±0,00	0,00±0,00	
FS	Gel flour	0,79±1,3	1,36±1,62	0,006
	Chứng	0,54±1,25	1,04±1,6	0,012
DMFS	Gel flour	4,58±2,33	3,37±3,26	0,002
	Chứng	4,2±3,25	5,28±3,44	0,019

p12: giá trị p thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp 6 tháng

Điều tra chỉ số DMFS trên cả 2 nhóm cho thấy, chỉ số DS, DMFS ở nhóm dùng gel flour giảm sau 6 tháng can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, các chỉ số này tăng lên và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở chỉ số DMFS và FS.

Kết quả về chỉ số DMFS sau 12 tháng can thiệp**Bảng 4. Chỉ số DMFS của cả hai nhóm can thiệp và đối chứng trước và sau 12 tháng can thiệp**

	Nhóm	Trước can thiệp	Sau 12 tháng can thiệp	p13
DS (n±SD)	Gel flour	3,78±2,05	0,79±1,13	0,000
	Chứng	3,65±3,1	3,94±2,85	0,477
MS	Gel flour	0,00±0,00	0,00±0,00	
	Chứng	0,00±0,00	0,00±0,00	
FS	Gel flour	0,79±1,3	1,67±1,9	0,000
	Chứng	0,54±1,25	1,11±1,51	0,003
DMFS	Gel flour	4,58±2,33	2,46±2,48	0,000
	Chứng	4,2±3,25	5,06±3,25	0,054

p13: giá trị p thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp 12 tháng

Chỉ số DS, DMFS ở nhóm dùng gel flour giảm hẳn sau 12 tháng can thiệp so với trước can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong khi đó, chỉ số FS tăng có ý nghĩa thống kê ở nhóm gel flour. Ở nhóm chứng, các tỉ lệ này tăng sau 12 tháng can thiệp, tuy nhiên chỉ có chỉ số FS tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng của Gel-flour 1,23% thể hiện rõ rệt hiệu quả làm

giảm các chỉ số DMFS và DMFT. Trong khi so sánh với nhóm chứng sử dụng kem đánh răng PS thì các chỉ số này không đổi, thậm chí tăng sau 12 tháng theo dõi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng đồng nhất với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trung và cộng sự trong nghiên cứu tương tự(5).

Đối với các sự thay đổi ở các nhóm chỉ số trong nhóm can thiệp bằng gel flour 1,23%, những sự thay đổi này đều có ý nghĩa thống kê

với $p < 0,05$. Tuy nhiên, với nhóm chứng, chỉ có chỉ số DMFT là thay đổi có ý nghĩa, còn các chỉ số DMFS lại không có sự thay đổi mang ý nghĩa thống kê. Trong khi chỉ số DMFS lại ghi nhận tổng số mặt răng vĩnh viễn sâu, mặt răng mất và mặt răng trám, chỉ số DMFT ghi nhận tổng số răng vĩnh viễn sâu, răng mất, răng trám thì trong nghiên cứu này, chúng tôi mới chỉ đánh giá được khái quát tình trạng chung, chưa đi sâu vào đánh giá chi tiết các mặt răng. Mặc dù tác dụng của Gel-flour 1,23% đối với các mặt răng không được báo cáo ở đây nhưng một tác dụng khả quan có thể dự đoán được. Cần tiến hành nghiên cứu bổ sung để làm sáng tỏ tác dụng của Gel-flour 1,23% đối với các trường hợp sâu răng gần kề sớm.

V. KẾT LUẬN

Những kết quả này cho thấy ứng dụng Gel flour 1,23% là biện pháp hữu hiệu trong việc vô hiệu quả các tổn thương men răng trong bộ răng vĩnh viễn.

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề xuất

rằng các ứng dụng fluor gel 1,23% là một phương pháp điều trị dự phòng thực tế có thể được thực hiện trong môi trường học đường vì điều này sẽ cho phép trẻ em có nguy cơ cao được chăm sóc tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. What is the burden of oral disease? [cited 2019 25/2]. Available from: https://www.who.int/oral_health/disease_burden/global/en/.
2. Fleming E, Afful J. Prevalence of Total and Untreated Dental Caries Among Youth: United States, 2015–2016. Center for disease and control and prevention: 2018.
3. JM tC. Review on fluoride, with special emphasis on calcium fluoride mechanisms in caries prevention. European Journal of Oral Science. 1997;105:461-5.
4. Trường TV, Hải TĐ. Khảo sát tình trạng răng miệng ở trẻ em mẫu giáo lứa tuổi 4-5 tuổi: trường Đại học Y Hà Nội
5. Trung NQ, Tuấn VM, Hiền LTT, Hùng P. Đánh giá tác dụng của amflour gem 1,23% đối với tổn thương sâu răng men sớm ở răng vĩnh viễn. Tạp chí Y Học Thực Hành. 2010;739:97-9.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Võ Thành Toàn*, Nguyễn Thị Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh trước và sau phẫu thuật khớp gối (PTKG) tại khoa Chấn thương Chỉnh hình bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu dọc có can thiệp, theo dõi và đánh giá 159 bệnh nhân có chỉ định thay khớp gối, phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước tại khoa Ngoại Chấn thương Chỉnh hình, bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả và bàn luận:** Điểm trung bình CLCS tổng thể của người PTKG có sự cải thiện rõ rệt qua các thời điểm đánh giá, đạt 45,97 điểm tại thời điểm nhập viện, sau khi tái khám là 62,72 điểm và tăng lên đáng kể sau một tháng 16,75 điểm. **Kết luận:** CLCS của người bệnh sau PTKG có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) khi so sánh điểm CLCS của các người bệnh được PTKG tại thời điểm nhập viện và khi khám lại sau ra viện 1 tháng.

Từ khóa: Phẫu thuật khớp gối, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

EVALUATES THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS UNDERGOING KNEE SURGERIES IN THONG NHAT HOSPITAL

Objective: Evaluates the change of quality of life in pre- and postoperative patients undergoing knee surgeries at Trauma and Orthopaedic Department in Thong Nhat hospital. **Subjects and methods:** A descriptive longitudinal study with interventions, follow – up, assessments 159 patients undergoing knee arthroplasties and arthroscopic anterior cruciate ligament reconstructions in 2017 at Trauma and Orthopaedic Department in Thong Nhat hospital. **Results:** The average score of quality of life improved significantly each time point from the preoperative period 45,97 points, until 1 month after discharge 62,72 points. **Conclusions:** The average score of quality of life improved significantly from the preoperative period until 1 month after discharge.

Keywords: Knee surgeries, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, bệnh lý khớp gối ngày càng phổ biến, trong đó thường gặp nhất là tổn thương đứt dây chằng chéo trước (DCCT) do chấn thương gối. Ngoài ra, cùng với sự lão hóa của dân số toàn cầu thì bệnh lý thường gặp thứ hai là thoái hóa khớp gối. Chính vì thế, tại khoa

*Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thanh Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.4.2019

Ngày duyệt bài: 15.4.2019

Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Thống Nhất (BVTN), các PTKG thường được thực hiện là phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT và phẫu thuật thay khớp gối (PTTKG). Tuy nhiên, nghiên cứu về CLCS của người bệnh sau PTKG lại chưa được thực hiện ở Việt Nam. Thật vậy, nghiên cứu CLCS của người bệnh trước và sau PTKG là rất quan trọng để đưa ra những bằng chứng cụ thể với mục đích: (i) Đánh giá được hiệu quả sau phẫu thuật và chăm sóc người bệnh; (ii) Giúp cho người bệnh và bác sĩ lựa chọn những quyết định phù hợp cho điều trị; (iii) Xác định những biện pháp hỗ trợ cho điều trị, phục hồi chức năng và chăm sóc cho người bệnh PTKG. Từ những lý do trên chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu.

cứu đề tài: "Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật khớp gối tại Bệnh viện Thống Nhất".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 159 người bệnh có chỉ định thay khớp gối, phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước tại khoa Ngoại Chấn thương Chỉnh hình, bệnh viện Thống Nhất từ ngày 01 tháng 01 năm 2017 đến ngày 01 tháng 01 năm 2018.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu dọc có can thiệp, theo dõi và đánh giá tại 2 thời điểm nhập viện và tái khám sau 1 tháng xuất viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đánh giá sự thay đổi điểm chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật khớp gối

Bảng 3.1. Sự thay đổi điểm trung bình CLCS về lĩnh vực sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần của người bệnh sau phẫu thuật (n=159)

Vấn đề sức khỏe	Điểm TB khi nhập viện (NV)	Khám lại		
		Điểm TB	T	p
Sức khỏe thể chất: Thể lực	42,64	26,13	9,58	0,000
Hạn chế hoạt động do thể lực	25,16	59,28	-11,29	0,000
Hạn chế hoạt động do vấn đề tinh thần	43,40	73,79	-9,86	0,000
Sức sống	52,42	68,21	-11,79	0,000
Sức khỏe tinh thần				
Sự thoải mái về mặt tinh thần	56,33	71,95	-12,93	0,000
Tham gia hoạt động xã hội	56,29	72,96	-11,31	0,000
Cơn đau	50,49	72,91	-18,12	0,000
Tình trạng sức khỏe	41,17	56,47	-15,26	0,000
Điểm Trung bình CLCS	45,97	62,72	-16,41	0,000

Điểm trung bình CLCS về thể lực của 159 người bệnh tại thời điểm nhập viện là 42,64 điểm, cao hơn một chút so với nghiên cứu của Yuko (2011), với điểm trung bình về lĩnh vực thể lực là 33,1 điểm [5]. Mặt khác, ở thời điểm khám lại sau 01 tháng, điểm trung bình thể lực đã tăng lên 73,39 điểm (tăng 47,09 điểm). Mức độ tăng này là tương đối nhanh so với mức độ tăng thể lực được công bố trong nghiên cứu của Yuko (2011) là 26,6 điểm [5]. Tuy nhiên, kết quả phù hợp nghiên cứu của Moller (2009), Mansson (2010), điểm trung bình thể lực sau phẫu thuật tái tạo DCCT lần lượt là 92,9 điểm và 87,1 điểm [3,4].

Bên cạnh đó, kết quả điểm trung bình về vấn đề sức khỏe tinh thần là khá cao ở thời điểm nhập viện là 56,33 điểm, khi khám lại là 71,95 điểm (tăng 15,62 điểm). Sự cải thiện CLCS về tinh thần trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương ở thời điểm khám lại so với nghiên cứu của Moller (2009) là 78,6 điểm, Mansson (2011) 84,2 điểm [3,4].

Thời điểm trước phẫu thuật, điểm chức năng tham gia hoạt động xã hội đạt 56,29 điểm và tăng khi khám lại là 72,96 điểm (tăng 16,73 điểm). Mức tăng thấp hơn nghiên cứu của Yu Ko (2011) là 27,3 điểm [5]. Sự khác nhau này có thể là do hoàn cảnh văn hóa xã hội khác nhau hoặc bản thân mối quan hệ xã hội của nhóm đối tượng nghiên cứu khác nhau.

Mặt khác, ở thời điểm nhập viện điểm trung bình sức khỏe đạt 41,17 điểm, thấp hơn nhiều so với kết quả của Yu Ko (2011) là 72,6 điểm [5]. Kết quả này có thể lý giải là do thời gian mắc bệnh đến khi được phẫu thuật của các người bệnh trong nghiên cứu này có thể là tương đối dài do người bệnh thường trì hoãn đến bệnh viện và chỉ khi nào khá nặng mới tìm kiếm đến phẫu thuật. Tình trạng bệnh kéo dài làm cho tình trạng sức khỏe ngày càng trầm trọng. Ngoài ra cũng có thể một phần là do sự khác nhau về thể lực của người Việt Nam với người Âu – Mỹ.

Bảng 3.2. Sự thay đổi điểm trung bình CLCS về triệu chứng đau theo phương pháp phẫu thuật của người bệnh sau phẫu thuật (n=159)

Nhóm	Số NB	Điểm TB nhập viện	Khám lại		
			Điểm TB	t	P
Phương pháp phẫu thuật					
Phẫu thuật thay khớp gối	38	23,34	52,79	-15,49	0,000
Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước	121	59,35	79,49	-13,84	0,000
PTKG	159	50,49	72,91	-18,12	0,000

Điểm trung bình triệu chứng đau đều được cải thiện ở lần phỏng vấn khám lại. Trong đó, nhóm bệnh thoái hóa khớp gối tăng 29,45 điểm nhiều hơn so với nhóm đứt DCCT 20,14 điểm. Sự thay đổi điểm trung bình của 2 nhóm thoái hóa khớp gối và đứt DCCT đều có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Ở thời điểm khám lại, nhóm người bệnh PTKG là 52,79 điểm và phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT là 79,49 điểm đều có điểm trung bình CLCS tăng so với lúc nhập viện và đều có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Thật vậy, đối với người bệnh PTKG, vấn đề luôn được người bệnh và các bác sĩ quan tâm là khả năng vận động và đau. Trong nghiên cứu này, điểm trung bình đau ở thời điểm nhập viện là 50,49 điểm cao hơn kết quả của Yu Ko (2011) là 38 điểm [5] và của Fernandez-Cuadros (2016) là 39,92 điểm [1]. Sự khác nhau này là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn có nhóm phẫu thuật dây chằng chéo trước. Tuy nhiên, người bệnh còn đau rất ít khi khám lại và điểm đau lúc này đạt 72,91 điểm (tăng 22,42 điểm). Kết quả này tương đương với Fernandez-Cuadros (2016) là 24,51 điểm, và Yu Ko (2011) là 31,1 điểm [1],[5].

V. KẾT LUẬN

CLCS của người bệnh sau PTKG có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) khi so sánh điểm CLCS của các người bệnh được PTKG tại thời điểm nhập viện và khi khám lại sau ra viện 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cuadros, Marcos Edgar Fernandez (2016) "Age and Comorbidities Affect Quality of Life in Patients With Osteoarthritis and Knee Replacement". Middle East J Rehabil Health, 3 (4)
2. Fibay, Ilana N. Ackerman, Trevor G. Russell, Erin M. Macri and Kay M. (2014) "Health-Related Quality of Life After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction". The American Journal of Sports Medicine, 42 (5), pg 1247-1255.
3. Mansson, O. , J. Kartus, Sernert, N. (2011) "Health-related quality of life after anterior cruciate ligament reconstruction". Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 19 (3), pg 479-87.
4. Moller E, Weidenhielm L, Werner S. Outcome and knee-related quality of life after anterior cruciate ligament reconstruction: a long-term follow-up. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2009;17(7):786-794.
5. Yoko (2011). "Health Related quality of life after total knee replacement or unicompartmental knee arthroplasty in Urban Asian population", pg 5.

CÁC YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG KẾT CỤC CỦA BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT DƯỚI NHỆN

Đào Thị Thanh Nhã*, Nguyễn Huy Thắng*, Trần Công Thắng**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị nội khoa và điều trị can thiệp đối với xuất huyết khoang dưới nhện, tuy nhiên tỷ lệ tử vong và tàn phế do xuất huyết dưới nhện gây ra vẫn tương đối cao. Việc xác định các yếu tố tiên lượng giúp cho các

nhà lâm sàng có thái độ điều trị tích cực hơn nữa cho nhóm các bệnh nhân này với hy vọng cải thiện kết cục cho bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Khảo sát tiền cứu, mô tả cắt ngang 74 bệnh nhân xuất huyết dưới nhện tại khoa Nội Thần Kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10 năm 2013 đến tháng 3 năm 2014. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có kết cục xấu là 39,2%. Trong đó, các yếu tố có liên quan đến kết cục xấu bao gồm: sốt lúc nhập viện, tăng huyết áp lúc nhập viện, tăng đường huyết lúc nhập viện, độ nặng lâm sàng theo WFNS lúc nhập viện, lượng máu trên CT Scan dựa vào thang điểm Fisher, biến chứng chảy máu tái phát và biến chứng co mạch. **Kết luận:** Kiểm soát tốt những yếu tố liên quan đến

*Bệnh viện Nhân Dân 115

**Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh Nhã

Email: daothithanhnhha@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2019

Ngày duyệt bài: 11.4.2019

kết cục xấu mà có thể điều chỉnh được để cải thiện kết cục điều trị của bệnh nhân xuất huyết dưới nhện.

Từ khóa: xuất huyết khoang dưới nhện, yếu tố tiên lượng

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS FOR OUTCOME IN SUBARACHNOID HEMORRHAGE PATIENTS

Background: Identify prognostic factors correlating to poor outcome in subarachnoid hemorrhage patients to have suitable therapy. **Methods:** Prospective, cross-sectional descriptive study on 74 subarachnoid hemorrhage patients admitted to Department of Neurology, Cho Ray Hospital from October 2013 to March 2014. **Results:** The poor outcome rate is 39.2%. In the analysis, variables present during hospitalization associated with poor outcome included: fever after subarachnoid hemorrhage, elevated blood pressure on admission, hyperglycemia on admission, poor WFNS grade, Fisher grade on computed tomography and rebleeding, vasospasm complication after subarachnoid hemorrhage. **Conclusions:** Most of factors correlate to poor outcome after subarachnoid hemorrhage are present on admission and modifiable, so control these factors can improve outcome of subarachnoid hemorrhage patients.

Keyword: subarachnoid hemorrhage, prognostic factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết dưới nhện là tình trạng chảy máu vào khoang dưới nhện. 85% các trường hợp xuất huyết dưới nhện là do vỡ túi phình mạch não. Hiện nay, tỷ lệ tử vong và di chứng của xuất huyết dưới nhện vẫn còn khá cao. Tỷ lệ tử vong trong tuần đầu là 10%, lên đến 40% trong tháng đầu sau xuất huyết dưới nhện. Do đó qua nghiên cứu này chúng tôi muốn có cái nhìn rõ nét hơn về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như phương pháp điều trị của các bệnh nhân xuất huyết dưới nhện tại Bệnh viện Chợ Rẫy, đặc biệt quan tâm đến các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của bệnh nhân giúp làm giảm kết cục xấu cho bệnh nhân xuất huyết dưới nhện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu:

Bảy mươi bốn bệnh nhân được chẩn đoán xác định xuất huyết dưới nhện bằng lâm sàng và CT scan não, khởi phát bệnh trong 72 giờ, điều trị tại khoa nội Thần Kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10 năm 2013 đến tháng 3 năm 2014 được đưa vào nghiên cứu. Các bệnh nhân xuất huyết dưới nhện sau chấn thương sọ não, xuất huyết não màng não và bệnh nhân xuất huyết dưới nhện không được làm đầy đủ xét nghiệm đều bị loại khỏi nghiên cứu. Các bệnh nhân khi nhập viện sẽ được khai thác bệnh sử, khám lâm sàng

và làm CT Scan sọ não không cản quang để xác định chẩn đoán. Tiến hành ghi nhận các dấu hiệu lúc nhập viện: thân nhiệt, huyết áp, đường huyết, thang điểm hôn mê Glasgow, đánh giá độ nặng lâm sàng theo thang điểm của hội phẫu thuật thần kinh thế giới, phân độ lâm sàng Hunt Hess và phân độ Fisher dựa vào CT Scan sọ não. Theo dõi quá trình điều trị, tiếp tục ghi nhận diễn tiến lâm sàng tiến triển cùng với cận lâm sàng trong quá trình điều trị để xác định các biến chứng chảy máu tái phát và co mạch trong quá trình điều trị. Ghi nhận phương pháp điều trị đối với bệnh nhân xuất huyết dưới nhện được xác định do túi phình mạch não.

Tất cả các bệnh nhân được đánh giá bằng thang điểm GOS khi xuất viện và được phân nhóm thành hai nhóm bao gồm: kết cục xấu (GOS 1, 2, 3) và kết cục tốt (GOS 4,5).

Phương pháp thống kê: Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn, các biến định tính được mô tả bằng tần số, tỷ lệ. Khảo sát mối liên quan giữa các biến số định tính bằng phép kiểm Chi bình phương. Test chính xác Fisher được sử dụng khi có bất kỳ ô nào trong bảng 2x2 có tần số nhỏ hơn 5.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 74 bệnh nhân. Trong đó tỷ lệ nam nữ là ngang nhau (50%). Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 55 tuổi. Nhóm tuổi từ 50 đến 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Yếu tố nguy cơ của bệnh nhân xuất huyết dưới nhện bao gồm tăng huyết áp (58,1%), hút thuốc lá (24,8%), uống rượu (20,3%), đái tháo đường (5,4%).

Bệnh cảnh xuất huyết dưới nhện khởi phát đột ngột lên đến 97,3% với các biểu hiện lâm sàng như sau:

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Dấu hiệu lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn ý thức	36	48,6
Đau đầu	73	98,6
Buồn nôn, nôn ói	58	78,4
Co giật	4	5,4
Dấu thần kinh khu trú	5	6,8
Cổ gượng	73	98,6
Kernig	50	67,6
Brudzink	11	14,9

Độ nặng của bệnh nhân được đánh giá dựa vào thang điểm của Hiệp hội Phẫu thuật Thần Kinh Thế giới (WFNS) và phân độ theo Hunt Hess:

Bảng 3: Phân độ lâm sàng theo Hunt Hess

WFNS	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Độ 5
Tỷ lệ (%)	48,6	13,5	9,5	21,6	6,8
Nhóm WFNS	Nhẹ			Nặng	
Tỷ lệ (%)	71,6			28,4	

Bảng 2: Phân độ lâm sàng theo WFNS

Hunt Hess	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Độ 5
Tỷ lệ (%)	2,7	60,8	16,2	17,6	2,7
Nhóm Hunt Hess	Nhẹ			Nặng	
Tỷ lệ (%)	63,5			36,5	

Hình ảnh CT Scan của bệnh nhân trong nghiên cứu được phân độ theo Fisher, trong đó Fisher độ 3 là 45,9%, độ 2 là 37,8%, độ 4 là 16,2%.

Trong mẫu nghiên cứu có 14 bệnh nhân (18,9%) chưa được chụp DSA do tình trạng lâm sàng nặng. 75% bệnh nhân được khảo sát mạch máu bằng DSA cho thấy túi phình ở lần chụp đầu tiên, một trường hợp phát hiện dị dạng mạch máu não (1,7%) còn lại 23,3% bệnh nhân xuất huyết dưới nhện có hình ảnh DSA bình thường.

Vị trí túi phình ở tuần hoàn trước chiếm đa số (68,9%), tỷ lệ túi phình tuần hoàn sau là 31,1%. Trong đó 95,6% túi phình có dạng hình túi. Và tất cả các túi phình có kích thước nhỏ (<10mm) và hầu hết là cổ nhỏ (88,4%).

Để giải quyết những trường hợp xuất huyết dưới nhện do nguyên nhân vỡ túi phình động mạch trong sơ chẩn đoán xác định dựa vào DSA thì phương pháp phẫu thuật kẹp túi phình chiếm 82,2%; can thiệp nội mạch thả Coil là 13,3%; còn lại 4,4% bệnh nhân chỉ được điều trị nội do tình trạng lâm sàng nặng lên do biến chứng trong quá trình chờ phẫu thuật.

Hai biến chứng thần kinh quan trọng nhất sau xuất huyết dưới nhện là chảy máu tái phát (10,8%) và biến chứng co mạch (13,5%).

Tỷ lệ bệnh nhân có kết cục xấu trong nghiên cứu là 39,2%. Các yếu tố có liên quan đến kết cục xấu của bệnh nhân khi xuất viện là tăng huyết áp lúc nhập viện ($P < 0,001$), tăng đường huyết lúc nhập viện ($P < 0,001$), sốt lúc nhập viện ($P < 0,001$), WFNS 4 và 5 điểm ($P < 0,001$), GCS ≤ 8 ($P = 0,001$), độ nặng trên CT Scan dựa vào thang điểm Fisher ($P < 0,001$), biến chứng chảy máu tái phát ($P < 0,001$) và biến chứng co mạch ($P = 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ là bằng nhau, có sự khác biệt so với các tài liệu y văn và các nghiên cứu khác là nữ luôn chiếm tỷ lệ cao hơn nam^(7,8,4). Điều này dễ dàng giải thích do hàng năm tỷ lệ mới mắc ở nữ giới là 11,5/100.000 cao hơn so với

nam giới là 9,2/100.000. Tuổi trung bình của các bệnh nhân xuất huyết dưới nhện là 55 tuổi với độ tuổi từ 50-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Bởi vì xuất huyết dưới nhện 85% là do vỡ túi phình mạch não mà cơ chế của việc hình thành túi phình là do khiếm khuyết thành mạch dưới tác động của nhiều yếu tố nguy cơ mà chủ yếu gặp ở các bệnh nhân ở độ tuổi trung niên⁽⁴⁾. Sau khi được tổng hợp từ nhiều nghiên cứu trong nhiều năm, tác giả Valery Feigin và cộng sự đã thống kê các yếu tố nguy cơ quan trọng của xuất huyết dưới nhện gồm: hút thuốc lá, tăng huyết áp và uống rượu. Tần suất các yếu tố nguy cơ ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp (58,1%), hút thuốc lá (24,2%) và uống rượu (20,3%).

Bệnh cảnh lâm sàng của xuất huyết dưới nhện đặc trưng bằng triệu chứng đau đầu đột ngột dữ dội lúc khởi phát do tăng áp lực nội sọ nhanh chóng sau xuất huyết (98,6%). Các triệu chứng khác do tăng áp lực nội sọ và kích thích màng não bao gồm buồn nôn, nôn (78,4%), rối loạn ý thức (48,6%), co giật trong giai đoạn cấp chiếm 5,4%, và tùy theo vị trí túi phình vỡ một số bệnh nhân có kèm theo dấu thần kinh khu trú như liệt dây III, yếu nửa người hoặc liệt hai chi dưới (6,8%). Các triệu chứng tương tự cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu đã được thực hiện trước đây⁽³⁾. Theo y văn, dấu kích thích màng não xảy ra ở 80% các trường hợp xuất huyết dưới nhện. Như trong nghiên cứu của chúng tôi, 93,2% bệnh nhân có dấu hiệu cổ gượng, dấu Kernig là 66,2% và dấu Brudzinkin là 14,9%. Tương tự như nghiên cứu của tác giả Hà Quang Bình: cổ gượng 98,2%, Kernig 55,5%, Brudzinkin 5,4%⁽³⁾.

Tình trạng bệnh nhân lúc vào viện được đánh giá dựa vào thang điểm của Hiệp hội Ngoại Thần kinh Thế giới (WFNS) và thang điểm Hunt Hess. Bệnh nhân vào trong tình trạng nặng với Hunt Hess độ 3, độ 4, độ 5 là 36,5% và WFNS độ 4, độ 5 là 28,4%. Kết quả đánh giá có sự khác biệt là do thang điểm WFNS đánh giá dựa vào điểm

GCS lúc nhập viện còn thang điểm Hunt Hess đánh giá dựa vào mức độ đau đầu và rối loạn ý thức và điều này là hoàn toàn chủ quan. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt nhỏ với nghiên cứu của các tác giả khác^(3,8,2). Tất cả các bệnh nhân đều được chẩn đoán dựa vào CT Scan não. Kết quả CT Scan não được đánh giá dựa vào thang điểm Fisher với Fisher độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (45,9%). Trong 81% bệnh nhân được khảo sát mạch máu não (29% bệnh nhân không được khảo sát mạch máu não do tình trạng lâm sàng nặng hoặc tái vỡ trước khi chụp mạch máu não) thì 75% trường hợp phát hiện nguyên nhân xuất huyết dưới nhện là do vỡ túi phình động mạch, với túi phình ở tuần hoàn trước chiếm đa số (68,9%). Tương tự như trong y văn và các nghiên cứu khác. Trong 45 xuất huyết dưới nhện do vỡ túi phình có 82,2% được phẫu thuật kẹp túi phình, 13,3% được thả Coil bít túi phình, 4,5% chỉ được điều trị nội do biến chứng tái vỡ trong thời gian chờ phẫu thuật. Và 31,5% bệnh nhân được phẫu thuật sớm trong vòng 72 giờ.

Tỷ lệ kết cục xấu khi xuất viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 39,2%. Qua khảo sát sự liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng của xuất huyết dưới nhện cho thấy tăng huyết áp lúc nhập viện có liên quan với kết cục xấu của bệnh nhân ($P<0,001$); vì huyết áp cao làm tăng nguy cơ chảy máu tái phát là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện. Ngoài ra, huyết áp lúc nhập viện tăng còn là biểu hiện của tình trạng lâm sàng nặng làm hoạt hóa hệ giao cảm gây tăng huyết áp^(1,4). Sốt sau xuất huyết dưới nhện là do hoạt hóa hệ thống viêm của cơ thể, sốt có liên quan đến kết cục xấu của bệnh nhân xuất huyết dưới nhện ($P<0,001$); vì sốt làm nặng nề thêm tình trạng thiếu máu não, phù não và tăng áp lực nội sọ⁽¹⁾. Tăng đường huyết cũng có liên quan đến kết cục xấu của bệnh nhân ($P<0,001$) do tăng đường huyết làm tăng các biến chứng trong thời gian nằm viện như rối loạn hô hấp, nhiễm trùng, khó lành vết thương và làm tăng nguy cơ thiếu máu não lan tỏa làm ảnh hưởng đến hồi phục của bệnh nhân xuất huyết dưới nhện^(8,6). Sự hiện diện của máu trong khoang dưới nhện trên hình ảnh CT Scan được đánh giá dựa vào thang điểm Fisher có liên quan đến kết cục xấu của bệnh nhân xuất huyết dưới nhện ($P<0,001$). Nếu điểm Fisher càng cao tức là có nhiều máu trong khoang dưới nhện mà

những sản phẩm giáng hóa của máu có thể gây biến chứng co mạch, thiếu máu não muộn trong một số trường hợp kèm theo não úng thủy ảnh hưởng nghiêm trọng đến quá trình hồi phục của bệnh nhân⁽¹⁾. Tình trạng lâm sàng nặng lúc nhập viện được đánh giá dựa vào thang điểm WFNS có liên quan đến kết cục xấu của bệnh nhân ($P<0,001$). Điều này cũng được chứng minh qua các nghiên cứu đã được thực hiện trước đây^(8,1,6). Bệnh nhân có biến chứng chảy máu tái phát và co mạch trong quá trình điều trị cũng làm tăng tỷ lệ kết cục xấu ở các bệnh nhân xuất huyết dưới nhện và sự liên quan này có ý nghĩa thống kê với P lần lượt $< 0,001$ và $P=0,001$. Theo như các tài liệu y văn, biến chứng chảy máu tái phát làm gia tăng tỷ lệ tàn phế và tỷ lệ tử vong lên đến 75%^(2,4).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ kết cục xấu ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện trong nghiên cứu của chúng tôi là 39,2%. Trong đó, các yếu tố liên quan đến kết cục xấu bao gồm: tăng huyết áp lúc nhập viện, sốt lúc nhập viện, tăng đường huyết lúc nhập viện, điểm Fisher cao, WFNS độ 4, độ 5, và biến chứng chảy máu tái phát, biến chứng co mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Axel JR, Kim ES (2007)**. Prognostic factors for outcome in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 38, pp.2315-2321.
2. **Bonneville F, Sourour N, Biondi A (2006)**. Intracranial aneurysms: an overview, *Neuroimaging Clin. N. Am.* 16, pp.371-382.
3. **Hà Quang Bình (2010)**. Rối loạn Natri máu trên bệnh nhân xuất huyết dưới nhện, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Jacques ED, Ralph GD (2012)**. Guidelines for the Management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 40, pp.994-1025.
5. **Juvela S, Siironen J, Kuhmonen J (2015)**. Hyperglycemia, excess weight, history of hypertension as risk factors for poor outcome and cerebral infarction after aneurysmal subarachnoid hemorrhage, *J Neurosurg* 102, pp. 998-1003.
6. **Lagares A, Campollo J (2001)**. Prognostic Factors on Hospital Admission after Spontaneous Subarachnoid Haemorrhage. *Acta Neurochirurgica*, 143, pp.665-672.
7. **Nguyễn Minh Anh (2012)**. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị túi phình động mạch cảnh trong đoạn cạnh mẫu giường trước bằng vi phẫu thuật. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
8. **Nguyễn Thị Kim Liên (2003)**. Các yếu tố tiên lượng khi nhập viện sau xuất huyết khoang dưới nhện tự phát. Luận án Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

KẾT QUẢ TẠO HÌNH THOÁT VỊ BỆNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP LICHTENSTEIN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC HUYỆN HÓC MÔN

Phạm Hiếu Liêm¹, Việt Quốc Hải²

TÓM TẮT¹⁵

Mục tiêu nghiên cứu: Tạo hình thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein đã được thực hiện từ năm 2010 tại Bệnh viện đa khoa khu vực huyện Hóc Môn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả tạo hình thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein tại địa phương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả 148 trường hợp thoát vị bẹn được chẩn đoán xác định và được phẫu thuật bằng phương pháp Lichtenstein điều trị tại bệnh viện đa khoa khu vực huyện Hóc Môn từ 01/2011 đến 12/2017. **Kết quả:** Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị tai biến trong mổ, có 20 (13,04%) bệnh nhân có biến chứng: nhiễm khuẩn vết mổ: 2,70%, bí tiểu: 2,7%, tụ máu-tụ dịch vết mổ: 1,92%, tụ dịch bìu: 2,7%. Có 03 trường hợp tái phát. **Kết luận:** Phương pháp Lichtenstein tạo hình thoát vị bẹn đơn giản, thời gian huấn luyện ngắn, an toàn và hiệu quả trong điều kiện nguồn nhân lực cơ sở vật chất và trang thiết bị hiện tại của Bệnh viện Đa khoa Khu Vực Huyện Hóc Môn.

Từ khóa: Thoát vị bẹn; Phương pháp Lichtenstein.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF INGUINAL HERNIA TREATMENT USING LICHENSTEIN'S METHOD AT HOC MON DISTRICT GENERAL HOSPITAL

Lichtenstein's method has been used to operate inguinal hernia since 2010 at Hoc Mon District General Hospital. In this study, we evaluated the results of inguinal hernia treatment using this method. **Subjects and research methods:** retrospective describes 148 cases of inguinal hernias that were diagnosed correctly and operated using Lichtenstein's method of treatment at Hoc Mon district general hospital from Jan 2011 to Dec 2017. **Results:** There was no case of complications during operation, 20 (13.04%) patients had post-op complication: surgical infections: 2.70%, urinary retention: 2.7%, hematoma or fluid accumulation: 1.92%, scrotal fluid accumulation: 2.7%. There were 3 recurrences. **Conclusion:** Lichtenstein's method was simple, safe, effective with short training time, in the condition of lacking human resources and equipment at Hoc Mon District Hospital.

Keywords: Inguinal hernia; Lichtenstein's method.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý ngoại khoa phổ biến, gặp ở mọi lứa tuổi và cả hai phái, nam bị thoát vị vùng bẹn cao gấp 25 lần so với nữ giới. Tần suất bệnh tăng dần theo tuổi. Từ 25- 40 tuổi, tần suất thoát vị bẹn là 5- 8%; tuổi trên 75, tần suất thoát vị bẹn là 45%.

Bệnh được điều trị bằng phẫu thuật với nhiều phương pháp khác nhau. Đối với những phương pháp phẫu thuật kinh điển như: Bassini, McVay-Lotheissen, Shoudice đều có nhược điểm chung chính do vấn đề sử dụng cân cơ tự thân để khâu che lại chỗ yếu của thành bẹn không những làm cho đường khâu bị căng, bệnh nhân bị đau sau mổ, phục hồi sinh hoạt cá nhân bị muộn, mà còn làm cho lớp khâu tạo hình bị kém tưới máu nuôi, sẹo lành không tốt, kết quả cuối cùng là dễ dẫn đến tái phát. Kỹ thuật mổ mở có đặt mảnh ghép của tác giả Lichtenstein giúp che chắn chỗ yếu và tăng cường sự vững chắc thành sau ống bẹn. Phương pháp này có ưu điểm ưu điểm: không gây căng, ít đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh, ít tai biến, biến chứng và tái phát thấp.

Tại Việt Nam, năm 2002, phương pháp Lichtenstein đã được Vương Thừa Đức ứng dụng trong điều trị thoát vị bẹn và đã báo cáo chính thức lần đầu tiên vào năm 2004 với 112 trường hợp với tỷ lệ tái phát 0,97% sau thời gian theo dõi từ 1- 2 năm. Từ đó, phương pháp này được phổ biến trong cả nước. Tại Bệnh viện đa khoa khu vực huyện Hóc Môn, tạo hình thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein được thực hiện từ năm 2010. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả tạo hình thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein tại địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả 148 trường hợp thoát vị bẹn được chẩn đoán xác định và được phẫu thuật bằng phương pháp Lichtenstein điều trị tại bệnh viện đa khoa khu vực huyện Hóc Môn từ 01/2011 đến 12/2017.

2.2 Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tiêu chuẩn nhận bệnh: Bệnh nhân nam hoặc nữ, tuổi từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định bị thoát vị bẹn và được phẫu thuật bằng phương pháp Lichtenstein. Bệnh nhân được theo dõi tối thiểu 12 tháng sau phẫu thuật.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện đa khoa khu vực huyện Hóc Môn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2019

Ngày duyệt bài: 12.4.2019

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân hồ sơ bệnh án không đầy đủ theo mẫu nghiên cứu. Các trường hợp mổ thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein tại BVĐKKV Huyện Hóc Môn mà không liên lạc được.

2.3 Phương pháp thu thập số liệu: Chọn những hồ sơ bệnh án những bệnh nhân thoát vị bẹn điều trị bằng phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Huyện Hóc Môn từ năm 2011 đến năm 2017 thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh tiến hành thu thập số liệu theo mẫu nghiên cứu và liên lạc với bệnh nhân tái khám để thu thập số liệu lâu dài.

2.4 Biến số nghiên cứu:

- Biến số đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu
- Biến số đánh giá phẫu thuật:
 - o Biến số đánh giá lúc phẫu thuật: thời gian mổ, biến chứng trong hoặc ngay sau mổ, mức độ đau, dị cảm.
 - o Biến số đánh giá kết quả lâu dài: đau mạn tính sau phẫu thuật và tái phát.

2.5 Xử lý số liệu: Kết quả được mã hóa và xử lý theo phương pháp thống kê y học dựa trên phần mềm nghiên cứu thống kê Stata 12 cho Windows. Trình bày kết quả số liệu dưới dạng bảng, biểu đồ. Các biến số định tính được thực hiện thông qua đo lường tần số (n) và tỉ lệ phần trăm (p). Các biến số định lượng được thực hiện thông qua: Đo lường độ tập trung: trung bình,

trung vị, đo lường độ phân tán: biên độ, độ lệch chuẩn, phương sai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung

- Bệnh nhân có tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 83 tuổi. Tuổi trung bình 46 ± 65 . Tuổi từ 20 tuổi đến 60 tuổi chiếm đa số 84,45%; tuổi trên 60 tuổi chiếm 27,02%.

- Nam giới chiếm đa số 96,03% và tỉ số Nữ / Nam: 1/20.

3.2 Đặc điểm phẫu thuật bằng phương pháp Lichtenstein

- *Thời gian phẫu thuật:* Thời gian mổ thoát vị bẹn một bên từ 46- 74 phút chiếm ưu thế với 110 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 74,32%. Thời gian mổ ngắn nhất 30 phút, dài nhất 100 phút, trung bình $58,0 \pm 5,15$ phút. Thời gian mổ thoát vị bẹn hai bên từ 76- 125 phút có 7 (87,5%) bệnh nhân; thời gian mổ ngắn nhất 75 phút, dài nhất 140 phút, trung bình $112 \pm 2,10$ phút.

- *Biến chứng trong lúc phẫu thuật:* Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị tai biến trong mổ như tổn thương thần kinh chậu hạ vị, tổn thương thần kinh chậu bẹn, ống dẫn tinh, tinh hoàn, mào tinh, động tĩnh mạch tinh hoàn, động tĩnh mạch đùi, động tĩnh mạch thượng vị dưới và cũng không ghi nhận tổn thương tạng thoát vị.

- *Biến chứng sau phẫu thuật:*

Bảng 2: Biến chứng theo đặc điểm thoát vị

Loại thoát vị Biến chứng	Nguyên phát	Tái phát	Tính chung
	Tần suất(Tỉ lệ %)	Tần suất(Tỉ lệ %)	Tần suất(Tỉ lệ %)
Tụ máu, tụ dịch vết mổ	2	1	3 (1,92)
Tụ dịch bìu	2	2	4 (2,70)
Sưng đau tinh hoàn	0	1	1 (0,6)
Nhiễm khuẩn vết mổ	3	1	4 (2,70)
Bí tiểu	5	3	8 (5,12)

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 20 (13,04%) bệnh nhân có biến chứng Nhiễm khuẩn vết mổ: 2,70%, bí tiểu: 2,7%, tụ máu- tụ dịch vết mổ: 1,92%, tụ dịch bìu: 2,7%. Cả 20 trường hợp này đều thuộc độ I trong phân độ Dindo-Clavien.

- *Đánh giá kết quả sau 01 tháng:*

Bảng 3: Đánh giá kết quả sớm sau 01 tháng

Biến chứng sau mổ		Tần suất (tỉ lệ %)
Mức độ đau sau mổ	Mức độ nhẹ	9 (6,08)
	Mức độ vừa	3 (2,02)
	Mức độ nhiều	0 (0,00)
Dị cảm vùng bẹn		6 (4,05)
Thoát vị tái phát		0
Nhiễm trùng vết mổ		0

- *Đánh giá kết quả lâu dài:* Đau mạn tính sau phẫu thuật: Vào thời điểm khảo sát còn 11 bệnh nhân bị đau vùng bẹn sau mổ một năm (7,43%); mức độ nhẹ và vừa. Sau mổ 2 năm còn 5 (3,62%) bệnh nhân đau mức độ nhẹ. Sau mổ 3 năm chỉ còn 1 bệnh nhân (0,07%) đau nhẹ. Từ năm thứ 4 sau mổ không phát hiện còn bệnh nhân bị đau. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu không còn bệnh nhân đau sau mổ.

- *Tỉ lệ tái phát:* Chúng tôi ghi nhận có 3 bệnh nhân bị tái phát, tỉ lệ tái phát tính chung là 3 (2,02%). Cả 3 trường hợp này đều tái phát dưới 2 năm sau mổ: lúc 8 tháng, 14 tháng và 23 tháng. Ngoài ra, từ sau đó chúng tôi không ghi nhận được thêm trường hợp tái phát nào khác. Trong cả ba trường hợp này, các bệnh nhân từ

66- 82 tuổi, có thương tổn thành sau ống bẹn yếu, mạc ngang giãn nhiều, tổ chức mô rất lỏng lẻo, có phân loại theo Nyhus sau mổ lại IV B; IV A; IV A.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thời gian phẫu thuật: Theo Eklund, kỹ thuật Lichtenstein, thời gian mổ trung bình 63,5 phút thời gian mổ ngắn nhất 25 phút, thời gian mổ dài nhất 135 phút.

H. Granados, 2054 trường hợp, thời gian mổ trung bình 31 phút đối với thoát vị một bên và 46 phút đối với thoát vị hai bên.

Vương Thừa Đức, đánh giá kỹ thuật Lichtenstein: thời gian mổ trung bình 36 phút, thời gian mổ ngắn nhất 25 phút, dài nhất 50 phút [2]. Cao Thị Thu Hằng trong nghiên cứu dùng mảnh ghép trong phẫu thuật mở điều trị thoát vị bẹn, thời gian mổ trung bình 55,82 phút.

Các trường hợp mổ trong nghiên cứu của chúng tôi, do nhiều kíp bác sỹ thực hiện có tuổi nghề chưa đồng đều nhau trong mổ thoát vị bẹn nên thời gian mổ sẽ dài hơn so với các tác giả khác. Điều này cũng không có nghĩa là chúng tôi khuyến khích mổ nhanh bởi lẽ không mang lại nhiều lợi ích bằng sự cẩn trọng để tránh đi các tai biến và biến chứng.

4.2 Đau mạn tính sau mổ: Theo Erhan với 70 bệnh nhân phẫu thuật thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein, sau 2 tháng thì có 4 bệnh nhân (5,7%) còn đau ở mức độ nhẹ và vừa, sau 12 tháng chỉ còn lại 3 bệnh nhân (4,3%) đau ở mức độ nhẹ [5]. Theo Bùi Trường Tèo chỉ có 1,7% đau kéo dài 3 tháng ở mức độ vừa, sau 3 tháng không có bệnh nhân nào bị đau [2]. Theo tác giả Vương Thừa Đức, trong 210 trường hợp phẫu thuật còn 11 trường hợp đau (5,6%) vào thời điểm khảo sát (sau phẫu thuật 2- 8 năm) [1].

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận sau mổ 1 năm có 11 (7,43%) bệnh nhân vẫn còn đau nhẹ và đau vừa, không có bệnh nhân đau nhiều, sau 2 năm còn 5 (3,62%) bệnh nhân đau nhẹ và sau 3 năm còn 1 (0,07%) bệnh nhân đau nhẹ. Từ năm thứ 4 trở về sau không còn phát hiện bệnh nhân bị đau. Tỷ lệ đau mạn tính giảm dần theo thời gian. Tỷ lệ đau mạn tính sau mổ trong nghiên cứu này của chúng tôi cũng còn khá cao nếu so với tỷ lệ chung có thể vì những bệnh nhân của chúng tôi được khảo sát ở thời điểm gần sau mổ, cũng có thể do chỉ hỏi qua điện thoại nên không tìm thấy những trường hợp đau thoáng qua hoặc dị cảm nhẹ.

4.3 Tỷ lệ tái phát:

Bảng 4: So sánh tỉ lệ tái phát so với các tác giả khác

Tác giả	Số lượng	Thời gian theo dõi (năm/ tháng)	Tỉ lệ tái phát (%)
Lichtenstein [6]	1.000	1 - 5 năm	0,0
Amid	5.000	1 - 11 năm	0,1
Bay- Nielson [4]	13.335	1 năm	0,72
Vương Thừa Đức [1]	210	2- 8 năm	0,96
Lê Quốc Phong [3]	193	1-4 năm	1,6
Chúng tôi	148	12 - 84 tháng	2,02

Bay-Nielsen đã có những ghi nhận về nguyên nhân tái phát sau mổ thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein, cho thấy phần lớn các trường hợp tái phát (62%) là dạng trực tiếp và ở phía trong hay trên xương mu. Lỗi kỹ thuật này đã từng được Lichtenstein lưu ý từ năm 1993 và sau này Amid đã phải nêu lại như là một trong những nguyên tắc phẫu thuật nhằm làm giảm tái phát, yêu cầu phải phủ mảnh ghép dư ít nhất 2 cm bên trên củ mu. Cũng theo Bay-Nielsen các dạng tái phát còn lại gồm: 17% tái phát dạng gián tiếp, 13% đùi, và 8% không xác định rõ nguồn gốc.

Vương Thừa Đức, đánh giá kết quả lâu dài mổ thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein, có 2 (0,96%) trường hợp tái phát qua thời gian theo dõi từ 2-8 năm. Tác giả kết luận kỹ thuật Lichtenstein có tỉ lệ tái phát thấp [1].

Có 3 bệnh nhân bị tái phát chiếm tỉ lệ 2,02% trong nghiên cứu của chúng tôi. Những bệnh nhân tái phát sau mổ là những bệnh nhân tái phát lần đầu, có tuổi cao (66-77 tuổi) nên cân cơ mạc vùng bẹn bị lão hóa và lỏng lẻo và ở nhóm tuổi trên bệnh nhân hay thường có bệnh phổi hợp về hô hấp và tiết niệu nên sự gắng sức thường xuyên là yếu tố nguy cơ gây thoát vị tái phát. Khi mổ lại, vùng bẹn tổ chức mô bị xơ hóa xé rách ở phía trên trong củ mu tương tự như vị trí Bay Nielsen đã lưu ý; vì đây là điểm yếu của ổ bẹn nông (hai trường hợp thoát vị tái phát trực tiếp và một trường hợp thoát vị trực tiếp).

V. KẾT LUẬN

Phương pháp Lichtenstein tạo hình thoát vị bẹn đơn giản, thời gian huấn luyện ngắn, an toàn và hiệu quả trong điều kiện nguồn nhân lực

cơ sở vật chất và trang thiết bị hiện tại của Bệnh viện Đa khoa Khu Vực Huyện Hóc Môn. Kỹ thuật này có thể áp dụng rộng rãi để tạo hình thoát vị bẹn cho người lớn tại bệnh viện tuyến cơ sở quận, huyện trong điều kiện còn thiếu nguồn nhân lực và các phương tiện trang thiết bị, dụng cụ đặc thù của phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vương Thừa Đức (2011).** "Đau mạn tính vùng bẹn đùi sau mổ thoát vị bẹn. Tạp chí Y học, Đại học Y Dược TP. HCM, tập 15(1), tr. 115 – 123
2. **Bùi Trường Tào, Nguyễn Văn Qui (2012).** "Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn mổ mở đặt mảnh ghép theo phương pháp

Lichtenstein tại Cần Thơ". Luận văn Chuyên khoa II, Đại học Y Dược Huế.

3. **Lê Quốc Phong (2015).** Đánh giá kết quả ứng dụng đặt lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên. Luận án tiến sĩ Y học chuyên ngành Ngoại tiêu hóa, Đại học Y Dược Huế.
4. **Bay Nielsen M., Nordin P., Nilsson E. (2001),** "Operative findings in recurrent hernia after a Lichtenstein procedure", Am. J. Surg, Vol. 182, pp. 134- 136.
5. **Erhan Y., and al. (2008),** "Chronic pain after Lichtenstein and preperitoneal (posterior) hernia repair", Can J Surg, 5, pp. 383 - 387.
6. **Lichtenstein I.L (1989),** "The tension- free", The American journal of Surgery, 157, pp. 188- 193.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT SHORT-REALTIME-PCR ĐỂ XÁC ĐỊNH NHANH ĐỘT BIẾN IVS2+1G>A VÀ 1100delC GEN CHEK2 LIÊN QUAN UNG THƯ VÚ

Nguyễn Thị Trang*, Nguyễn Xuân Hậu*, Lê Thị Minh Phương*

TÓM TẮT

Checkpoint kinase 2 (CHEK2) là một serine / threonine kinase được kích hoạt khi tổn thương DNA và liên quan đến các con đường tín hiệu về việc sửa chữa DNA, kiểm soát chu kỳ tế bào hoặc apoptosis để đáp ứng với tổn thương ban đầu. Mất chức năng kinase có tương quan với các loại ung thư khác nhau, chủ yếu là ung thư vú. **Mục tiêu:** Hoàn thiện quy trình kỹ thuật Short-realtime-PCR để xác định đột biến gen IVS2+1G>A và 1100delC gen CHEK2 ở bệnh nhân ung thư vú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú và 30 nữ bình thường. Sử dụng kỹ thuật SHORT- REALTIME PCR để xác định kiểu gen CHEK2 từ DNA tách trong máu ngoại vi. **Kết quả:** Tỷ lệ xuất hiện đa hình IVS2 + 1G> A và 1100delC gen CHEK2 ở nhóm bệnh tương ứng là 10,0% và 26,7%, trong đó, kiểu gen dị hợp tử 1100del chiếm tỷ lệ 20,0% và kiểu gen đồng hợp tử đột biến chiếm tỷ lệ 6,67%. Trong khi đó ở nhóm chứng gặp 2 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử đột biến (chiếm tỷ lệ 6,67%). Kiểu gen DHT+ĐHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 5 lần so với kiểu gen đồng hợp tử bình thường. Kiểu gen IVS2+1G>A gen CHEK2 nhận thấy ở nhóm bệnh có 3 trường hợp kiểu gen dị hợp tử (chiếm 10,0%) và không có trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Trong khi đó ở nhóm chứng không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào mang alen đột biến. Kiểu gen DHT+ĐHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 8 lần so với kiểu gen bình thường. **Kết luận:** Hoàn thiện thành công quy trình kỹ thuật short-ARMS-realtime-PCR để xác định đột biến gen IVS2 + 1G> A và 1100delC gen CHEK2.

Từ khóa: Ung thư vú, SHORT-REALTIME-PCR, CHEK2 IVS2 + 1G>A, CHEK2 1100delC

SUMMARY

SHORT - REALTIME-PCR APPLICATION FOR DETERMINING MUTATIONS IVS2+1G>A VÀ 1100DEL C OF GENE CHEK2 IN BREAST CANCER

Background: CHEK2 gene is known as a tumor suppressor gene in breast cancer (BC), which plays a role in DNA repair. The germ line mutations in CHEK2 have been associated with different types of cancer. The present study was aimed at studying the association between CHEK2 mutations and BC. **Material and method:** Peripheral blood was collected from patients into a test tube containing EDTA, and DNA was extracted from blood samples by DNA-express kit. Then, we analyzed mutations including 1100delc, IVS2+1>A within CHEK2 gene in 30 patients with BC and 30 normal healthy controls according to Short-realtime-PCR by CHEK-2 –SNP kit (Lytex, Russia). **Results:** The prevalence of mutations IVS2 + 1G> A and 1100delC in CHEK2 was 10.0% and 26.7%, respectively, of which, heterozygous 1100del was 20.0% and homozygous accounted for 6.67%. In the control group, two cases of mutant heterozygous (6.67%) occurred. The heterozygous and homozygous genotypes have a five times higher risk for breast cancer than the normal genotype. Genotypes IVS2 + 1G> A CHEK2 gene found in three cases of heterozygous (10.0%) and no mutation in the homozygous genotype. In the control group, no mutation was reported. The heterozygous and homozygous genotypes is 8 times more likely to cause breast cancer than a normal gene. **Conclusion:** Successful completion of the short-ARMS-realtime-PCR technique to identify IVS2 + 1G> A mutant and 1100delC gene for CHEK2.

Keywords: Breast cancer, SHORT-REALTIME-PCR, CHEK2 1100delC , CHEK2 IVS2+1G>A.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang

Email: trangnguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2019

Ngày duyệt bài: 9.4.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là một trong những ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới. Đây cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh nhân nữ ung thư. Ước tính đến năm 2026, số bệnh nhân ung thư vú sẽ hơn 4,5 triệu ở Mỹ, so với 3,5 triệu ghi nhận trong năm 2016 [1]. Tầm soát và điều trị ung thư cần phải kết hợp chẩn đoán dựa trên lâm sàng và đột biến gen [2]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối liên quan giữa các đột biến gen BRCA1 và BRCA2 với ung thư vú. Gần đây, một số tác giả chỉ ra các đột biến của CHEK2 có liên quan đến nhiều loại ung thư khác nhau bao gồm ung thư vú. Nó tham gia vào quá trình sửa chữa DNA, điều chỉnh chu kỳ tế bào và apoptosis đối phó với tổn thương DNA.

Gen CHEK2 được kích hoạt bởi sự phosphoryl hóa của Thr68 bởi ATM, gây ra sự Dimer hóa của gen và cho phép kích hoạt hoạt động của kinaza. CHEK2 sau đó phản ứng với phosphatase CDC25, protein serine / threonine kinase NEK6, yếu tố phiên mã FOXM1, protein p53 và BRCA1 hoặc BRCA2 [3]. CHEK2 rất cần thiết cho việc điều chỉnh chu kỳ tế bào, và biểu hiện bất thường của gen này có thể dẫn đến ung thư. Các đột biến khác nhau trên gen CHEK2 đã được tìm thấy [4]. Trong số đó, 1100delC và IVS+1A>G được nghiên cứu nhiều nhất và có tương quan với tính nhạy cảm với nguy cơ ung thư vú.

Mục đích nghiên cứu: Hoàn thiện quy trình kỹ thuật Short- realtime-PCR xác định đột biến gen

IVS2+1G>A và 1100delC gen CHEK2 ở bệnh nhân ung thư vú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm bệnh: Là bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú, đã có kết quả đột biến gen BRCA1 và BRCA2 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nhóm chứng: Là những người không mắc bất kỳ bệnh ung thư nào.

• Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 8 - 2017 đến 9 - 2018.

• Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm tư vấn di truyền, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu mô tả tính theo công thức của S.K.Luanga và Lemeshow:

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

Trong đó: $1-\alpha/2 = 0.95$; $\epsilon = 0.10$; $p = 95\%$ (độ chính xác của quy trình tham chiếu). n = số lần thực nghiệm cần thực hiện, tính được bằng 21, chúng tôi lấy số tròn là 30 cho nhóm bệnh và 30 cho nhóm chứng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang có đối chứng

2.2.1. Tách chiết DNA: DNA được tách chiết từ máu ngoại vi bằng kit tách DNA Express của hãng Lytech (Nga). Sử dụng kỹ thuật SHORT- ARMS - realtime - PCR để xác định các đột biến gen IVS2+1G>A và 1100delC gen CHEK2 với trình tự môi:

Bảng 2.1: Trình tự môi

Đa hình	Trình tự môi xuôi (Forward primer)	Trình tự môi ngược (Reverse primer)	Sản phẩm PCR (pb)
CHEK2 IVS2+1G>A	5'- GCAAGAAACACTTTCGGATTTTCCGG-3	RW 5'- CCACTGTGATCTTCTATGTCTGCA-3' RM 5'-AACCATATTCTGTAAGGACAGG-3'	175
CHEK2 1100delC	5'-GCA AAA TTA AAT GTC CTA ACT TGC-3'	RW 5'-GGC ATG GTG GTGTGC ATC-3' RM 5'-TGG AGT GCC CAA AAT CATA-3'	175

Kỹ thuật SHOT-realtime-PCR được thực hiện trên máy CFX96 (BioRad, Mỹ) với chu trình luân nhiệt: 94°C - 3 phút, 40 chu kỳ (94°C-15s, 64°C - 40s).

Sử dụng bộ kit DNA-express để tách chiết DNA và kỹ thuật ARMS - realtime - PCR nhân gen và phân tích đột biến giúp xác định nhanh và chính xác kiểu gen của bệnh nhân, có khả năng ứng dụng cao trong thực hành lâm sàng.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu và thông tin nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan đã được xác nhận và chấp thuận bởi cơ sở nghiên cứu. Những thông

tin về bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ phục vụ công tác nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

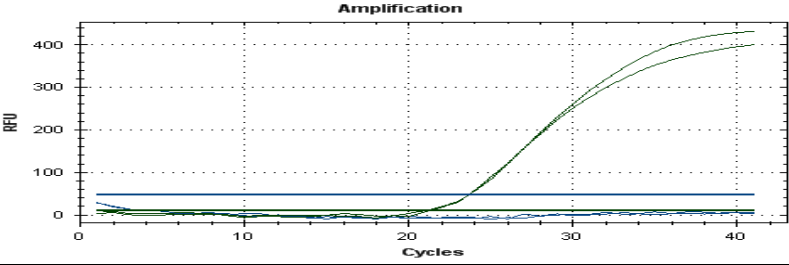
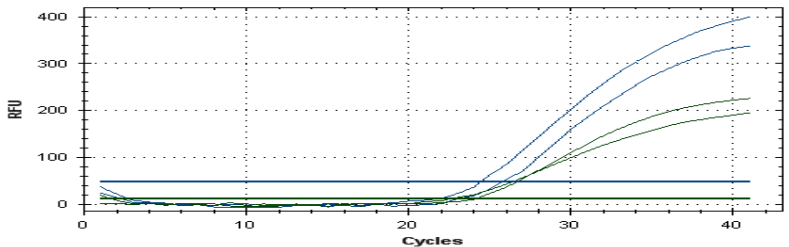
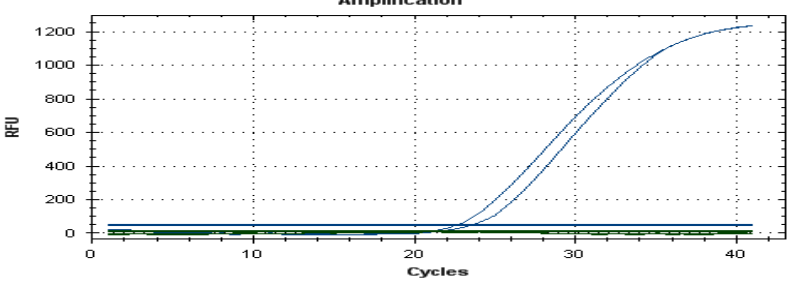
3.1. Kết quả tách chiết DNA: 60 mẫu nghiên cứu được tách DNA bằng phương pháp DNA-express (Lytech, Nga), tuy nhiên chúng tôi chỉ sử dụng 200µl máu ngoại vi và 200µl dung dịch tách DNA, thay vì 550µl máu ngoại vi và 550µl dung dịch tách DNA như trong protocol. Tiến hành kiểm tra độ tinh sạch đạt chuẩn thu được kết quả sau:

Bảng 3.1. Kết quả đo nồng độ tinh sạch DNA theo phương pháp DNA-express

Nồng độ DNA	Nồng độ DNA; Ng/μl	Độ tinh sạch
Thấp nhất	137,2	1,81
Cao nhất	604,3	1,97
Trung bình	289,7±15,43	1,86±0,260

Nhận xét: Lượng DNA thu được từ các mẫu tương đối cao và ổn định với nồng độ cao nhất đạt 604,3 ng/μl, thấp nhất đạt 137,2 ng/μl; độ tinh sạch cao nhất là 1,97 thấp nhất là 1,81.

3.2 Kết quả Short-Realtime – PCR và kết quả điện di**Bảng 3.2: Kết quả Realtime – PCR và kết quả điện di**

Kiểu gen	Kit short-Realtime-PCR	
Bình thường		
Dị hợp tử đột biến		
Đồng hợp tử đột biến	 Ghi chú: - Hex (xanh lá cây): Alen bình thường - Fam (xanh nước biển): Alen đột biến	

Nhận xét: Hình ảnh sau khi chạy bằng kỹ thuật short-realtime-PCR cho kết quả rõ nét, đảm bảo yêu cầu, dù đã cải tiến ở bước tách chiết DNA.

3.3. Xác định đột biến gen CHEK2 bằng kỹ thuật SHORT - Realtime - PCR**Bảng 3.3. Kết quả xác định đột biến gen bằng kỹ thuật SHORT-realtime-PCR**

Đa hình	Kiểu gen	Nhóm chứng N (%)	Nhóm bệnh N (%)	X ² (p)	OR (CI, 95%)
IVS2+1G>A	BT	30 (100%)	27(90%)	3,16 (0,008)	0,13 (0.01 – 2.61)
	DHT+ĐHT	0 (0%)	3 (10%)		7,76 (0.38 – 157.15)
1100delC	BT	28(93,3%)	22 (73,3%)	4,32 (0,04)	0,20 (0.04 – 1.02)
	DHT+ĐHT	2 (6,7%)	8(26,7%)		5,09 (0.98 – 26.43)

Ghi chú: BT – kiểu gen bình thường, DHT – dị hợp tử; ĐHT – đồng hợp tử đột biến.

Nhận xét: Khảo sát kiểu gen IVS2+1G>A gen CHEK2 nhận thấy ở nhóm bệnh có 3 trường hợp kiểu gen dị hợp tử (chiếm 10,0%) và không có trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Trong khi đó ở nhóm chứng không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào mang alen đột biến. Kiểu gen DHT+ĐHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 8 lần so với kiểu gen bình thường.

Khảo sát kiểu gen 1100delC CHEK2 ghi nhận

ở nhóm bệnh có 6 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử (chiếm 20,0%) và 2 trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến (chiếm 6,67%). Trong khi đó ở nhóm chứng gặp 2 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử đột biến (6,67%). Không ghi nhận bất kỳ trường hợp đồng hợp tử đột biến nào ở nhóm chứng. Kiểu gen DHT+ĐHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 5 lần so với kiểu gen đồng hợp tử bình thường.

Bảng 3.4: Kết quả phân tích kiểu gen

Phân bố kiểu gen		Tỷ lệ phối hợp kiểu gen N (%)	Số alen đột biến	Tỷ lệ số alen đột biến N (%)
IVS2+1G>A	1100delC			
BT	BT	19 (63,3%)	0	19 (63,3%)
DHT	BT	1 (3,3%)	1	7 (23,4%)
BT	DHT	6 (20,0%)	2	4 (13,3%)
BT	ĐHT	2 (6,7%)		
ĐHT	BT	0		
DHT	DHT	2 (6,7%)	3	0
DHT	ĐHT	0		
ĐHT	DHT	0		
ĐHT	ĐHT	0	4	0
Tổng		30 (100%)	Tổng	30 (100%)

Nhận xét: Tổ hợp kiểu gen gặp nhiều nhất là kiểu gen đồng hợp tử bình thường IVS2+1G>A và dị hợp tử 1100delC chiếm tỷ lệ 20,0%. Gặp 2 trường hợp dị hợp tử kép (6,7%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tách chiết DNA bằng bộ kit DNA-EXPRESS cải tiến. Tách chiết DNA là công đoạn rất quan trọng trong hầu hết các kỹ thuật sinh học phân tử. Để các phản ứng tiếp theo được tối ưu và chính xác, mẫu DNA cần đảm bảo đủ nồng độ, độ tinh sạch, không bị đứt gãy trong quá trình tách chiết. Nghiên cứu sử dụng bộ kit DNA-EXPRESS để tách DNA, tuy nhiên thay vì sử dụng 550µl DNA-express và 550µl máu ngoại vi như trong protocol của hãng, chúng tôi đã dùng 200µl DNA-express và 200µl máu ngoại vi. Việc này nhằm giúp tiết kiệm được tối đa lượng hóa chất tách chiết cần thiết, góp phần giảm giá dịch vụ. Kết quả thu được vẫn đảm bảo nồng độ DNA với độ OD đạt tiêu chuẩn, cho phép tiến hành ARMS-PCR.

4.2. Kết quả xác định kiểu gen bằng phương pháp SHORT Realtime – PCR: Kỹ thuật SHORT- ARMS – REALTIME PCR là kỹ thuật mới được áp dụng gần đây trong việc phát hiện các đột biến của gen CHEK2 với các ưu điểm: cho kết quả nhanh chóng; quy trình kỹ thuật đơn giản.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối liên quan giữa các đột biến gen CHEK2 với các bệnh ung thư. Nam giới có nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt cao hơn khi biểu hiện quá mức CHEK2 [5].

Đột biến 1100delC CHEK2: Ở Nga và các nước Châu Âu tần số xuất hiện đột biến gen này

ở bệnh nhân ung thư vú dao động từ 1,4-2,9% [6]. Tuy nhiên, ở Bắc Mỹ nhận thấy tần số của alen CHEK2 *1100delC thấp hơn (0,3%). Mặc dù vậy, alen này lại có tương quan với nguy cơ ung thư vú. Ngược lại, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 6 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử (20,0%) và 2 trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến (6,67%). Ở nhóm chứng gặp 2 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử đột biến và không ghi nhận bất kỳ trường hợp đồng hợp tử đột biến nào.

Kết quả này hỗ trợ giả thuyết rằng những người mang alen đột biến CHEK2 * 1100delC có liên quan đến tăng nguy cơ ung thư vú. Tuy nhiên, để làm rõ vai trò của đột biến CHEK2* 1100delC trong ung thư vú, cần nghiên cứu chức năng của các yếu tố sinh hóa ảnh hưởng bởi biến thể này cũng như đánh giá chung về sự quá mức biểu hiện của các dòng tế bào mang đột biến. Ngoài ra, điều quan trọng là nhận ra những phát hiện từ nghiên cứu này trong một nghiên cứu quy mô lớn hơn để kiểm tra các tác động chung của sự phơi nhiễm bức xạ và tính nhạy cảm về di truyền đối với nguy cơ ung thư vú.

Khi khảo sát kiểu gen IVS2+1G>A gen CHEK2 nhận thấy ở nhóm bệnh có 3 trường hợp kiểu gen dị hợp tử (10,0%) và không có trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Trong khi đó ở nhóm chứng không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào mang alen đột biến. Kiểu gen

DHT+DHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 8 lần so với kiểu gen bình thường CC.

Một nghiên cứu trên 10860 trường hợp ung thư vú chỉ ra rằng các biến thể CHEK2 IVS2 + 1G> A có liên quan đến nguy cơ ung thư [7]. Cần lưu ý rằng sự xuất hiện của một đột biến IVS2 + 1G>A khi cho là hiếm gặp có thể liên quan đến việc thiếu các nghiên cứu đầy đủ được báo cáo từ các vùng địa lý khác nhau [8].

V. KẾT LUẬN

- Hoàn thiện thành công quy trình kỹ thuật short-ARMS-realtime-PCR để xác định đột biến gen IVS2 + 1G> A và 1100delC gen CHEK2.

- Tỷ lệ xuất hiện đa hình IVS2 + 1G> A và 1100delC gen CHEK2 ở nhóm bệnh tương ứng là 10,0% và 26,7%. Kiểu gen dị hợp tử 1100del chiếm tỷ lệ 20,0% và kiểu gen đồng hợp tử đột biến chiếm tỷ lệ 6,67%. Trong khi đó ở nhóm chứng gặp 2 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử đột biến (6,67%). Kiểu gen DHT+DHT có nguy cơ cao gây ung thư vú gấp 5 lần so với kiểu gen đồng hợp tử bình thường. Kiểu gen IVS2+1G>A gen CHEK2 nhận thấy ở nhóm bệnh có 3 trường hợp kiểu gen dị hợp tử (10,0%) và không có trường hợp mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Trong khi đó ở nhóm chứng không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào mang alen đột biến. Kiểu gen DHT+DHT có nguy cơ cao gây ung

thư vú gấp 8 lần so với kiểu gen bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. CA Cancer J Clin. 2016;66(4):271–289.
2. Carlson RW, Allred DC, Anderson BO, et al. Breast cancer. Clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2009; 7(2): 122–192.
3. Magni M, Ruscica V, Buscemi G, et al. Chk2 and REGgamma-dependent DBC1 regulation in DNA damage induced apoptosis. Nucleic Acids Res. 2014;42(21):13150–13160.
4. Dufault MR, Betz B, Wappenschmidt B, et al. Limited relevance of the CHEK2 gene in hereditary breast cancer. Int J Cancer. 2004;110(3):320–325.
5. Ta HQ, Ivey ML, Frierson HF, Jr, et al. Checkpoint kinase 2 negatively regulates androgen sensitivity and prostate cancer cell growth. Cancer Res. 2015;75(23):5093–5105.
6. Palmero EI, Alemar B, Schuler-Faccini L, et al. Screening for germline BRCA1, BRCA2, TP53 and CHEK2 mutations in families at-risk for hereditary breast cancer identified in a population-based study from Southern Brazil. Genet Mol Biol. 2016;39(2):210–222.
7. Consortium CBCC-C. CHEK2 1100delC and susceptibility to breast cancer: a collaborative analysis involving 10,860 breast cancer cases and 9,065 controls from 10 studies. AmJHumGenet. 2004;74:1175–1182.
8. Schmidt MK, Hogervorst F, van Hien R, et al. Age- and tumor subtype-specific breast cancer risk estimates for CHEK2*1100delC carriers. J Clin Oncol. 2016;34(23):2750–2760.

THỰC TRẠNG HÚT THUỐC LÁ THỤ ĐỘNG CỦA PHỤ NỮ MANG THAI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN TỈNH HUA PHẢN, LÀO, NĂM 2018

Ayphone Lorsomma*, Phạm Bích Diệp*, Lê Thị Tài*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hút thuốc lá thụ động (HTLTĐ) của phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện tỉnh Hua Phan, Lào, năm 2018. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 301 phụ nữ mang thai. **Kết quả:** 89% phụ nữ mang thai HTLTĐ trong đó 24,6% và 23,1% HTLTĐ hàng ngày và vài lần một tuần. Tỷ lệ phụ nữ mang thai HTLTĐ từ bạn bè khi gặp mặt là cao nhất (48,9%), tiếp đến là từ người lạ (38,4%). Tỷ lệ phụ nữ mang thai HTLTĐ cao nhất là tại nhà (65%), tiếp đến là trong khách sạn/nhà hàng (48%). Khoảng cách khi tiếp xúc với người hút thuốc ở trong nhà là 4,4 mét và ngoài nhà

là 8,5 mét. **Kết luận:** Phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện tỉnh Hua Phan, Lào có tỷ lệ HTLTĐ cao và thường xuyên. Cần tăng cường truyền thông nâng cao nhận thức cho phụ nữ mang thai và cộng đồng về tác hại của thuốc lá thụ động để giảm tỷ lệ HTLTĐ đối với phụ nữ mang thai nói riêng và cộng đồng nói chung.

Từ khóa: hút thuốc lá thụ động, phụ nữ mang thai

SUMMARY

PASSIVE SMOKING OF PREGNANT WOMEN VISITING TO OBSTETRICS DEPARTMENT AT HUA PHAN PROVINCIAL HOSPITAL IN LAOS, 2018

Objective: Describe the prevalence of passive smoking of pregnant women visiting for antenatal care at Hua Phan provincial hospital, Laos, 2018. **Methods:** Cross sectional study among 301 pregnant women. **Results:** 89% pregnant women was passive smoking in which 24,6% and 23,1% daily and sometimes per week passive smoking, respectively. The percentage of pregnant women who smoke

*Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ayphone Lorsomma

Email: ayphone57@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2019

Ngày duyệt bài: 12.4.2019

passively from friends when meeting is the highest (48.9%), followed by strangers (38.4%). The highest percentage of pregnant women who passive smoking is at home (65%), followed by hotels / restaurants (48%). The distance from pregnant women and smokers was 4.4 meters with indoor place and 8.5 meters with outdoor places. **Conclusion:** Pregnant women visiting for antenatal care at Hua Phan Provincial Hospital had high prevalence of passive smoking and frequent smoking. It is necessary to raise awareness for both pregnant women and the community about the harmful effects of passive tobacco to reduce passive smoking rates for pregnant women in particular and the community in general.

Keywords: passive smoking, pregnant women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hút thuốc lá không chỉ ảnh hưởng xấu đến sức khỏe mà còn ảnh hưởng xấu đến đời sống, kinh tế và xã hội. Hút thuốc lá không chỉ gây nhiều bệnh nguy hiểm cho người hút mà cả người không hút nhưng hít phải khói thuốc lá [1]. Đặc biệt, phụ nữ mang thai hít phải khói thuốc lá sẽ tăng nguy cơ sảy thai tự nhiên, đẻ non, thiếu cân, trẻ sinh ra mắc bệnh đường hô hấp và ảnh hưởng tới thai nhi như: có thể bị sứt phá thai, vỡ màng, chết sau khi sinh...[2].

Lào là một trong những nước đang phát triển, tỷ lệ người trưởng thành nam giới hút thuốc lá ở Lào khá cao, 56,6% và nữ giới là 9,1% [3]. Tỷ lệ hút thuốc lá thụ động (HTLTĐ) tại nhà của thanh niên từ 13-15 tuổi là hơn 50% và tại nơi công cộng là 64% [4]. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nghiên cứu nào về HTLTĐ ở phụ nữ mang thai tại Lào, do vậy nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: "*Mô tả thực trạng HTLTĐ của phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện tỉnh Hua Phan, Lào, năm 2018*" để có được bằng chứng khoa học từ đó đề xuất giải pháp can thiệp làm giảm tác hại khói thuốc lá đối với nhóm phụ nữ mang thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 2/2018 - 3/2019 tại bệnh viện tỉnh Hua Phan.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Phụ nữ mang thai đến khám hoặc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Khoa Sản, bệnh viện tỉnh Hua Phan, Lào.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.5. Thông tin chung của 301 đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	25 $\pm$ 3,9

2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu: Nghiên cứu sử dụng công thức sau để tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

- n là cỡ mẫu tối thiểu cần đạt
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với mức ý nghĩa: $\alpha = 5\%$).
- p: Tỷ lệ phụ nữ mang thai HTLTĐ: 90% (tỷ lệ này được ước tính dựa trên nghiên cứu thử trên 50 phụ nữ có thai đến khám tại bệnh viện tỉnh Hua Phan, Lào).
- $\varepsilon = 0,04$: mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể
- Dự phòng 13% đối tượng từ chối hoặc không trả lời hết câu hỏi.
- Thay các thông số trên vào công thức, tính được cỡ mẫu là 301 người.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Tất cả phụ nữ mang thai đến khám hoặc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Khoa Sản bệnh viện tỉnh Hua Phan, Lào trong tháng 11 và 12 năm 2018 được mời tham gia nghiên cứu đến khi đủ cỡ mẫu.

2.4. Biến số nghiên cứu.

- Nhóm biến số chung: Tuổi, nghề nghiệp, đặc điểm nơi làm việc, trình độ học vấn, dân tộc, tôn giáo, nơi ở hiện tại, tình trạng hôn nhân.
- Thực trạng HTLTĐ: mức độ thường xuyên HTLTĐ, thời gian tiếp xúc, nguồn tiếp xúc, địa điểm tiếp xúc.

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin: Phỏng vấn trực tiếp đối tượng dựa vào bộ câu hỏi được thiết kế sẵn gồm 2 phần:

- + Phần I: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.
- + Phần II: Thực trạng HTLTĐ của phụ nữ mang thai.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập, làm sạch bằng phần mềm Epidata, phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Thống kê mô tả được thực hiện để tính tần xuất, tỷ lệ phần trăm, vẽ biểu đồ đối với biến định lượng. Biến định tính được biểu diễn dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị và tứ phân vị.

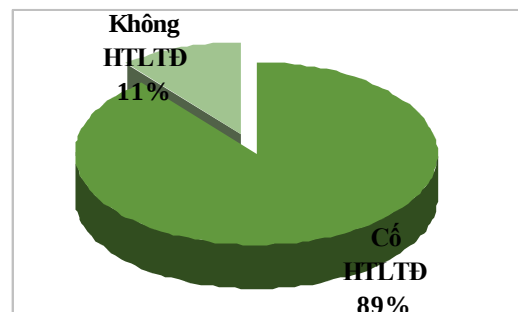
2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý của lãnh đạo địa phương và đối tượng tham gia nghiên cứu. Cuộc phỏng vấn chỉ thực hiện khi có sự đồng ý của đối tượng.

Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân	47	15,6
	Bộ đội/công an, cán bộ	132	43,9
	Lao động tự do, nội trợ, sinh viên	122	40,5
Trình độ học vấn	Mù chữ, tiểu học	28	9,3
	Phổ thông cơ sở	54	17,9
	Phổ thông trung học	53	17,6
	Từ cao đẳng trở lên	166	55,2
Dân tộc	Lào lùm	199	66,1
	Lào sùng	71	23,6
	Lào thương	31	10,3
Tôn giáo	Phật giáo	179	59,5
	Gost tôn giáo	122	40,5
Nơi sống	Thành thị	214	71,1
	Nông thôn	87	28,9
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	299	99,3
	Ly thân	2	0,7

Tuổi trung bình của đối tượng là 25 tuổi. Về nghề nghiệp, bộ đội, công an và cán bộ chiếm tỷ lệ cao nhất (43,9 %), tiếp đến là lao động tự do, nội trợ, sinh viên (40,5%). Phần lớn đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn từ cao đẳng trở lên (55,2%), chủ yếu là dân tộc Lào Lùm (61,1%), tôn giáo theo Phật giáo (59,5%) và gost tôn giáo (40,5%). Đa số đối tượng nghiên cứu sống ở thành thị (71,1%).

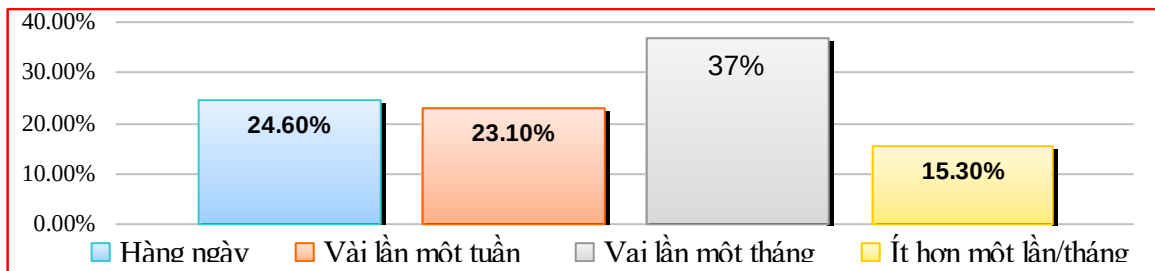
3.2. Thực trạng HTLTĐ của đối tượng nghiên cứu.

3.2.1. Tỷ lệ HTLTĐ của 301 đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ phụ nữ mang thai HTLTĐ rất cao chiếm 89%.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ hút thuốc lá thụ động của đối tượng nghiên cứu.

3.2.2. Mức độ phơi nhiễm HTLTĐ của 268 phụ nữ mang thai



Biểu đồ 3.2. Mức độ phơi nhiễm HTLTĐ của 268 đối tượng nghiên cứu.

Trong số 268 phụ nữ mang thai HTLTĐ, hút vài lần một tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (37%), tiếp đến là hàng ngày (24,6%), vài lần một tuần (23,1%).

Bảng 3.2: Mức độ tiếp xúc với khói thuốc lá của 268 phụ nữ mang thai

Biến số	Mean	SD	Median	IRQ
Số phút tiếp xúc với khói thuốc một ngày	1,5	0,9	1,0	[1; 2]
Số lượng điều thuốc lá hút thụ động một ngày	1	0,2	1	[1;1]
Khoảng cách khi tiếp xúc với người hút thuốc ở khu vực trong nhà (mét).	4,4	1,1	4	[4; 5]
Khoảng cách khi tiếp xúc với người hút thuốc ở khu vực ngoài nhà (mét).	8,5	1,9	8	[7; 10]

Trung bình người trả lời phỏng vấn tiếp xúc với khói thuốc lá là 1,5 phút/ngày, số điều thuốc lá hút thụ động trung bình là 1 điều một ngày, khoảng cách trung bình khi tiếp xúc với người hút thuốc

ở khu vực trong nhà 4,4 mét và tiếp xúc với người hút thuốc ở khu vực ngoài nhà 8,5 mét.

3.2.3. Hoàn cảnh HTLTĐ của 268 phụ nữ mang thai.

Bảng 3.3. Hoàn cảnh HTLTĐ của 268 phụ nữ mang thai.

HTLTĐ từ các đối tượng	n	Tỷ lệ (%)
Từ chồng/đối tác sống cùng nhà	76	28,4
Từ người khác sống cùng nhà	64	23,9
Từ người hàng xóm	43	16,0
Từ bạn bè khi gặp mặt	131	48,9
Từ đồng nghiệp cùng cơ quan	55	20,5
Từ người lạ	103	38,4
Địa điểm HTLTĐ		
Ở trong nhà mình	175	65,0
Ở cơ quan nơi làm việc	71	26,0
Ở phương tiện công cộng	5	2,0
Ở nhà hàng/khách sạn	128	48,0
Khác (đám ma, nhà bạn bè, chợ, siêu thị, hội trường)	8	3,0

Trong số 268 phụ nữ mang thai hít phải khói thuốc, tỷ lệ hít phải khói thuốc từ bạn bè mỗi lần gặp mặt là cao nhất (48,9%), tiếp theo từ người lạ (38,4%) và từ chồng/đối tác và người sống cùng nhà là từ 23,9% đến 28,4%.

Đa số phụ nữ mang thai HTLTĐ trong nhà mình: 65%, tiếp theo ở nhà hàng/khách sạn: 48%, ở cơ quan nơi làm việc: 26%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ HTLTĐ của phụ nữ mang thai trong nghiên cứu này là rất cao chiếm 89%. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với tỷ lệ HTLTĐ ở phụ nữ mang thai và phụ nữ sau sinh tại khoa sản của bệnh viện Bạch Mai, Việt Nam năm 2016 (92,6%) [5]. Cả hai nước Lào và Việt Nam đã có luật cấm hút thuốc lá trong các cơ sở y tế, trong đó luật tại Lào được ban hành năm 2009 và luật ở Việt Nam ban hành năm 2012. Thời gian triển khai và thực hiện luật phòng chống tác hại thuốc lá của Lào lâu hơn có thể là lý do tỷ lệ HTLTĐ của phụ nữ mang thai trong nghiên cứu này ở Lào thấp hơn so với nghiên cứu khác ở Việt Nam.

Về mức độ phơi nhiễm với khói thuốc lá, phần lớn đối tượng được phỏng vấn HTLTĐ vài lần một tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (37%), tiếp đến là hàng ngày (24,6%). Phụ nữ có thai thường xuyên hít phải khói thuốc lá trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Bích Diệp (2005) tại Hải Phòng, trong đó tỷ lệ phụ nữ thỉnh thoảng hít phải khói thuốc cao nhất (81,6%), thường xuyên hít phải khói thuốc là (17,7%) và 2% phụ nữ chưa bao giờ hít phải khói thuốc [2]. Kết quả khác nhau như vậy có thể do phụ nữ mang thai ở Lào đa số hít phải khói thuốc từ những người sống cùng trong gia đình, do vậy, tỷ lệ hít phải khói thuốc lá là thường xuyên hơn.

Địa điểm phơi nhiễm với khói thuốc của đối tượng nghiên cứu: phụ nữ mang thai

HTLTĐ tại nhà chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là ở nhà hàng/khách sạn; cơ quan và thấp nhất là trên phương tiện công cộng. Phần lớn HTLTĐ từ bạn bè khi gặp mặt 48,9%, từ chồng/đối tác sống cùng nhà là 28,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trọng Khoa và CS (2003) tại Hải Phòng, 67,9% người dân (≥ 15 tuổi) thường phơi nhiễm với khói thuốc tại nhà khi có mặt của người thân trong gia đình và 46% hít phải khói thuốc khi có mặt đồng nghiệp [6]. Quốc hội Lào đã ban hành Luật phòng, chống tác hại thuốc lá ngày 26/11/2009, trong đó có quy định không hút thuốc lá tại các địa điểm vui chơi giải trí, phương tiện công cộng, cơ quan nhà nước, cơ sở giáo dục, cơ sở y tế [7]. Đây là một lý do làm cho tỷ lệ phụ nữ mang thai trong nghiên cứu này HTLTĐ trên phương tiện công cộng là thấp nhất và tại cơ quan thì thấp hơn nhiều so với tại nhà hàng/khách sạn. Mặt khác, người hút thuốc không được hút thuốc ở cơ quan làm việc, ở nơi công cộng thì sẽ hút thuốc ở nhà mình và một lý do nữa trong thời gian rảnh rỗi, trong các dịp lễ hội người Lào thường tập trung uống rượu/bia và có hút thuốc lá nhiều.

Tóm lại, trong nghiên cứu này tỷ lệ HTLTĐ trong phụ nữ mang thai tại Lào là cao. Mặc dù Lào có luật cấm hút thuốc lá tại một số địa điểm cụ thể, tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ cao phụ nữ mang thai phơi nhiễm với khói thuốc lá. Phải chăng việc thực hiện luật còn chưa nghiêm và nhận thức của người dân về tác hại của hút thuốc lá chưa cao lắm. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần phải có các biện pháp cụ thể để bảo vệ phụ nữ mang thai nói riêng và người dân Lào nói chung

để phòng tránh khói thuốc lá thụ động. Như vậy biện pháp can thiệp hiệu quả, làm tăng nhận thức về tác hại của hút thuốc lá với sức khỏe không gì bằng là tăng cường các biện pháp thông tin giáo dục truyền thông trên các phương tiện đại chúng.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ HTLTĐ ở phụ nữ mang thai tại bệnh viện tỉnh Hua Phăn, Lào Lào là cao: 89%
- Mức độ tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động là thường xuyên.
- Phơi nhiễm khói thuốc lá chủ yếu từ người thân trong gia đình và người quen; và chủ yếu tại nhà.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cán bộ y tế Lào cần truyền thông giáo dục truyền thông giúp nâng cao nhận thức của người dân về tác hại của HTLTĐ, đặc biệt là đối với phụ nữ mang thai.

2. Tất cả mọi người cần vận động để những người trong gia đình không hút thuốc trong nhà, bảo vệ phụ nữ mang thai khỏi khói thuốc lá. Phát động các phòng trào thi đua với những khẩu hiệu như gia đình không khói thuốc lá, tổ dân phố, cụm dân cư, phường, thôn, xóm, không khói thuốc lá, các cơ quan, đơn vị không khói thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu Hoàng Mai Anh, Lê Anh Tuấn và cộng sự** (2004), "Các bệnh liên quan đến thuốc lá và cách phòng chống", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 6-27.
2. **Đỗ Thị Bích Diệp** (2005), Tìm hiểu kiến thức thái độ thực hành về hút thuốc lá thụ động của phụ nữ tuổi sinh đẻ từ 15-49 tuổi tại 2 quận huyện của thành phố Hải Phòng. Luận văn tốt nghiệp cử nhân y tế công cộng khoa 2001-2005, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, Việt Nam.
3. **WHO** (2018), Prevalence of tobacco smoking, access from <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/> in April 2019
4. **WHO** (2018), Western Pacific Region WHO Representative Office Laos People Democratic Republic: Situation in the Lao People's Democratic Republic, access from <http://www.wpro.who.int/laos/topics/tobacco/en/> in April 2019.
5. **Bệnh viện Bạch Mai** - chương trình phòng chống tác hại thuốc lá (2016), "Nghiên cứu thực trạng hút thuốc lá thụ động trên sản phụ tại khoa sản bệnh viện Bạch Mai, năm 2016." access from <http://bieudo.vinacosh.gov.vn/NghienCuu> in April 2019.
6. **Nguyễn Trọng Khoa, Phan Thị Hải, Ngô Lê Thu, Lý Ngọc Kính và cộng sự** (2003), "Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về HTLTĐ và mức độ tiếp cận truyền thông về phòng chống tác hại của thuốc lá tại Hải Phòng, năm 2003", Y học thực hành 501 (1), tr 38-41.
7. **National Assembly of Laos**, (2009), Law on Tobacco Control of Laos PDR; No 07 /NA, accessed from <https://www.tobaccocontrollaws.org/> in April 2019

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH TAI NẠN THƯƠNG TÍCH Ở BỆNH NHÂN ĐẾN ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHÚ VANG, TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Ngô Viết Lộc*, Phạm Thị Thúy Len*

TÓM TẮT

Mở đầu: Ở Việt Nam, tai nạn thương tích là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, mỗi năm có hơn 35.000 trường hợp tử vong, cùng với hàng chục triệu người phải nhập viện để cấp cứu hoặc chăm sóc y tế chính thức do các nguyên nhân tai nạn thương tích khác nhau. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm, nguyên nhân và hoàn cảnh xảy ra tai nạn thương tích ở bệnh nhân đến điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 524 bệnh nhân tai nạn thương tích đến điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang từ ngày 01/09/2017 đến ngày 28/02/2018. **Kết quả:** Tai nạn giao thông

(33,0%); ngã/té (20,6%); động vật/côn trùng cắn (7,1%); vật sắc nhọn (16,4%); bỏng (5,9%); ngộ độc hóa chất, thực phẩm (8,8%); đánh nhau/hành hung (3,8%); tự tử (0,2%); nguyên nhân khác (4,2%). **Kết luận:** cần tìm hiểu đặc điểm, nguyên nhân và hoàn cảnh xảy ra tai nạn thương tích để có biện pháp dự phòng thích hợp.

Từ khóa: tai nạn, thương tích, tai nạn thương tích.

SUMMARY

STUDY ON ACCIDENT INJURIES AMONG PATIENTS AT PHU VANG DISTRICT MEDICAL CENTER, THUA THIEN HUE PROVINCE

Background: In Vietnam, accident injuries are one of the leading causes of death, each year more than 35,000 deaths, along with tens of millions of people hospitalized for emergency or formal medical care due to various causes of injury. **Objectives:** Study the characteristics, causes and circumstances of accident injuries in patients at Phu Vang Ward Health Center, Thua Thien Hue province. **Method:** A cross-sectional descriptive study of 524 patients hospitalized

*Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Viết Lộc

Email: ngovietloc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2019

Ngày duyệt bài: 10.4.2019

with accident injuries at Phu Vang District Health Center from September 1, 2017 to February 28, 2018. **Result:** Traffic accidents (33.0%); falling (20.6%); animal attack / insects bite (7.1%); sharp objects (16.4%); burning (5.9%); poisoning by chemicals/food (8.8%); violence/ conflict (3.8%); suicide (0.2%); other causes (4.2%). **Conclusion:** It is necessary to find out the characteristics, causes and circumstances of the accident injury to take appropriate preventive measures.

Key words: Accident, injury, accident injuries.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai nạn thương tích là vấn đề sức khỏe toàn cầu và là mối đe dọa đối với sức khỏe của người dân ở mọi quốc gia. Trên thế giới, một năm tai nạn thương tích đã cướp đi sinh mạng của gần 5 triệu người.

Ở Việt Nam, tai nạn thương tích là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, mỗi năm có hơn 35.000 trường hợp tử vong [2], cùng với hàng chục triệu người phải nhập viện để cấp cứu hoặc chăm sóc y tế chính thức do các nguyên nhân tai nạn thương tích khác nhau.

Tuy nhiên, số thương vong do tai nạn thương tích gây ra chưa thực sự giảm nhanh và vẫn còn ở mức cao. Theo số liệu thống kê của Tổng cục Thống kê cho thấy, tỷ suất tử vong trung bình trên 100.000 dân vào năm 2011: 42,7, 2012: 43,37; 2013: 42,3; 2014: 40,6; 2015: 41,0 [2].

Phú Vang là một huyện đồng bằng ven biển và đầm phá của tỉnh Thừa Thiên Huế. Dân cư phân bố không đều, tập trung chủ yếu ở các đồng bằng ven thành phố Huế, thị trấn, ven biển và ven các trục đường giao thông. Nền kinh tế cũng như đời sống nhân dân chủ yếu là sản xuất nông nghiệp và khai thác, nuôi trồng thủy sản. Chính đây là những nguy cơ có thể dẫn đến các tai nạn thương tích trong đời sống và lao động. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Nghiên cứu tình hình tai nạn thương tích ở bệnh nhân đến điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế", với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm của bệnh nhân bị tai nạn thương tích tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế.

2. Phân tích nguyên nhân và hoàn cảnh xảy ra tai nạn thương tích ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 524 bệnh nhân tai nạn thương tích đến điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang từ ngày 01/09/2017 đến ngày 28/02/2018.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Chúng tôi tiến hành xây dựng phiếu điều tra và thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu với phiếu điều tra đã xây dựng. Từ đó mô tả đặc điểm, phân tích nguyên nhân và hoàn cảnh xảy ra tai nạn thương tích ở bệnh nhân tai nạn thương tích đến điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
< 6 tuổi	4	7,6
6 -17 tuổi	6	11,5
18 -59 tuổi	305	58,2
≥ 60 tuổi	119	22,7
Tổng	524	100

Nhóm trong độ tuổi lao động (18 đến 59 tuổi) chiếm tỷ lệ cao (58,2%). Đây là nhóm tham gia vào tất cả các hoạt động của xã hội, đóng góp chủ lực cho kinh tế của gia đình và xã hội. Đây là một trong những nguyên nhân làm tăng gánh nặng về kinh tế do tai nạn thương tích gây ra, họ không những mất đi chi phí cho điều trị mà còn mất đi số ngày lao động.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Nam	325	62,0
Nữ	199	38,0
Tổng	524	100

Tỉ lệ tai nạn thương tích ở nam/nữ là 1,6:1. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Thái Bình, Tổng Quốc Đăng Khoa và Nguyễn Trường Minh [1],[8]. Điều này có lẽ do nam giới thường làm các công việc có tính chất nguy hiểm hơn và có tính cách mạnh mẽ và hiếu động hơn nữ giới.

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp hiện tại

Nghề nghiệp	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
HSSV	74	14,1
CBCCVC	9	1,7
Nông dân	142	27,1
Công nhân	117	22,3
Buôn bán	29	5,6
Già	91	17,4
Khác	62	11,8
Tổng	524	100

Tai nạn thương tích chiếm chủ yếu ở nhóm đối tượng nông dân và công nhân (49,4%). Có lẽ nông dân và công nhân làm việc trong môi trường có nhiều yếu tố nguy cơ gây ra tai nạn thương tích hơn các ngành nghề khác như làm việc với các dụng cụ làm việc, máy móc còn thô sơ, làm việc ở độ cao cao,...

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo trình

độ học vấn

Trình độ học vấn	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không biết chữ	67	12,8
Tiểu học	133	25,4
Trung học (THCS, THPT)	297	56,6
Trung cấp trở lên	27	5,2
Tổng	524	100

Đối tượng TNTT có trình độ học vấn trung học (THCS, THPT) chiếm tỷ lệ là 56,6% và chiếm tỷ lệ thấp ở nhóm trung cấp trở lên (5,2%). Kết quả nghiên cứu tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng [7].

Bảng 5. Phân bố bệnh nhân theo thành phần kinh tế gia đình

Thành phần kinh tế	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nghèo, cận nghèo	63	12,0
Trung bình trở lên	461	88,0
Tổng	524	100

Tỷ lệ tai nạn thương tích ở nhóm có thành phần kinh tế gia đình từ trung bình trở lên chiếm 88,0%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Thái Bình [1]. Điều này có lẽ do sự phân bố thành phần kinh tế hộ gia đình ở huyện Phú Vang chiếm chủ yếu là từ trung bình trở lên, tính đến năm 2011 tỷ lệ hộ nghèo ở huyện Phú Vang là 13,21% [5].

2. Nguyên nhân dẫn đến tai nạn thương tích**Bảng 6. Nguyên nhân dẫn đến tai nạn thương tích**

Nguyên nhân dẫn đến TNTT	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	173	33,0
Ngã/té	108	20,6
Động vật/côn trùng cắn	37	7,1
Vật sắc/nhọn	86	16,4
Bỏng	31	5,9
Điện giật	0	0
Ngộ độc hóa chất, thực phẩm	46	8,8
Đuối nước	0	0
Đánh nhau/hành hung	20	3,8
Tự tử	1	0,2
Khác (Vật chèn ép, cánh cửa đè)	22	4,2
Tổng	524	100

Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (33,0%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Dung và cộng sự, Lê Thái Bình, Tổng Quốc Đăng Khoa, Nguyễn Trường Minh [6], [1], [8].

3. Hoàn cảnh xảy ra tai nạn thương tích**Bảng 7. Địa điểm xảy ra tai nạn thương tích**

Địa điểm xảy ra TNTT	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tại nhà	218	41,6
Trường học	18	3,2
Nơi công cộng	4	6,7

Đường đi lại	173	33,0
Nơi làm việc	78	14,9
Khác	3	0,6
Tổng	524	100

TNTT chủ yếu xảy ra tại nhà là 41,6%, đường đi lại là 33,0%. Tương tự với nghiên cứu của Trần Bùi, Lê Thái Bình, Tổng Quốc Đăng Khoa [3], [1], [8]. Chính vì vậy, trong công tác phòng chống tai nạn thương tích chúng ta nên chú trọng vào hai địa điểm này để có giải pháp phòng chống tai nạn thương tích hiệu quả.

Bảng 8. Thời gian xảy ra tai nạn thương tích

Thời gian	Tần số	Tỷ lệ (%)
0 - < 6 giờ	23	4,4
6 - < 12 giờ	182	34,7
12 - < 18 giờ	189	36,1
18 - < 24 giờ	130	24,8
Tổng	524	100

Tai nạn thương tích (TNTT) xảy ra chủ yếu từ khoảng 6 giờ đến 18 giờ (70,8%). Đây là khoảng thời gian người dân sinh hoạt và làm việc nên tỷ lệ TNTT xảy ra trong khoảng thời gian này là hợp lý.

Bảng 9. Hoạt động trước khi tai nạn thương tích xảy ra

Hoạt động	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sinh hoạt thường ngày	201	38,4
Học tập/làm việc	96	18,3
Vui chơi/giải trí	50	9,5
Tham gia giao thông	173	33,0
Khác	4	0,8
Tổng	524	100

Tai nạn thương tích chủ yếu xảy ra khi đang sinh hoạt thường ngày là 38,4%, đang tham gia giao thông là 33,0%, đang học tập/làm việc là 18,3%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Tổng Quốc Đăng Khoa; Nguyễn Trường Minh [8].

Bảng 10. Tình trạng sử dụng rượu/bia trước khi tai nạn thương tích xảy ra

Sử dụng rượu/bia	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có	75	14,3
Không	449	85,7
Tổng	524	100

Trường hợp sử dụng rượu bia trước khi xảy ra tai nạn thương tích chiếm 14,3%. Việc lạm dụng rượu/bia ảnh hưởng đến sức khỏe về tinh thần, thể chất và xã hội, làm tăng nguy cơ xảy ra tai nạn thương tích. Tại Nghị định 46/2016/NĐ-CP đã đưa ra các mức xử phạt vi phạm hành chính về hành vi sử dụng rượu/bia khi điều khiển phương tiện giao thông. Điều này, góp phần làm giảm tỷ lệ tai nạn đáng tiếc do rượu/bia gây ra [4].

Bảng 11. Hoàn cảnh của người bị tai nạn thương tích

Hoàn cảnh	Tần số	Tỷ lệ (%)
Vô ý do mình	404	77,1
Vô ý do người khác	92	17,6

Cổ ý do mình	11	2,1
Cổ ý do người khác	17	3,2
Tổng	524	100

Tai nạn thương tích do vô ý (do bản thân hay người khác gây ra) chiếm đa số 94,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thái Bình, Nguyễn Trường Minh [1].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 524 bệnh nhân tai nạn thương tích đến điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, chúng tôi có những kết luận sau:

Tai nạn giao thông (33,0%); ngã/té (20,6%); động vật/côn trùng cắn (7,1%); vật sắc nhọn (16,4%); bỏng (5,9%); ngộ độc hóa chất, thực phẩm (8,8%); đánh nhau/hành hung (3,8%); tự tử (0,2%); nguyên nhân khác (4,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thái Bình (2014)**, Nghiên cứu tình hình tai nạn thương tích tại thị xã Ân Nhơn tỉnh Bình Định năm 2012, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. **Bộ Y tế (2017)**, Niên giám Thống kê Y tế năm 2015, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Trần Bùi (2012)**, Nghiên cứu tình hình tai nạn thương tích tại thành phố Huế năm 2011 – 2012, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. **Chính phủ (2016)**, Nghị định số 46/2016/NĐ-CP ngày 26 tháng 5 năm 2016 về việc Quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực giao thông đường bộ, đường sắt.
5. **Cổng Thông tin điện tử Thừa Thiên Huế (2011)**, Tổng hợp kết quả điều tra hộ nghèo, cận nghèo năm 2011 tỉnh Thừa Thiên Huế, trích dẫn từ <https://www.thuathienhue.gov.vn/vi-vn/Thong-tin-du-dia-chi/tid/Thong-ke-so-lieu-ho-ngheo-can-ngheo-giai-doan-2011-2015/newsid/39FF17E1-1A7B-472D-9CFC-D35A9B85583E/cid/B0AA61D8-AA8D-4E84-BA0B-CB0ACE5C710C>, truy cập ngày 11 tháng 4 năm 2017.
6. **Nguyễn Dung và cộng sự (2010)**, "Đánh giá tình hình mắc và chết do tai nạn thương tích tại 12 xã thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế", Tạp chí Y học thực hành, (699+700).
7. **Nguyễn Văn Hùng (2012)**, Nghiên cứu tình hình tai nạn thương tích của bệnh nhân đến điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk năm 2011, Luận án Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. **Tổng Quốc Đăng Khoa (2015)**, Nghiên cứu tình hình tai nạn thương tích tại huyện Bình Chánh, thành phố Hồ Chí Minh năm 2014, Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế.

NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ THAY BĂNG VÀ CẮT CHỈ TẠI NHÀ CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI, NĂM 2018

Nguyễn Thế Tuyền¹, Nguyễn Thị Hoài Thu¹, Bùi Thị Mỹ Anh²

TÓM TẮT

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích thực hiện trên 402 người bệnh sau phẫu thuật, đang điều trị nội trú tại khoa Ngoại tổng hợp, bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 5/2018 đến tháng 2/2019 nhằm mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố liên quan đến nhu cầu sử dụng dịch vụ thay băng và cắt chỉ tại nhà cho người bệnh sau phẫu thuật tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy 43,3% người bệnh mong muốn sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà và 36,3% sẵn sàng sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà khi được bác sĩ chỉ định ra viện và bệnh viện cung cấp dịch vụ này. Sự thuận tiện của dịch vụ y tế tại nhà, không phải đến bệnh viện, không phải chờ đợi lâu, hài lòng và tin tưởng về chất lượng khám/điều trị của bác sĩ tại khoa và bệnh viện, tin tưởng về trình độ

chuyên môn của bác sĩ và thái độ phục vụ của NVYT tại khoa và bệnh viện là những lý do khiến người bệnh có mong muốn và sẵn sàng sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà.

Từ khóa: Nhu cầu sử dụng dịch vụ tại nhà, thay băng và cắt chỉ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

SUMMARY

NEEDS FOR USING HOME-BASED SURVICE OF BANDAGE CHANGING AND THREAD CUTTING OF POST-SURGERY PATIENTS IN DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY 2018

A cross-sectional study was conducted among 402 post-surgery patients at Department of General Surgery in Hanoi Medical University Hospital from May, 2018 to Feb, 2019. This study aimed to describe the need for using the service of changing bandages and cutting thread of the wound at home among post-surgery patients.

The main findings showed that 43.3% of patients reported having need to use the service of changing bandages and cutting thread at home and 36.3% of patients are willing to use this service when it is recommended by doctors. The reasons for patients

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Tuyền

Email: nguyenthethuyen1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.4.2019

Ngày duyệt bài: 15.4.2019

willing to use this service including the convenience of health services at home (not having to go to the hospital, not having to wait for long time), satisfaction with the quality of treatment and attitude of doctors and health staffs in Department of General Surgery and Hanoi Medical University Hospital..

Keywords: Need for home-based healthcare services, bandage changing and thread cutting, post-surgery patient, Hanoi Medical University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc sức khỏe (CSSK) tại nhà là dịch vụ mà người bệnh không cần phải đến các bệnh viện hoặc phòng khám mà khám chữa bệnh mà các hoạt động này có thể diễn ra ngay tại nhà của người bệnh. Một số nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam trong những năm gần đây cho thấy người dân có nhu cầu và mong muốn nhận dịch vụ CSSK tại nhà tương đối cao [1]. Đối với người bệnh được phẫu thuật tại các bệnh viện có tình trạng quá tải bệnh viện, thì việc cho người bệnh ra viện sớm, sau đó cử điều dưỡng đến thay băng, cắt chỉ tại nhà không chỉ giúp giảm số ngày-giường điều trị cho người bệnh, tiết kiệm chi phí cho người bệnh, mà còn góp phần giảm gánh nặng chăm sóc cho người nhà và gia đình người bệnh [4,6]. Đồng thời, việc không phải duy trì ngày điều trị quá dài tại bệnh viện, cũng giúp người bệnh giảm được nguy cơ lây nhiễm chéo trong môi trường bệnh viện. Việc trực tiếp đến bệnh viện để thay băng, cắt chỉ có thể khiến người bệnh mất thời gian chờ đợi, hoặc mắc phải các nhiễm khuẩn chéo từ môi trường bệnh viện [5,6].

Theo báo cáo hoạt động 6 tháng đầu năm 2018, khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cũng đang phải đối mặt với tình trạng quá tải, số lượng người bệnh nội trú tăng 11,6%, số ca phẫu thuật tăng 12,4% (so với cùng thời điểm 6 tháng đầu năm 2017). Vì vậy, việc cung cấp dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà cho người bệnh sau phẫu thuật sẽ góp phần giảm tải cho bệnh viện. Xuất phát từ thực tế đó, câu hỏi nghiên cứu đặt ra là nhu cầu sử dụng dịch vụ thay băng và cắt chỉ tại nhà cho người bệnh sau phẫu thuật như thế nào? Những yếu tố nào liên quan đến nhu cầu sử dụng dịch vụ thay băng và cắt chỉ tại nhà của người bệnh sau phẫu thuật? Để trả lời các câu hỏi trên, giúp các nhà quản lý có cơ sở khoa học đánh giá và đưa ra các chiến lược quản lý và cung cấp các dịch vụ bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Nhu cầu sử dụng dịch vụ thay băng và cắt chỉ tại nhà của người bệnh sau phẫu thuật tại khoa Ngoại tổng hợp, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, năm 2018*" với mục tiêu mô tả thực trạng nhu cầu sử dụng dịch vụ thay băng và cắt chỉ tại nhà cho người bệnh

sau phẫu thuật tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh sau phẫu thuật đang tiếp tục điều trị nội trú tại khoa Ngoại tổng hợp tại thời điểm nghiên cứu. (Nếu người bị ốm là trẻ em dưới 18 tuổi và người không có khả năng trả lời thì phỏng vấn người đại diện/ người chăm sóc chính).

Tiêu chuẩn lựa chọn: i) Đối tượng người bệnh sau phẫu thuật 2-3 ngày đang điều trị nội trú; ii) Tình trạng ổn định (các chỉ số mạch, nhiệt độ, huyết áp ổn định, vết mổ không chảy máu, người bệnh có thể phối hợp với nhân viên y tế tự chăm sóc được); iii) Có đủ sức khỏe, năng lực để trả lời các câu hỏi; iv) Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2018 đến tháng 2/2019 tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

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

4. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu mô tả, ta có:

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

Trong đó: n: Số người bệnh tối thiểu cần điều tra; Z: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%, ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$; p: Tỷ lệ người bệnh có nhu cầu sử dụng dịch vụ thay băng và cắt chỉ trước thời điểm điều tra, chọn $p = 0,5$ để được cỡ mẫu lớn nhất.

d: Khoảng sai lệch chấp nhận được $d = 0,05$

Thay vào công thức ta có số người bệnh tối thiểu cần điều tra là 384 người bệnh. Dự phòng 5% người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu và cỡ mẫu tối thiểu cần điều tra và thực tế thu thập được là 402 người bệnh.

- Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả các đối tượng nghiên cứu được giải thích mục đích của cuộc phỏng vấn và tự nguyện tham gia. Trung bình mỗi ngày tại khoa Ngoại tổng hợp có khoảng 10-15 người bệnh sau phẫu thuật điều trị nội trú tại khoa. Dựa trên danh sách người bệnh sau phẫu thuật đang tiếp tục điều trị tại khoa (có tình trạng ổn định, sau phẫu thuật 2-3 ngày) tại khoa Ngoại tổng hợp, tiến hành chọn mẫu có chủ đích trong thời điểm điều tra, đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và đảm bảo đủ cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu.

- Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi

phỏng vấn định lượng dành cho đối tượng nghiên cứu được thiết kế dựa trên tổng quan các tài liệu y văn và các nghiên cứu cùng chủ đề về nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế của người bệnh, với các nội dung phù hợp nhằm giải quyết các mục tiêu nghiên cứu đưa ra.

5. Phân tích số liệu: Sau khi thu thập, số liệu được nhập bằng chương trình Epidata 3.1. Sau đó, số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Sử dụng phương pháp thống kê mô tả và kiểm định khi bình phương χ^2 để xác định một số yếu tố liên quan.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung của người bệnh tham gia nghiên cứu (n=402)

	Đặc điểm	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Tuổi	<18	11	2,7
	18-60	251	62,4
	>60	140	34,9
Giới tính	Nam	246	61,2
	Nữ	156	38,8
Trình độ học vấn	Cấp 3 hoặc thấp hơn	299	74,4
	Trung cấp, Cao đẳng, Đại học	94	23,4
	Sau Đại học	9	2,2
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức	61	15,2
	Nội trợ/Buôn bán/Lao động tự do	157	39,1
	Nghỉ hưu	98	24,4
	Nông dân/Công nhân	86	21,3
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	348	86,6
	Ly thân/ly dị/góa	22	5,4
	Độc thân	32	8,0
Thu nhập bình quân/tháng	Dưới 5 triệu	241	59,9
	5-10 triệu	121	30,1
	Trên 10 triệu	40	10,0
Nơi cư trú	Thành thị	160	39,8
	Nông thôn	242	60,2
Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện Đại học Y Hà Nội	<5km	27	6,7
	5-10km	42	10,4
	>10km	333	82,8

Tổng số đối tượng tham gia vào nghiên cứu là 402 người bệnh tại khoa Ngoại tổng hợp, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong đó có 246 người bệnh là nam giới (chiếm 61,2%) và 156 người bệnh nữ là nữ giới (chiếm 38,8%). Người bệnh đa số thuộc nhóm 18-60 tuổi (chiếm 62,4%) và nhóm trên 60 tuổi (chiếm 34,9%). Về trình độ học vấn, người bệnh chủ yếu có trình độ cấp 3 trở xuống (chiếm 74,4%), trình độ trung cấp, cao đẳng/đại học (chiếm 23,4%). Nghề nghiệp của người bệnh thuộc nhóm buôn bán/lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất (39,1%), tiếp đến là

cán bộ nghỉ hưu (24,4%), nhóm công nhân/nông dân (21,3%), nhóm cán bộ, viên chức (15,2%). Chủ yếu người bệnh đã kết hôn và lập gia đình (chiếm 86,6%) và hiện tại đang sinh sống cùng vợ/chồng (chiếm 75,4%). Về thu nhập trung bình, người bệnh có thu nhập dưới 5 triệu chiếm tỷ lệ cao nhất (59,9%), tiếp đến là nhóm có thu nhập 5-10 triệu (chiếm 30,1%), nhóm có thu nhập trên 10 triệu (chiếm 10%). Đa phần người bệnh có nơi cư trú tại nông thôn (chiếm 60,2%) và khoảng cách từ nhà người bệnh đến bệnh viện trên 10km (chiếm 82,8%).

Thông tin về sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện của người bệnh

Bảng 2: Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện của đối tượng nghiên cứu (n=402)

	Đặc điểm	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Loại phẫu thuật được chỉ định	Phẫu thuật tiêu hóa	200	49,8
	Phẫu thuật tiết niệu	89	22,1
	Phẫu thuật tim mạch/ lồng ngực	5	1,2
	Phẫu thuật thần kinh	23	5,7

	Chấn thương	73	18,2
	Khác (khớp gối, bao hoạt dịch, áp xe..)	14	3,5
Thời gian điều trị tại khoa	< 3 ngày	71	17,7
	3-5 ngày	134	33,3
	> 5 ngày	197	49,0
Tình trạng của người bệnh theo đánh giá của BS	Tốt, ổn định	310	77,1
	Cần theo dõi	87	21,6
	Khác (chưa đánh giá)	5	1,2
Lý do lựa chọn cơ sở điều trị	Chất lượng chuyên môn tốt	323	80,3
	CSVCS tốt, TTB hiện đại	230	57,2
	Thái độ phục vụ tốt	157	39,1
	Có bảo hiểm y tế	71	17,7
	Bệnh nặng	34	8,5
	Chi phí hợp lý	11	2,7
Tham gia bảo hiểm y tế	Có	360	89,6
	Không	42	10,4
Loại hình thẻ bảo hiểm y tế	Tự nguyện	135	33,6
	Chính sách/quân đội	80	19,9
	Hưu trí	76	18,9
	Khác (hộ gia đình, người già, người nghèo, HSSV)	77	19,2
Sử dụng thẻ bảo hiểm y tế cho lần điều trị này	Có	342	85,1
	Không	60	14,9
Tổng số tiền phải chi trả*	Dưới 5 triệu	21	5,2
	5-10 triệu	47	11,7
	>10 triệu	244	60,7
*Tổng số tiền chi trả lớn nhất (max) là 1.500.000.000 VNĐ, nhỏ nhất (min) là 0 VNĐ Số tiền chi trả trung bình (mean) là 25.875.961,5 VNĐ			

Một số thông tin sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện của người bệnh tham gia nghiên cứu được mô tả trong bảng 2. Tỷ lệ người bệnh được chỉ định phẫu thuật tiêu hóa chiếm 49,8%, tiếp đến là phẫu thuật tiết niệu (chiếm 22,1%), chấn thương (chiếm 18,2%), phẫu thuật thần kinh và phẫu thuật tim mạch chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 5,7% và 1,2%. Về thời gian điều trị trung bình tại khoa, có 197 người bệnh có thời gian điều trị trên 5 ngày (chiếm 49,0%), người bệnh điều trị từ 3-5 ngày là 134 người (chiếm 33,3%). Tình trạng điều trị của người bệnh theo đánh giá của bác sĩ là tốt và ổn định chiếm 77,1%, cần theo dõi (chiếm 21,6%).

Về lý do lựa chọn điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, có 80,3% người bệnh lựa chọn cơ sở điều trị vì chất lượng

chuyên môn tốt, 57,2% do cơ sở vật chất, trang thiết bị tốt và hiện tại.

Tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu có thẻ bảo hiểm y tế là 89,6%, trong đó loại hình thẻ BHYT tự nguyện chiếm tỷ lệ cao nhất (33,6%), tiếp theo là loại thẻ chính sách/quân đội (19,9%) và hưu trí (18,9%). Có 85,1% người bệnh sử dụng thẻ BHYT cho lần điều trị hiện tại. Về chi phí điều trị của người bệnh, số tiền trung bình chi phí điều trị mà người bệnh phải chi trả là khoảng 25.000.000 đồng, số tiền lớn nhất chi phí điều trị mà người bệnh phải chi trả là khoảng 1.500.000.000 đồng. Trong đó nhóm người bệnh có chi phí điều trị trên 10 triệu chiếm tỷ lệ cao nhất (60,7%), nhóm có chi phí điều trị 5-10 triệu (chiếm 11,7%).

2. Nhu cầu sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà của người bệnh sau phẫu thuật

Bảng 3: Nhu cầu sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà (n=402)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mong muốn sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà	Có	174	43,3
	Không	228	56,7
Yêu cầu sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà nếu được bác sĩ chỉ định ra	Có	146	36,3
	Không	256	63,7

viện và bệnh viện cung cấp dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà			
Lý do mong muốn sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà	Thuận tiện, có thể sử dụng dịch vụ tại nhà không phải đến bệnh viện	129	32,1
	Không phải chờ đợi lâu	69	17,2
	Hài lòng và tin tưởng về chất lượng khám/điều trị của bác sĩ tại khoa và bệnh viện	50	12,4
	Tin tưởng về trình độ chuyên môn của bác sĩ và nhân viên y tế	41	10,2
	Nhà xa, không có điều kiện đi lại nhiều lần	38	9,5
	Hài lòng về thái độ phục vụ của nhân viên y tế	33	8,2
Hình thức mong muốn thanh toán chi phí sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà (n=155)	Thanh toán bằng mặt theo từng lần sử dụng	124	30,8
	Thanh toán theo gói	18	4,5
	Thanh toán qua thẻ ATM theo từng lần sử dụng	12	3,0
Mức chi trả cho 1 lần sử dụng dịch vụ thay băng cắt chỉ tại nhà (n=181)	<200.000 VNĐ	74	18,4
	200.000 - 250.000 VNĐ	25	6,2
	250.000 - 350.000 VNĐ	48	11,9
	>350.000 VNĐ	34	8,5

Nhu cầu sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà của người bệnh được mô tả tại bảng 3. Có 43,3% người bệnh trả lời có mong muốn sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà và 36,3% người bệnh sẵn sàng sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà nếu được bác sĩ chỉ định ra viện và bệnh viện cung cấp dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà. Lý do mà người bệnh có mong muốn sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà được đưa ra gồm sự thuận tiện, có thể sử dụng dịch vụ tại nhà không phải đến bệnh viện (32,1%), không phải chờ đợi lâu (17,2%), hài lòng và tin tưởng về chất lượng khám/điều trị của bác sĩ/điều dưỡng tại khoa và bệnh viện (12,4%), tin tưởng về trình độ chuyên môn của bác sĩ và NVYT (10,2%), nhà xa không có điều kiện đi lại (9,5%), hài lòng về thái độ phục vụ của NVYT tại khoa (8,2%). Kết quả này cũng tương tự kết quả của nghiên cứu khảo sát nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người cao tuổi tại quận Tây Hồ và tại huyện Đông Anh, Hà Nội [3,7].

Nếu dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà được cung cấp tới người bệnh, hình thức thanh toán chi phí sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà mà người bệnh mong muốn là thanh toán bằng tiền mặt theo từng lần sử dụng (30,8%), hình thức thanh toán theo gói và thanh toán qua thẻ ATM được người bệnh lựa chọn ít hơn, lần lượt là 4,5% và 3,0%. Về mức chi phí cho 1 lần sử dụng dịch vụ thay băng cắt chỉ tại nhà mà người bệnh sẵn sàng chi trả, có 18,4% người bệnh đưa ra mức chi dưới 200.000đ cho 1 lần sử dụng dịch vụ thay băng cắt chỉ tại nhà, 11,9%

người bệnh đưa ra mức chi khoảng 250.000đ – 350.000đ cho 1 lần sử dụng dịch vụ và chỉ có 8,5% người bệnh đưa ra mức chi trên 350.000đ cho 1 lần sử dụng dịch vụ này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu thực hiện trên 402 người bệnh tại khoa Ngoại tổng hợp, bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã cho thấy 43,3% người bệnh mong muốn sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà và 36,3% sẵn sàng sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà khi được bác sĩ chỉ định ra viện và bệnh viện cung cấp dịch vụ này. Các lý do khiến người bệnh có mong muốn và sẵn sàng sử dụng dịch vụ thay băng, cắt chỉ tại nhà gồm sự thuận tiện, có thể sử dụng dịch vụ tại nhà không phải đến bệnh viện, không phải chờ đợi lâu, hài lòng và tin tưởng về chất lượng khám/điều trị của bác sĩ tại khoa và bệnh viện, tin tưởng về trình độ chuyên môn của bác sĩ và thái độ phục vụ của NVYT tại khoa và bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Tú (2009)**, Nghiên cứu mô hình quản lý và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại cộng đồng huyện Từ Liêm thành phố Hà Nội (2005 - 2007), Học Viện Quân Y - Bộ Quốc phòng, Hà Nội.
2. **Hoàng Trung Kiên (2012)**, Nghiên cứu nhu cầu, đáp ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp cộng đồng tại huyện Đông Anh, Hà Nội, Y tế công cộng, Viện vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
3. **Đặng Đức Nhu, Hoàng Hữu Toàn và Lê Thị Thanh Tuyết (2016)**, "Một số yếu tố liên quan đến

- nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngoài giờ và tại nhà của người đến khám, điều trị bệnh tại bệnh viện phổi Trung ương", Tạp chí Y học Dự phòng. 3(163).
4. **Bộ Y tế & Tổng cục Thống kê (2003)**, Báo cáo chuyên đề: Đánh giá hiệu quả sử dụng dịch vụ y tế - Điều tra y tế quốc gia 2001-2002, Hà Nội
 5. **Lý Ngọc Kính (2008)**, Chính sách chăm sóc sức khỏe của Việt Nam cơ hội và thách thức giữa khu vực nhà nước và khu vực tư nhân, Tạp chí Chính sách Y tế, 3, 34-37.
 6. **Viện Chiến lược Chính sách Y tế (2015)**, Tài liệu tập huấn điều tra hộ gia đình - Khảo sát tình hình sức khỏe, tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, HN.
 7. **Đàm Trọng Hiếu (2016)**, Thực trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại 2 phường của quận Tây Hồ, Hà Nội năm 2016 và một số yếu tố liên quan. Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH THEO DÕI TRẺ SAU TIÊM CHỦNG CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 2 TUỔI TẠI HUYỆN XAY CHĂM PHON TỈNH BOLI KHAM XAY, LÀO NĂM 2018

Santy PHANTHADALA¹, Lê Thị Tài¹, Lê Thị Lan Hương²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 350 bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại huyện Xay Cham Phon, tỉnh Boli Khăm Xay Lào năm 2018 nhằm mô tả kiến thức và thực hành của các bà mẹ này về theo dõi các phản ứng sau tiêm chủng ở trẻ dưới 2 tuổi. Kết quả cho thấy: Về kiến thức: tỷ lệ bà mẹ biết thời gian cần theo dõi trẻ đủ 30 phút tại nơi tiêm và ít nhất 24 giờ tại nhà rất thấp (18,9% và 30%). Nhiều bà mẹ biết các phản ứng sau tiêm như: sốt (98,3%), quấy khóc (78,3%), sưng đau tại chỗ tiêm (12,3%), 93,1% bà mẹ biết tiêm chủng có thể phòng được các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm. Về thực hành: 98,9% bà mẹ giữ sổ tiêm chủng của trẻ, 50% bà mẹ có thực hành theo dõi trẻ đủ 30 phút tại nơi tiêm và ít nhất 24 giờ tại nhà. Có nhiều lý do làm cho bà mẹ không theo dõi trẻ đủ thời gian sau tiêm chủng như: quá bận (72,7%), không có thời gian (39,2%), thấy trẻ không có vấn đề bất thường (87,9%) và không biết cần phải theo dõi gì (39,3%).

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICE FOLLOWING CHILDREN UNDER TWO YEARS OLD POST-VACCINATION OF THE MOTHERS IN XAYCHAMPHONE, DISTRICT BOLIKHAMXAY PROVINCE, LAO 2018

Cross-sectional descriptive study was conducted on 350 mothers with children under 2 years old in Xaychamphone district, Bolikhamxay province, Lao - 2018 to describe the knowledge and practice of these mothers on monitoring the reactions post-vaccination application in children under 2 years old. The results showed that: In terms of knowledge, the proportion of

mothers who knew the time to monitor their children at 30 minutes at the injection site and at least 24 hours at home was very low (18.9% and 30%). Many mothers know the post-injection reactions such as fever (98.3%), cry (78.3%), pain at the injection site (12.3%), 93.1% of mothers know that vaccination can prevent dangerous infectious diseases. In practice: 98.9% of mothers keep their children's vaccination books, 50% of mothers practiced monitoring children for 30 minutes at the injection site and at least 24 hours at home. There are many reasons of why mothers do not follow children enough time after vaccination such as: too busy (72.7%), not having time (39.2%), seeing that children do not have abnormal problems (87, 9%) and do not know what to follow (39.3%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch bệnh truyền nhiễm đã ảnh hưởng đến sức khỏe và kinh tế của nhiều nước trên thế giới, nhất là các nước đang phát triển, do bệnh truyền nhiễm dẫn tới sự ốm đau và tử vong nhiều hơn các nguyên nhân khác [1]. Thế kỷ XX đã đánh dấu những thành tựu to lớn mà vắc xin đem lại cho nền y học trong việc ngăn ngừa và giảm tỷ lệ bệnh tật, khuyết tật và tử vong [2]. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính rằng hàng năm có thể giảm đến 2-3 triệu trẻ em tử vong vì các bệnh truyền nhiễm [3],[4]. Việc phát hiện, báo cáo những phản ứng bất thường sau tiêm chủng có thể giúp xác định nguyên nhân từ đó đề ra những biện pháp phù hợp đồng thời sẽ tránh được những thông tin sai lệch có thể gây mất lòng tin của cộng đồng đối với công tác tiêm chủng [5],[6],[7]. Chính vì vậy, vấn đề an toàn tiêm chủng cần được quan tâm và nghiên cứu để đưa ra các khuyến nghị phù hợp nhằm hạn chế hậu quả xấu của các trường hợp có phản ứng sau tiêm chủng. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về "Kiến thức, thực hành theo dõi trẻ sau tiêm chủng của các bà mẹ

¹Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Santy PHANTHADALA

Email: phanthadala@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2019

Ngày duyệt bài: 8.4.2019

có con dưới 2 tuổi tại huyện Xay Chăm Phon tỉnh Bo Li Khăm Xay, Lào năm 2018”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bà mẹ của trẻ dưới 2 tuổi đang sinh sống tại huyện Xay Chăm phon tỉnh Bo Li Khăm Xay, Lào.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

• **Cỡ mẫu:** Số người cần phỏng vấn được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n: Số người cần được phỏng vấn.

$Z_{(1-\alpha/2)}$: = 1,96 (Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%). p : = 35,8% là tỷ lệ người chăm sóc trẻ dưới 1 tuổi biết được những dấu hiệu của phản ứng sau tiêm chủng [8].

d = 0,05, là sai số tuyệt đối của kết quả nghiên cứu từ mẫu so với quần thể.

Thay vào công thức tính được $n=353$. Thực tế chúng tôi đã phỏng vấn 350 bà mẹ.

3.2. Kiến thức của bà mẹ về theo dõi phản ứng sau tiêm chủng.

Bảng 3.1. Kiến thức của bà mẹ về lợi ích của tiêm chủng.

Lợi ích của tiêm chủng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phòng được các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm	326	93,1
Rẻ hơn so với chữa bệnh	86	24,6
Là phương pháp rẻ tiền, an toàn và hiệu quả	34	9,7
Trả lời đúng cả 3 lợi ích của tiêm chủng	29	8,3
Không biết	24	6,9

Theo bảng 3.1. Hầu hết các bà mẹ biết được tiêm chủng giúp phòng được các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm (93,1%) nhưng vẫn có bà mẹ không biết lợi ích của tiêm chủng (6,9%). Về thời gian cần thiết phải theo dõi phản ứng sau tiêm chủng cho trẻ, kết quả cho thấy trong số 350 bà mẹ được phỏng vấn chỉ có 66 bà mẹ (18,9%) biết cần thiết phải theo dõi trẻ sau tiêm ít nhất 30 phút ở nơi tiêm và 105 (30%) bà mẹ biết cần phải theo dõi trẻ ít nhất 24 giờ sau tiêm tại nhà.

Bảng 3.2. Kiến thức của bà mẹ về các loại phản ứng thông thường sau tiêm chủng (n= 350)

Phản ứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sốt nhẹ	344	98,3
Quấy khóc nhẹ	274	78,3
Sưng đau tại chỗ tiêm	43	12,3

Theo bảng 3.2, có 98,3% bà mẹ biết trẻ sẽ có thể bị sốt nhẹ sau tiêm, quấy khóc nhẹ (78,3%), sưng đau tại chỗ tiêm (12,3%).

Bảng 3.3. Kiến thức của bà mẹ về phản ứng nặng, hậu quả, cách xử trí sau tiêm chủng (n=20)

Kiến thức	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Biết phản ứng nặng sau tiêm chủng	Sốt cao >39°C	19
	Quấy khóc kéo dài	12
	Co giật	10
Biết hậu quả của phản ứng nặng	Gây hậu quả dai dẳng	4
	Ôm yếu, tàn tật	19
	Đe dọa tính mạng	1

2.3. Công cụ thu thập thông tin: Thông tin được thu thập bằng kỹ thuật phỏng vấn trực tiếp bà mẹ theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.4. Các biến số cần thu thập: Tuổi, dân tộc, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, kiến thức, thực hành theo dõi phản ứng sau tiêm chủng và nguồn cung cấp thông tin về tiêm chủng.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22. Thống kê mô tả cung cấp thông tin về số lượng, tỉ lệ phần trăm. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng kết quả.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 350 bà mẹ. Trong đó, chủ yếu nhóm tuổi ≤30 (85,1%). Về trình độ học vấn, tỷ lệ không biết đọc/biết viết là 26,3%; tiểu học: 34,9%, trung học cơ sở 17,1%, trung học phổ thông 4,0% và 17,7% trên trung học phổ thông. Về nghề nghiệp: nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (72,0%), số người là công chức/viên chức 17,4%. Thu nhập bình/người/tháng <180,000 kip chiếm đa số (73,4%), thu nhập ≥180,000 kip chỉ chiếm 26,6%.

	Gây tử vong	11	55,0
Biết dấu hiệu phản ứng nặng ở trẻ cần đưa trẻ đến cơ sở y tế	Sốt cao trên 39°C	18	90,0
	Quấy khóc kéo dài	15	75,0
	Có giật	18	90,0
	Tím tái, khó thở	15	75,0
	Bú ít, bỏ bú	13	65,0
Biết nơi cần đưa trẻ đến CSYT khi có phản ứng nặng	Trạm Y tế	1	5,0
	Bệnh viện huyện	15	75,0
	Bệnh viện tỉnh	4	20,0

Theo bảng 3.3, đa số các bà mẹ đã từng nghe về phản ứng nặng sau tiêm chủng của trẻ, cụ thể: biết trẻ có dấu hiệu phản ứng nặng sau tiêm chủng là sốt rất cao (95,0%), quấy khóc kéo dài là 60%, co giật là 50%. Phần lớn các bà mẹ này cho rằng cần đưa trẻ đến bệnh viện huyện khi trẻ có phản ứng nặng (75%).

3.3. Thực hành theo dõi, xử trí phản ứng sau tiêm chủng của bà mẹ có con dưới 2 tuổi

Bảng 3.4. Thực hành của bà mẹ về theo dõi sức khỏe của trẻ sau tiêm chủng tại nơi tiêm chủng và tại nhà (n=350).

Thực hành theo dõi trẻ		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Theo dõi trẻ tại nơi tiêm sau tiêm	Không theo dõi	0	0
	Đủ 30 phút	182	52,0
	Không đủ 30 phút	168	48,0
Theo dõi trẻ khi về nhà sau tiêm	Không theo dõi	9	2,6
	Đủ 24 giờ	308	88,0
	Không đủ 24 giờ	33	9,4
Thực hành theo dõi trẻ đủ 30 phút tại nơi tiêm chủng và ít nhất 24 giờ tại nhà		175	50,0

Theo bảng 3.4, chỉ có 52,0% bà mẹ cho trẻ ở lại nơi tiêm chủng đủ 30 phút để theo dõi tình trạng sức khỏe của trẻ sau tiêm chủng. Có 88% trẻ được theo dõi ít nhất 24 giờ tại nhà. Tỷ lệ bà mẹ đồng thời thực hành theo dõi trẻ đủ 30 phút tại nơi tiêm và theo dõi ít nhất 24 giờ tại nhà chiếm tỷ lệ 50,0%. Về thực hành của bà mẹ xử trí các phản ứng sau tiêm chủng khi trẻ sốt, kết quả nghiên cứu cho thấy 100% các bà mẹ đã dùng thuốc hạ sốt khi trẻ sốt và 26,3% cho trẻ bú và uống nhiều nước.

Về thực hành xử trí chăm sóc khi có sưng đỏ tại vị trí tiêm của bà mẹ, kết quả của nghiên cứu cho thấy tất cả 33 bà mẹ có con bị sưng đỏ tại vị trí tiêm đều không làm gì để xử trí các biểu hiện đó. Về nơi chăm sóc trẻ khi trẻ có biểu hiện bất thường, hầu hết các bà mẹ chăm sóc trẻ tại nhà (97,6%), chỉ rất ít bà mẹ đưa con đến TYT (1,8%), và bệnh viện (0,6%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của bà mẹ trẻ về theo dõi phản ứng sau tiêm vắc xin.

Trong số 350 bà mẹ trẻ có 326 bà mẹ trẻ tham gia nghiên cứu (93,1%) cho rằng tiêm chủng giúp trẻ phòng được các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Thành Trung và cộng sự tại Thanh Hóa năm 2016 là 96,3% [8], nhưng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị

Thùy Dung và cộng sự tại Bắc Ninh năm 2014 là 86,35%[9]. Chỉ có 34 bà mẹ trẻ (9,7%) cho rằng tiêm chủng là phương pháp phòng bệnh an toàn, rẻ tiền và hiệu quả nhất. Đây là những kiến thức rất phổ thông cần được truyền thông giáo dục cho các bà mẹ nhằm tăng cường kiến thức và niềm tin cho họ để họ tin tưởng và cho con tiêm chủng phòng bệnh đầy đủ hơn.

Hiểu biết của bà mẹ về những mốc thời gian cần phải theo dõi trẻ tại nơi tiêm chủng và sau khi về nhà: Chỉ có 66 bà mẹ biết được thời gian cần phải theo dõi trẻ đủ 30 phút tại nơi tiêm (chiếm 18,9%) và 105 bà mẹ biết cần thiết phải theo dõi sức khỏe tại nhà ít nhất 24 giờ sau tiêm (chiếm 30%). Tỷ lệ này là rất thấp. Đây là vấn đề rất quan trọng để phát hiện và xử trí kịp thời khi có biểu hiện bất thường ở trẻ sau tiêm chủng vì vậy cần phải tiếp tục truyền thông cho bà mẹ biết thời gian cần thiết phải theo dõi trẻ sau tiêm chủng.

Hầu hết bà mẹ cho rằng biểu hiện của phản ứng sau tiêm chủng là sốt mức độ nhẹ, nặng (98,2% và 95%), tiếp đến là dấu hiệu quấy khóc nhẹ (78,3%) và sưng đau tại chỗ tiêm (12,3%). Kết quả này tương tự ở nghiên cứu tại Quảng Bình và Thanh Hóa [8]. Không có bà mẹ nào biết được các dấu hiệu quan trọng để phát hiện sớm các phản ứng nặng sau tiêm như quấy khóc tím tái, khó thở hay bú ít, bỏ bú. Do vậy, việc tư vấn, truyền thông cho bà mẹ trẻ về các biểu hiện nêu

trên cần được chú trọng trong thời gian tới đây.

Hiểu biết của bà mẹ về các phản ứng thông thường sau tiêm chủng cao hơn so với kiến thức của họ về các phản ứng nặng sau tiêm. Phần lớn bà mẹ biết phản ứng thông thường sau tiêm là sốt nhẹ (98,3%), trong khi đó tỷ lệ này đối với quấy khóc nhẹ hoặc sưng đau tại chỗ tiêm lần lượt là 78,3% và 12,3%. Điều này cho thấy rằng những phản ứng thông thường sau tiêm chủng sẽ được bà mẹ sớm nhận ra và xử trí kịp thời.

Về phản ứng nặng sau tiêm chủng, chỉ rất ít bà mẹ đã nghe về phản ứng nặng xảy ra sau khi tiêm chủng (5,7%), trong số đó, tỷ lệ biết phản ứng nặng của trẻ sau tiêm chủng là sốt tương đối cao chiếm 95%, phản ứng nặng có thể gây ra hậu quả tử vong chiếm 55%. Ngoài ra, trong các phản ứng nặng thì tỷ lệ bà mẹ biết phản ứng co giật (50%) và có thể gây tử vong (55%) thấp hơn so với các tỷ lệ tương tự trong nghiên cứu tại Thanh Hóa năm 2016 (61,9%) [8].

4.2. Thực hành về theo dõi phản ứng sau tiêm chủng của bà mẹ có con dưới 2 tuổi.

Trong số 350 bà mẹ được hỏi, số bà mẹ theo dõi sức khỏe trẻ ngay sau tiêm chủng đủ 30 phút tại nơi tiêm chủng, số bà mẹ tuân thủ đủ thời gian theo dõi là 52% kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Dung tại Bắc Ninh 93,32% [9] và Nguyễn Thành Trung tại Thanh Hóa (86,2%) [8]. Điều này cho thấy sự cần thiết tiếp tục tuyên truyền, hướng dẫn các bà mẹ tuân thủ theo dõi chăm sóc trẻ sau tiêm ít nhất 30 phút tại nơi tiêm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tỷ lệ bà mẹ thực hành theo dõi trẻ sau tiêm chủng đủ 30 phút tại nơi tiêm chủng cao hơn so với tỷ lệ bà mẹ biết cần theo dõi trẻ ngay sau tiêm chủng đủ 30 phút tại nơi tiêm chủng. Chúng tôi đã hỏi thêm những người này là tại sao không biết cần theo dõi trẻ ngay sau tiêm chủng đủ 30 phút tại nơi tiêm chủng nhưng vẫn cho trẻ ở lại trạm 30 phút để theo dõi thì có một số người trả lời vì họ "không vội về nhà làm gì" có người trả lời là họ "chờ bạn" hoặc "có việc khác ở trạm". Như vậy có thể nói thực hành của họ chỉ là tình cờ chứ không phải vì biết mà chủ động theo dõi và như thế sẽ không bền vững.

Số bà mẹ tuân thủ thời gian đủ 24 giờ theo dõi sức khỏe trẻ sau tiêm chủng tại nhà là 88%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu thực hiện tại Bắc Ninh năm 2014 (95,69%) [9] và tại Thanh Hóa năm 2016 (93,7%) [8].

Khi trẻ có sốt, số bà mẹ trẻ xử trí cho trẻ bú và uống nhiều nước chiếm 26,3%, dùng thuốc hạ sốt chiếm 100% nhưng khi trẻ có sưng nóng đỏ tại chỗ tiêm thì 100% bà mẹ đã không làm gì để xử

trí cho con. Như vậy có thể do họ chưa quan tâm hoặc do họ không biết phải làm gì, vì vậy công tác tư vấn theo dõi và xử trí phản ứng sau tiêm cần được trú trọng hơn nữa để các bà mẹ có thể xử lý các phản ứng thông thường tại nhà, đưa trẻ đến cơ sở y tế khám và điều trị khi cần thiết nhằm đảm bảo an toàn cho trẻ sau tiêm chủng.

V. KẾT LUẬN

- Về kiến thức: tỷ lệ bà mẹ biết thời gian cần phải theo dõi trẻ rất thấp: đủ 30 phút tại nơi tiêm 18,9% và ít nhất 24 giờ tại nhà là 30%. Phần lớn bà mẹ biết các dấu hiệu phản ứng thông thường sau tiêm chủng: 98,3% bà mẹ trẻ biết dấu hiệu sốt nhẹ, các dấu hiệu như sưng đau tại chỗ, quấy khóc nhẹ 78,3% và các bà mẹ trẻ đã nghe về phản ứng nặng xảy ra sau khi tiêm chủng bao gồm sốt rất cao 95%, quấy khóc kéo dài 60%, co giật 50% và gây tử vong 55%. Biết các biểu hiện nặng cần đưa trẻ đến cơ sở y tế: Sốt cao trên 39°C là 90%, quấy khóc kéo dài 75%, co giật 90%, tím tái khó thở 75% và bú ít bỏ bú 65%.

- Về thực hành: Tỷ lệ bà mẹ theo dõi trẻ đủ 30 phút tại nơi tiêm chủng và ít nhất 24 giờ tại nhà thấp (50%). Về xử trí các phản ứng sau tiêm chủng, chủ yếu các bà mẹ đã xử trí khi trẻ bị sốt nhưng không xử trí gì khi trẻ có biểu hiện sưng đỏ tại vị trí tiêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ministry of health thailand (2011), "Prevent infectious diseases".
2. S. W. Roush và T. V. Murphy (2007), "Historical comparisons of morbidity and mortality for vaccine-preventable diseases in the United States", *Jama*, 298(18)tr.2155-63.
3. Amirhosein Ghazizadeh Hashemi Rahim Vakili, Gholamreza Khademi và các cộng sự (2015), "Immunization Coverage in WHO Regions", *A Review Article*, 3(2-1), tr. 111-118.
4. Joel G. Breman Dean T. Jamison, Anthony R. Measham và các cộng sự (2006), "Disease Control Priorities in Developing Countries, SECOND EDITION, ed", The International Bank for Reconstruction and Development and Oxford University Press
5. Dự án Tiêm chủng mở rộng (2006), "Giám sát phản ứng sau tiêm chủng".
6. Dự án Tiêm chủng mở rộng (2009), "Báo cáo đánh giá chương trình tiêm chủng mở rộng VN".
7. Dự án Tiêm chủng mở rộng (2009), "Báo cáo Kết quả tiêm chủng mở rộng năm 2009".
8. Nguyễn Thành Trung (2017), "Kiến thức và thực hành theo dõi phản ứng sau tiêm chủng của bà mẹ có con dưới 1 tuổi và một số yếu tố liên quan tại hai huyện, thành phố của tỉnh Thanh Hóa năm 2016."
9. Nguyễn Thị Thùy Dung (2015), "Thực trạng phản ứng sau tiêm chủng vắc xin QUINVAXEM và thực hành chăm sóc trẻ sau tiêm chủng của các bà mẹ tại Bắc Ninh năm 2014".

KHẢO SÁT VIỆC SỬ DỤNG THUỐC VÀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN TRẦM CẢM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,2}, Nguyễn Ngọc Khôi¹,
Trương Khánh Ngân¹, Nguyễn Như Hồ^{1,3*}

TÓM TẮT

Trầm cảm là một trong những bệnh lý thần kinh gây ra gánh nặng lớn đối với hệ thống chăm sóc y tế. Bệnh được điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm. Việc tuân thủ điều trị có liên quan chặt chẽ tới hiệu quả điều trị. Không tuân thủ trong việc sử dụng các thuốc chống trầm cảm có thể dẫn tới bệnh tái phát hoặc nặng nề hơn, làm giảm hiệu quả và tăng tỷ lệ tử tử ở bệnh nhân. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát việc sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị ở bệnh nhân trầm cảm. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 115 bệnh nhân trầm cảm, đã có ít nhất 2 tuần sử dụng thuốc, tới tái khám tại phòng khám Tâm thần kinh, bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh. Tuân thủ điều trị được đánh giá bằng thang điểm MMAS-8. Tất cả bệnh nhân đều được chỉ định thuốc thuộc nhóm SSRI hoặc mirtazapin như lựa chọn đầu tay. Tỷ lệ bệnh nhân được kê 1, 2, 3 thuốc điều trị trầm cảm lần lượt là 42,6%, 55,7% và 1,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có tuân thủ điều trị tốt là 69,6%.

Từ khóa: thuốc chống trầm cảm, tuân thủ, MMAS-8, trầm cảm

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE MEDICATION USE AND ADHERENCE IN PATIENTS WITH DEPRESSION AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Depression is a major burden for the health care system worldwide and can be treated by antidepressants. Medication adherence is strongly associated with the treatment outcomes. Non-adherence to antidepressants can lead to relapse and recurrence of depression, poor outcome and increased suicide rates. The aim of this study was to investigate the antidepressants' use and medication adherence in patients with depression. We conducted a cross-sectional study in 115 depressive patients with at least two weeks of using antidepressants at Psychiatric Clinic, University Medical Center, Ho Chi Minh City. Medication adherence was assessed by using (Morisky Medication Adherence Scales-8 (MMAS-8) questionnaires. All patients were prescribed SSRI or mirtazapine as their primary antidepressant. The prevalence of patients prescribed one, two and three antidepressants were 42.6%, 55.7%, and 1.7%, respectively. The good

medication adherence rate was 69.6%.

Keywords: antidepressant, adherence, MMAS-8, depression.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một trong những bệnh lý thần kinh gây ra gánh nặng lớn đối với hệ thống chăm sóc y tế toàn cầu về mặt chất lượng sống, bệnh tật và tử vong [2,7,8]. Trầm cảm đứng 4 trong nhóm các bệnh gây ra tình trạng suy kiệt và dự báo đến năm 2030, số người mắc trầm cảm sẽ tăng lên hàng thứ 3, ngang với bệnh tim thiếu máu cục bộ và HIV/AIDS [5,7]. Việc không tuân thủ gây ra nhiều vấn đề phức tạp, gây thất bại trong điều trị trầm cảm. Các nghiên cứu đã thực hiện trên bệnh nhân trầm cảm cho thấy tỷ lệ không tuân thủ điều trị biến động từ 19,7% đến 59,5%[1,4]. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống cho thấy việc không tuân thủ sử dụng thuốc làm giảm hiệu quả lâm sàng, giảm hiệu quả kinh tế, làm tăng nguy cơ tái mắc bệnh, tăng nguy cơ nhập viện cấp cứu và tăng tỷ lệ tử vong [3]. Do đó, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu khảo sát tình hình sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị ở bệnh nhân trầm cảm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trầm cảm tại phòng khám Tâm thần kinh, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 28/4/2018 đến 15/6/2018.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân có chẩn đoán trầm cảm từ một trong những lần khám trước.
- Đến tái khám tại phòng khám Tâm thần kinh, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
- Sử dụng thuốc điều trị trầm cảm liên tục trong ít nhất 2 tuần gần đây.
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hoàn thành đầy đủ các câu hỏi phỏng vấn.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Thu thập số liệu về các thuốc điều trị trầm cảm được kê đơn. Phòng vấn trực tiếp bệnh nhân để xác định mức độ tuân thủ điều trị. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi thang đo tuân thủ điều trị MMAS-8 phiên bản tiếng Việt đã

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Nguyễn Trãi, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Hồ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2019

Ngày duyệt bài: 12.4.2019

được dịch thuật và thẩm định, gồm 8 câu hỏi dưới dạng câu hỏi có hoặc không [6]. Trong câu hỏi từ 1 đến 4 và từ 6 đến 8 khi trả lời "có" sẽ được tính 0 điểm, trả lời "không" được tính 1 điểm. Ngược lại, ở câu hỏi số 5, trả lời "có" được tính 1 điểm. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân được coi là tuân thủ tốt khi có MMAS-8 đạt từ 6 đến 8 điểm.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ % với biến phân loại; trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) đối với biến liên tục. Thống kê tỷ lệ các thuốc sử dụng và tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt sử dụng phương pháp thống kê mô tả.

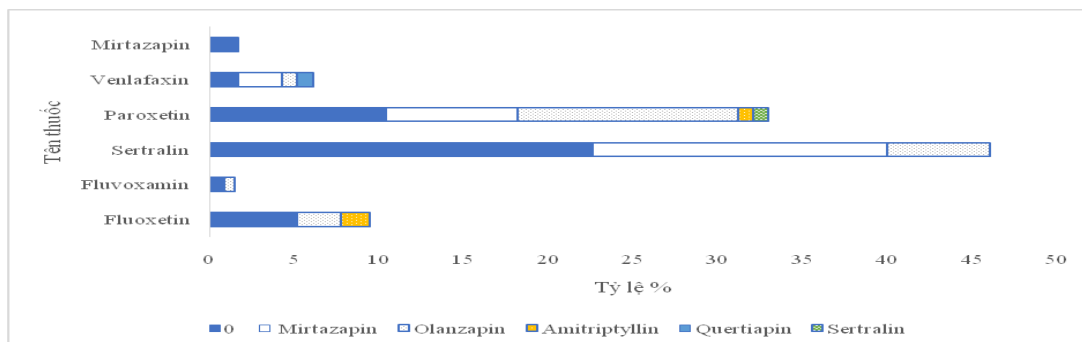
Vấn đề y đức: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được mã hoá, giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 115 bệnh nhân trầm cảm tham gia khảo sát, có 7 bệnh nhân mắc trầm cảm tái diễn chiếm tỷ lệ 6%. Thời gian mắc trầm cảm và sử dụng thuốc chống trầm cảm của bệnh nhân

trung bình lần lượt là 12,1 tháng (khoảng tứ phân vị 3 – 42) và 5,3 (khoảng tứ phân vị 1,2 – 35). Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 45 ± 27 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm đa số với 93/115,9 (80%).

Việc sử dụng thuốc điều trị trầm cảm: Các thuốc chống trầm cảm được kê toa gồm có sertraline, paroxetin, fluoxetin, fluvoxamin, venlafaxin, mirtazapin, olanzapin, quetiapin và amitriptylin. Trong đó, bệnh nhân được kê toa nhiều nhất là sertraline, ở dạng đơn trị hoặc phối hợp, chiếm tổng số 46,1%, cao thứ hai là paroxetin 32,1%. Tỷ lệ bệnh nhân được kê toa sử dụng một, hai và ba thuốc trầm cảm lần lượt là 42,6%, 55,7% và 1,7%. Trong đó, có 2 bệnh nhân sử dụng 3 loại thuốc chống trầm cảm đều là phối hợp paroxetin, mirtazapin và sertraline. Tất cả bệnh nhân đều được chỉ định thuốc chống trầm cảm nhóm ức chế tái thu hồi chọn lọc serotonin (SSRI) hoặc mirtazapin. Thuốc có tỷ lệ được sử dụng trong phối hợp nhiều nhất là mirtazapin và olanzapin với tỷ lệ được kê đơn chung với một thuốc chống trầm cảm khác là 50% và 40,6%. Hình 1 thể hiện các loại thuốc và tỷ lệ của các thuốc được kê cho bệnh nhân sử dụng một hoặc hai loại thuốc trầm cảm.



**Hình 1. Tỷ lệ các dạng phối hợp thuốc chống trầm cảm được chỉ định
Tuân thủ điều trị của bệnh nhân theo MMAS-8**

Nghiên cứu ghi nhận có 69,6% bệnh nhân có mức độ tuân thủ điều trị tốt, trong đó có 50% bệnh nhân đạt điểm tuân thủ tối đa 8 điểm. Điểm trung bình phần tuân thủ là $7,0 \pm 3,0$ điểm. Kết quả khảo sát theo từng câu hỏi được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân trả lời "Có" theo từng câu hỏi MMAS-8 (n = 115)

Câu hỏi	Tần số	Tỷ lệ %
1. Thành thật bạn có quên uống thuốc không?	53	46,1
2. Người ta đôi khi bỏ dùng thuốc do nhiều lý do chứ không hẳn là vì quên. Suy nghĩ cẩn thận trong hai tuần trở lại đây, có khi nào bạn không dùng thuốc?	33	28,7
3. Có bao giờ bạn giảm hoặc ngưng dùng thuốc mà không báo cho bác sĩ vì bạn cảm thấy tệ hơn khi dùng nó?	26	22,6
4. Khi đi du lịch hoặc đi xa nhà, thành thật bạn có quên mang theo thuốc không?	6	5,2
5. Ngày hôm qua, bạn có dùng đủ các thuốc trong ngày không?	98	85,2
6. Khi bạn cảm thấy triệu chứng được kiểm soát, thành thật bạn có ngưng dùng thuốc không?	25	21,7

7. Dừng thuốc mỗi ngày gây bất tiện cho một số người. Có bao giờ bạn cảm thấy phiền khi phải tuân thủ chế độ điều trị?	24	20,9
8. Bạn có thường gặp khó khăn khi nhớ uống tất cả các loại thuốc?	9	7,8%

IV. BÀN LUẬN

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được chỉ định thuốc chống trầm cảm chính là thuốc thuộc nhóm SSRI hoặc mirtazapin. Theo nghiên cứu của Ayalon L [1], chỉ có 60% bệnh nhân da đen và 78,5% bệnh nhân người Mỹ Latin được chỉ định thuốc chống trầm cảm chính là một thuốc thuộc nhóm SSRI hoặc thuốc thể hệ mới, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể do sự thay đổi về phác đồ điều trị theo thời gian. Sertraline và paroxetine là hai thuốc được chỉ định nhiều nhất với tỷ lệ được kê đơn lần lượt là 46,1% và 32,1%. Điều này phù hợp với phác đồ điều trị trầm cảm hiện nay với việc sử dụng đầu tay các thuốc nhóm SSRI. Nghiên cứu của chúng tôi có 55,7% bệnh nhân phải dùng hai thuốc để điều trị trầm cảm. Sau sertraline hoặc paroxetine, bệnh nhân có thể được chỉ định thêm hoặc thay thế bằng các thuốc khác như mirtazapin, venlafaxin, fluoxetine hay fluvoxamin nếu bệnh nhân sử dụng mà không dung nạp được tác dụng không mong muốn của sertraline (gây mất ngủ) hoặc paroxetine (gây tăng cân) hoặc bệnh nhân mắc trầm cảm tái diễn hoặc đáp ứng kém với điều trị bằng một thuốc. Thuốc có tỷ lệ cao nhất được sử dụng trong phối hợp điều trị trầm cảm là mirtazapin và olanzapin. Mặc dù olanzapin không phải là thuốc chống trầm cảm nhưng có chỉ định dùng phối hợp với thuốc chống trầm cảm để điều trị trầm cảm. Các biện pháp chỉ định đơn trị hoặc phối hợp đều hợp lý theo khuyến cáo điều trị hiện hành.

Về vấn đề tuân thủ điều trị, có 69,6% bệnh nhân đạt tuân thủ điều trị tốt. So với kết quả các nghiên cứu khác, đây là mức tỷ lệ trung bình – khá. Dữ liệu từ các nghiên cứu tuân thủ bằng phương pháp tự báo cáo sử dụng bộ câu hỏi cho thấy tỷ lệ tuân thủ trong điều trị trầm cảm rất đa dạng từ 41,5% đến 80,3%, tùy thuộc vào đối tượng dân số, quốc gia, khu vực khảo sát [1,4]. Nghiên cứu của Lee M.S. và cộng sự thực hiện tại Hàn Quốc (2010) cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ được xác định bằng phương pháp dùng nắp đếm thuốc điện tử, đếm số thuốc còn lại, dùng bộ câu hỏi xác định sự tuân thủ và bệnh nhân tự thuật lại lần lượt là 52,6%, 72,4%, 80,3% và 76,3% [4], trong đó mức độ tuân thủ của bệnh nhân bằng phương pháp phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi MMAS-8 cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (72,4% so với 69,6%). Hầu

hết bệnh nhân đều cố gắng tái khám đúng hẹn, nhưng có tới 46,1% bệnh nhân thỉnh thoảng vẫn quên uống thuốc. 22,6% bệnh nhân tự ý ngưng thuốc khi uống thuốc nhưng không thấy khỏe hơn và 21,7% bệnh nhân ngưng thuốc khi thấy mình đã khỏe hơn. Đây là những điểm đáng được chú ý để tư vấn cho bệnh nhân đến thăm khám xin ý kiến của bác sĩ về việc ngưng dùng thuốc, do điều này có thể dẫn đến nguy cơ mắc trầm cảm tái diễn và kéo dài hơn nữa thời gian điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tình hình sử dụng thuốc trong điều trị trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với các khuyến cáo hiện hành với việc sử dụng đầu tay của các thuốc SSRI, chủ yếu là sertraline và paroxetine. Khi bệnh nhân không dung nạp thuốc đầu tay hoặc không đạt hiệu quả điều trị đầy đủ, bệnh nhân được chỉ định phối hợp thêm một thuốc thứ hai. Tuân thủ điều trị của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là ở mức trung bình, vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân tự ý ngưng dùng thuốc. Do đó cần tăng cường biện pháp tư vấn, giáo dục để có thể nâng cao hơn nữa tuân thủ điều trị cho bệnh nhân trầm cảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ayalon L., Areán P.A., Alvidrez J. (2005), "Adherence to Antidepressant Medications in Black and Latino Elderly Patients", *Am J Geriatr Psychiatry*, 13(7), pp. 572-580.
2. Greenberg P.E., Fournier A.A., Sisitsky T., Pike C.T., Kessler R.C. (2015), "The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States", *The Journal of clinical psychiatry.*, 76(2), pp. 155-162.
3. Ho S.C., Chong H.Y., Chaiyakunapruk N., Tangiisyan B., Jacob S.A. (2015), "Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: A systematic review", *J Affect Disord.*, 193, pp. 1-10.
4. Lee M.S., Lee H.W., Kang S.G. (2010), "Variables influencing antidepressant medication adherence for treating outpatients with depressive disorders", *Journal of Affective Disorders*, 123, pp. 216-221.
5. Mathers C.D., Loncar D. (2006), "Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030", *PLoS Med.*, 3(11), pp. 442.
6. Nguyen T. et al. (2015), "Translation and cross-cultural adaptation of the brief illness perception questionnaire, the beliefs about medicines questionnaire and the Morisky Medication Adherence Scale into Vietnamese: 285",

- Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 24, pp. 159-160.
7. **Ustun T.B., Ayuso-Mateos J.L., Chatterji S., Mathers C., Murray C.J.L. (2004),** "Global burden of depressive disorders in the year 2000", The British Journal of Psychiatry., 184(5), 386-392.

8. **World Health Organization,** "World Health Report 2001. Mental Health. New Understanding, New Hope 2001", who.int, Oct. 30, 2001. [Online]. Available: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1. [Ngày truy cập: 01/03/2019].

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CÓ TỔN THƯƠNG THẬN TẠI KHOA THẬN-TIẾT NIỆU, BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2018-2019

Nguyễn Thúy Dung¹, Trần Thị Phúc Nguyệt², Nguyễn Trọng Hưng³

TÓM TẮT

Đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 thường được phát hiện muộn với những biến chứng nặng nề, bệnh đang trở thành dịch bệnh nguy hiểm trên toàn cầu, đặc biệt là các nước đang phát triển. Tổn thương thận là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ, là nguyên nhân của bệnh thận mạn trên toàn thế giới. Bệnh ĐTĐ có tổn thương thận làm tăng nguy cơ tim mạch, tử vong ở bệnh nhân ĐTĐ. **Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ĐTĐ type 2 có tổn thương thận điều trị nội trú tại khoa Thận-Tiết niệu, Bệnh viện Nội tiết Trung Ương năm 2018-2019. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 người bệnh điều trị nội trú tại khoa Thận-Tiết niệu từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 3 năm 2019. **Kết quả:** Tỷ lệ thừa cân-béo phì, bình thường, suy dinh dưỡng lần lượt là: 39,2%; 58,3%; 2,5%; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về cân nặng và chiều cao trung bình; không có sự khác biệt về BMI. Tỷ lệ bệnh nhân có SGA-A; SGA-B/C lần lượt là: 81,7%; 18,3%.

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng, đái tháo đường type 2, bệnh thận, bệnh viện Nội tiết Trung ương

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF TYPE II DIABETES MELLITUS WITH KIDNEY INJURY OF PATIENTS WHO ARE INPATIENTS AT THE NEPHROLOGY-UROLOGY DEPARTMENT, NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY IN 2018-2019

Type 2 diabetes mellitus is often detected late with severe complications, the disease is becoming a dangerous disease globally, especially in developing countries. Kidney injury is a common complication in diabetes mellitus patients, the cause of chronic kidney disease worldwide. Diabetes mellitus with kidney injury increases cardiovascular risk and death in diabetic patients. **Objectives:** To assess the

nutritional status of type 2 diabetes mellitus with kidney injury inpatient treatment in the Department of Kidney-Urology, National Endocrinology Hospital 2018-2019. Cross-sectional study on 120 type 2 diabetes mellitus with kidney injury of patients who are inpatients was conducted at the Nephrology-Urology department, National Hospital of endocrinology in 2018-2019. **Results:** The percentage of Overweight-obesity, normal, chronic energy disease were 39.2%; 58.3%; 2.5%; respectively. There was a statistically significant difference between male and female in average weight and height; There is no difference in BMI. The Percentage of SGA-A; SGA-B / C were 81.7%; 18.3%, respectively.

Key words: nutritional status, type 2 diabetes mellitus, kidney disease, National hospital of endocrinology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh mạn tính có đặc trưng bởi tình trạng tăng nồng độ glucose máu mạn tính cùng với RLCH carbohydrat, protein, lipid do giảm bài tiết insulin, giảm khả năng hoạt động của insulin hoặc cả hai [1]. Sự gia tăng không ngừng của bệnh ĐTĐ và biến chứng của nó đã khiến công tác phòng ngừa và điều trị trở thành ưu tiên hàng đầu của ngành y tế toàn cầu. Theo IDF, năm 2017 (20 - 79 tuổi) có 425 triệu người đang chung sống với bệnh ĐTĐ với trên 50% số đó chưa được chẩn đoán và điều trị, dự kiến tới năm 2045, con số ĐTĐ sẽ là 629 triệu người và con số này sẽ gia tăng mạnh mẽ tại các nước đang phát triển đặc biệt ở Ấn Độ và khu vực Đông Nam Á. Trong đó, có khoảng 90% là bệnh ĐTĐ type II, còn lại ĐTĐ type I, khi đó chỉ có khoảng 6% người bệnh đạt mục tiêu điều trị [2]. Việt Nam là quốc gia có số ca mắc đái tháo đường cao trong khu vực Đông Nam Á, theo điều tra, năm 2015 trong nhóm tuổi 18 - 69 là 4,1% mắc đái tháo đường và 3,6% mắc tiền đái tháo đường, theo thống kê tỷ lệ bệnh tăng 8 - 20 % mỗi năm. Theo công bố của Bệnh viện Nội tiết Trung ương trong vòng 10 năm (2002 - 2012) tỷ lệ đái tháo đường tăng 211% [1].

¹Học Viện Y Dược Cổ Truyền Việt Nam

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Viện Dinh Dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thúy Dung

Email: thuydung712.hn@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2019

Ngày duyệt bài: 12.4.2019

Bệnh viện Nội tiết Trung ương là một bệnh viện hàng đầu điều trị bệnh nội tiết và chuyển hóa trong đó có bệnh ĐTĐ type II. Khoa Thận-Tiết niệu là một trong các nhóm khoa nội chung của bệnh viện. Với mong muốn tìm hiểu các yếu tố liên quan gây bệnh ĐTĐ type II nhằm cải thiện TTDD của bệnh nhân ĐTĐ type II có tổn thương thận góp phần nâng cao kết quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Xác định tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ĐTĐ type 2 có tổn thương thận điều trị nội trú tại khoa Thận-Tiết niệu, Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2018-2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

***Lựa chọn đối tượng:** Tất cả các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên nhập viện vào Khoa Thận-Tiết niệu, Bệnh viện Nội tiết Trung ương trong vòng 48 giờ có chẩn đoán mắc bệnh ĐTĐ type 2 có tổn thương thận của bác sĩ lâm sàng và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ những đối tượng là ĐTĐ thể khác, phụ nữ có thai và phụ nữ cho con bú trong vòng 12 tháng sau khi đẻ, người bệnh mắc bệnh lý cấp tính, người gù vẹo.

***Địa điểm nghiên cứu:** Thận -Tiết niệu, Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

***Thời gian thực hiện:** từ 08/2018 đến 3/2019

***Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ:

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

n là số lượng cần điều tra; Z^2 1- $\alpha/2$: độ tin cậy 95%, $Z=1,96$; p: tỷ lệ tỉ lệ bệnh nhân thận-tiết niệu, nội tiết SDD theo phương pháp SGA bệnh viện Điện Biên 2012 là 18,2% [3]; ϵ : khoảng sai lệch tương đối, chọn $\epsilon = 0,4$; Cộng thêm 10% dự phòng, được cỡ mẫu $n = 120$.

***Chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích, các bệnh nhân vào khoa Thận-Tiết niệu trong vòng 48 giờ có chẩn đoán là bệnh thận ĐTĐ đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu cho tới khi đủ cỡ mẫu.

***Thu thập số liệu:** Các đối tượng sau khi được điều trị tại khoa Thận-Tiết niệu sẽ được phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ phiếu điều tra được thiết kế trước và được đánh giá TTDD tại thời điểm nhập viện bằng phương pháp

đo các chỉ số nhân trắc.

Phương pháp đo các số liệu nhân trắc: Cân nặng của đối tượng được sử dụng cân có độ chính xác đến 0,1kg, đo chiều cao đứng bằng thước gỗ tiêu chuẩn có độ chính xác 0,1cm. Đánh giá TTDD dựa vào bảng đánh giá BMI của WHO (1998) để chia ra thành các nhóm: SDD trường diễn, bình thường và thừa cân-béo phì. SGA (Subjective Global Assessment); là phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan với các biến số: sụt cân, thay đổi chế độ ăn, mất lớp mỡ dưới da, teo cơ. Sau khi đánh giá tính điểm: SGS-A: không có nguy cơ; SGA-B: nguy cơ vừa/nhẹ; SGA-C: nguy cơ nặng.

***Xử lý số liệu:** Sử dụng các phần mềm EPIDATA 3.1, SPSS13.0 để nhập và xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số thông tin của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung

Đặc điểm		n	%
Giới	Nữ	48	40,0
	Nam	72	60,0
Quê quán	Thành phố lớn	33	27,5
	Thị xã, thị trấn	55	45,8
	Nông thôn	32	26,7
Nghề nghiệp	Nông dân – Công nhân	29	24,2
	Viên chức, hành chính	5	4,2
	Hưu trí	63	52,5
	Lao động tự do	23	19,1
Trình độ học vấn	Tiểu học	45	37,8
	THCS - THPT	57	47,9
	Trung cấp/ cao đẳng	13	10,9
	Đại học/ sau đại học	4	3,4

Nhận xét: Tổng số 120 bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thận đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, bệnh nhân nam chiếm đa số với 60,0%, nữ chiếm 40,0%. Đa số bệnh nhân đến từ thành phố lớn, thị xã, thị trấn chiếm 73,3%, còn lại đến từ vùng nông thôn. Nghề nghiệp nhiều nhất là hưu trí, chiếm 52,5%. Ít nhất là viên chức, hành chính, chiếm tỉ lệ 4,2%.

Về trình độ học vấn, nhóm bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao nhất là trình độ học vấn trung học phổ thông và trung học cơ sở, chiếm tỉ lệ 47,9%, trình độ tiểu học đứng thứ hai với tỉ lệ 37,8%. Bệnh nhân có trình độ trung cấp, cao đẳng chiếm 10,9%. Bệnh nhân có trình độ học vấn đại học, sau đại học chiếm tỉ lệ thấp nhất, chỉ chiếm 3,4%.

Bảng 2. Đặc điểm nhân trắc của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm nhân trắc của bệnh nhân tham gia nghiên cứu				
Giới tính Số đo nhân trắc	Tổng (n=120)	Nam (n =72)	Nữ (n=48)	p
	TB ± SD			
Cân nặng (kg)	57.9 ± 9.8	65.2 ± 8.8	62.3 ± 9.8	0,000

Chiều cao (cm)	154.7 ± 5.8	164.1 ± 5.7	160.3 ± 7.4	0,000
BMI (kg/m ²)	24.2 ± 3.6	24.2 ± 2.8	24.2 ± 3.1	0,974

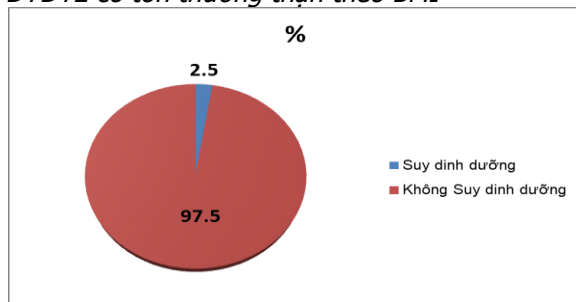
Nhận xét: Cân nặng trung bình của 120 bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thận là $57,9 \pm 9,8$ kg, nam có cân nặng trung bình cao hơn nữ $65,2 \pm 8,8$ kg so với nữ $62,3 \pm 9,8$ kg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Chiều cao trung bình của 120 bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thận là $154,7 \pm 5,8$ cm, nam cao hơn nữ với số đo là $164,1 \pm 5,7$ cm so với nữ là $160,3 \pm 7,4$ cm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Số đo BMI trung bình của 120 bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thận là $24,2 \pm 3,6$ kg/m², nữ có BMI trung bình tương đương nam, lần lượt là $24,2 \pm 3,1$ và $24,2 \pm 2,8$ song sự khác biệt chưa thấy có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ĐTĐT2 có tổn thương thận

3.2.1. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ĐTĐT2 có tổn thương thận theo BMI



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ĐTĐT2 có tổn thương thận theo BMI

Nhận xét: Xét theo phân loại TTDD bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thận theo chỉ số BMI, có 3 trong tổng số 120 bệnh nhân bị SDD chiếm tỉ lệ 2,5%. Có 117 trong 120 bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường, chiếm tỉ lệ 97,5%.

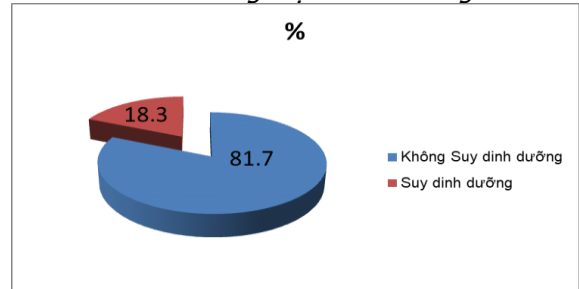
Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ĐTĐT2 có tổn thương thận theo giới tính (theo BMI)

Gới tính BMI	Nữ n (%)	Nam n (%)	Chung n (%)
<18,5	0(0)	3(4.2)	3(2,5)
18, 5 -24,9	29(60.4)	41(56.9)	70(58,3)
≥25	19(39.6)	28(38.9)	47(39,2)
Chung	48(100)	72(100)	120(100)
p	0,356		

Nhận xét: Tại thời điểm nhập viện, theo số đo nhân trắc BMI, tỉ lệ bệnh nhân nam bị thừa cân cao hơn bệnh nhân nữ, 59,6% so với 40,4%. Tỉ lệ bệnh nhân nam có tình trạng dinh dưỡng bình thường cao hơn bệnh nhân nữ,

58,6% so với 41,4%. Chỉ có 3 bệnh nhân bị suy dinh dưỡng, toàn là bệnh nhân nam. Có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng giữa bệnh nhân nam và nữ mắc đái tháo đường có tổn thương thận theo đánh giá BMI song sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ĐTĐT2 có tổn thương thận theo đánh giá SGA



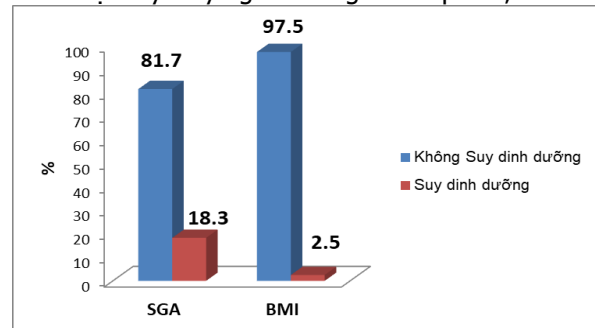
Biểu đồ 2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ĐTĐT2 có tổn thương thận theo SGA

Nhận xét: Xét theo phân loại TTDD bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thận theo đánh giá SGA, có 22 trong tổng số 120 bệnh nhân bị SDD, chiếm tỉ lệ 18,3% và có 98 bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường, chiếm 81,7%.

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ĐTĐT2 có tổn thương thận theo giới (theo SGA)

SGA	Nữ n (%)	Nam n (%)	Chung n (%)
SDD	8(16.7)	14(19.4)	22(18.3)
Không SDD	40(83.3)	58(80.6)	98(81.7)
Chung	48(100)	72(100)	120(100)
p	0,023		

Nhận xét: Theo phương pháp SGA, tỉ lệ suy dinh dưỡng giữa nam và nữ của bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thận có sự khác biệt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thận

theophương pháp BMI và SGA

Nhận xét: Theo chỉ số BMI, tỉ lệ bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thận mức SDD là 2,5%, tỉ lệ này là 18,3% theo phương pháp SGA. Bệnh nhân có TTDD bình thường theo đánh giá BMI là 97,5%, tỉ lệ này là 81,7% theo phương pháp SGA.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của tôi được tiến hành trên 120 bệnh nhân được đủ tiêu chuẩn nghiên cứu đang điều trị nội trú tại khoa Thận-Tiết niệu, Bệnh viện Nội tiết Trung Ương trong khoảng thời gian từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 3 năm 2019.

Châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng đang chịu gánh nặng kép về dinh dưỡng, trong đó bệnh ĐTĐ type 2 đang là 1 trong những bệnh có tốc độ gia tăng và ngày càng trẻ hóa một cách nhanh chóng. Người châu Á mắc ĐTĐ type 2 sớm hơn, mặc dù có BMI thấp hơn, bị biến chứng nặng hơn và tử vong sớm hơn [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BMI trung bình 24.2 ± 3.6 ; tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ type 2 có tổn thương thận có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường chiếm cao nhất (58,3%), tỷ lệ thừa cân-béo phì là 39,2%, tỷ lệ bị suy dinh dưỡng trường diễn là 2,5%. Kết quả nghiên cứu này khá tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Ngát và cộng sự trên bệnh nhân ĐTĐ type 2 nói chung: thừa cân-béo phì, bình thường, suy dinh dưỡng trường diễn lần lượt là 53,3%; 41,7%; 5%[4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác với nghiên cứu của Khổng Thị Thúy Lan và cộng sự trên bệnh nhân ĐTĐ type 2 có tình trạng dinh dưỡng như sau: thừa cân-béo phì là 18,9%; bình thường là 73,9%; suy dinh dưỡng trường diễn là 7,2%[5]. Có sự khác biệt này có thể do khác nhau về địa điểm nghiên cứu cũng như các đặc điểm về điều kiện sống và các phong tục khác. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cân nặng trung bình, chiều cao trung bình giữa nam và nữ ($p < 0,01$). Tuy nhiên, chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt khi so sánh BMI trung bình giữa 2 giới nam và nữ. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Khổng Thị Thúy Lan và cộng sự[5], tuy nhiên có sự khác biệt so với nghiên cứu của Kwon cũng nghiên cứu trên 396 bệnh nhân ĐTĐ type 2 ở Hàn Quốc: BMI trung bình của nữ ($26,13 \pm 3,59$) cao hơn nam ($25,02 \pm 3,34$) có sự khác biệt giữa 2 giới với $p < 0,05$ [6]. Nam giới được chẩn đoán mắc ĐTĐ ở độ tuổi trẻ hơn nữ giới ở cùng một chỉ số BMI trên tất cả các nhóm tuổi trong nghiên cứu này. Điều này chỉ ra rằng: nam giới có nguy cơ mắc

ĐTĐ cao hơn nữ giới ở cùng một chỉ số BMI. Theo Yogita Rochlani (2017), vòng bụng càng lớn sẽ gây ra sự đề kháng insulin càng nhiều do đó tỷ lệ các biến chứng càng cao. Do vòng bụng càng lớn vòng đời càng ngắn nên cần kiểm soát tỷ lệ vòng bụng/ vòng hông ở ngưỡng bình thường theo khuyến cáo để ngăn ngừa các biến chứng như tim mạch, thận...[7]. Kết quả đánh giá bằng SGA trong nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ không SDD và nguy cơ SDD của bệnh nhân ĐTĐ có tổn thương thận lần lượt là 81,7% và 18,3%, tỷ lệ của nam giới là 19,4%, cao hơn tỷ lệ này ở nữ giới (16,7%) ($p < 0,05$). Kết quả này khá giống với nghiên cứu của Nguyễn Đỗ Huy và cộng sự ở bệnh nhân khoa Thận = tiết niệu ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2012, nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA là 18,2% [3]. Kết quả này là tương đối cao, cao hơn tỷ lệ SDD ở Khoa nội tiết (14,3%) và thấp hơn tỷ lệ này ở Khoa tiêu hóa (58,5%) trong nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai (2006) [8]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy với hai cách đánh giá TTDD bằng nhân trắc hay đánh giá bằng SGA, tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ về SDD ở phương pháp SGA cao hơn bằng phương pháp BMI, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thừa cân-béo phì, bình thường, suy dinh dưỡng lần lượt là: 39,2%; 58,3%; 2,5%;
- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về cân nặng và chiều cao trung bình; không có sự khác biệt về BMI.
- Tỷ lệ bệnh nhân có SGA-A; SGA-B/C lần lượt là: 81,7%; 18,3%.

Khuyến nghị: Nên phối hợp các phương pháp, ưu tiên SGA để sàng lọc, đánh giá dinh dưỡng cho tất cả các bệnh nhân khi nhập viện cũng như trong thời gian nằm viện để có kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng và điều trị cho hiệu quả, cũng như có kế hoạch dự phòng các biến chứng của bệnh ĐTĐ gây nên như tổn thương thận, mắt,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2017)**, Hướng dẫn và chẩn đoán điều trị đái tháo đường năm 2017, Nhà xuất bản Y học, HN
2. **IDF (2017)**. The 2017 IDF Diabetes Atlas, 8th Edition, estimates of diabetes and IGT prevalence in adults. International Diabetes Federation, 20-79.
3. **Nguyễn Đỗ Huy, Nguyễn Nhật Minh (2013)**, Thực trạng dinh dưỡng của bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2012, Tạp chí Y học thực hành (874), số 6:3-6
4. **Vũ Thị Ngát, Nguyễn Trọng Hưng, Nguyễn Thị Thu Hà, Phan Hương Dương, Nguyễn Thị Thịnh, Nguyễn Thị Đào (2018)**, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân

- đái tháo đường type II khi nhập viện tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, năm 2017 – 2018, Tạp chí Nghiên cứu Y học 113 (4): 38-45
5. **Khổng Thị Thúy Lan, Phạm Duy Tường (2017)**, Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần của bệnh nhân ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2015-2016, Tạp chí Dinh dưỡng & thực phẩm 13 (4): 111-118
 6. **Su Kyoung Kwon (2014)**, Women are diagnosed with type 2 diabetes at higher Body Mass Indices and older ages than men: Korea National Health and Nutrition Examination survey 2007-2010, Diabetes Metab J. 2014 Feb; 38(1): 74-80
 7. **Yogita Rochlani (2017)**, "Metabolic syndrome: pathophysiology, management, and modulation by natural compounds", Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease. Vol. 11, tr. 215-225.
 8. **Phạm Thu Hương, Nguyễn Thị Lâm, Nguyễn Bích Ngọc, Trần Châu Quyên, Nghiêm Nguyệt Thu, Phạm Thắng (2006)**, Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện khoa tiêu hóa và nội tiết tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, Số 3+4, 85-91.

HOÀN CHỈNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT ARMS - PCR ĐỂ XÁC ĐỊNH NHỮNG BIẾN ĐỔI CỦA MỘT SỐ GEN MÃ HÓA ENZYME CHUYỂN HÓA XENOBIOTIC Ở NAM GIỚI VÔ SINH NGUYÊN PHÁT

Vũ Thị Huyền*, Nguyễn Thị Trang*

TÓM TẮT

Vô sinh hiện nay là một vấn đề cần được quan tâm nhiều hơn tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Trong quá trình chuyển hóa các xenobiotic, CYP1A1 là gen có vai trò then chốt, tham gia mã hóa enzyme liên quan đến biến đổi nhóm hoạt tính của xenobiotic trong giai đoạn I của quá trình; GSTP1 và NAT2 là hai gen giữ vai trò mã hóa hai enzyme tham gia biến đổi xenobiotic giai đoạn II, biến đổi thành các chất dễ dàng thải trừ ra ngoài môi trường. Đối tượng nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân nam giới được chẩn đoán vô sinh không rõ nguyên nhân và 30 nam giới có khả năng sinh sản bình thường và có ít nhất 1 con. Sử dụng kỹ thuật ARMS-PCR để xác định dạng hình gen mã hóa enzyme chuyển hóa xenobiotic. Kết quả nhận thấy tách ADN bằng kit DNA-express cho kết quả tốt hơn về thời gian, quy trình kỹ thuật đơn giản và giá thành rẻ hơn. Tỷ lệ xuất hiện kiểu gen dị hợp tử và đồng hợp tử ở các gen này từ 70-80%. Trong khi không gặp trường hợp nào ở nhóm nghiên cứu. Kết luận có thể sử dụng kỹ thuật ARMS-PCR để xác định nhanh các đa hình gen CYP1A1, GSTP1 và NAT2 ứng dụng trong chẩn đoán nguyên nhân vô sinh nam.

SUMMARY

COMPLETE ARMS - PCR TECHNIQUE TO IDENTIFY OF SOME GENES ENCODING XENOBIOTIC METABOLIC ENZYME IN PRIMARY INFERTILE MEN

Infertility is now an issue that needs more attention in Vietnam as well as in the world. In the metabolism of xenobiotic transformation, CYP1A1 is a key gene, involved in enzyme encoding involved in the

transformation of the patient group of xenobiotic in phase I of the process; GSTP1 and NAT2 are the two genes that play the role of encoding the two enzymes involved in the phase II xenobiotic transformation, which are converted into substances that are easily excreted into the environment. Subjects of the study included 30 male patients diagnosed with unexplained infertility and 30 men with normal fertility and at least 1 child. Using ARMS-PCR technique to identify the gene encoding xenobiotic transformation enzyme. The results of the DNA-express DNA isolation test result in better time, simpler engineering processes and cheaper prices. The incidence of heterozygous and homozygous genotypes in these genes ranges from 70-80%. While there were no cases in the study group. Conclusions can be used to quickly identify the polymorphisms of CYP1A1, GSTP1 and NAT2 for the diagnosis of male infertility causes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh hiện nay là một vấn đề cần được quan tâm nhiều hơn tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Vô sinh không chỉ ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống mà còn làm tăng tần suất của những cuộc ly hôn liên quan tới vô sinh. Hiện nay vô sinh không còn là vấn đề riêng của nữ giới. Theo Tổ chức Y Tế Thế Giới (WHO), trong các cặp vợ chồng ở độ tuổi sinh sản gặp vấn đề về sinh con thì 30-40% do nam giới và 10% là do cả 2 giới, 40% do nữ giới và khoảng 10% không rõ nguyên nhân [1]. Tại các nước Tây Âu, tỷ lệ vô sinh dẫn đến ly hôn chiếm 15%, trong đó nguyên nhân do nam giới chiếm hơn 50%. Từ đó vô sinh nam đã được nghiên cứu một cách sâu sắc và toàn diện hơn.

Trong quá trình chuyển hóa các xenobiotic, CYP1A1 là gen có vai trò then chốt, tham gia mã hóa enzyme liên quan đến biến đổi nhóm hoạt tính của xenobiotic trong giai đoạn I của quá

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang

Email: trangnguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2019

Ngày duyệt bài: 15.4.2019

trình; GSTP1 và NAT2 là hai gen giữ vai trò mã hóa hai enzyme tham gia biến đổi xenobiotic giai đoạn II, biến đổi thành các chất dễ dàng thải trừ ra ngoài môi trường. Vì vậy việc nghiên cứu ảnh hưởng của đột biến những gen này gây nên vô sinh ở nam giới cũng đã được tiến hành trên nhiều quốc gia. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện chưa có một công trình nghiên cứu nào.

PCR là một kỹ thuật sinh học phân tử giúp chẩn đoán nhanh và rất hữu hiệu đối với các bệnh phân tử. Việc thực hiện kỹ thuật này trong việc nghiên cứu các gen CYP1A1, NAT2, GSTP1 trong việc xác định các biến đổi của các gen đó ở nam giới vô sinh chưa có một nghiên cứu nào được tiến hành tại Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu:

1. Hoàn thiện quy trình kỹ thuật PCR để xác định những biến đổi ở các gen CYP1A1, NAT2, GSTP1 ở nam giới vô sinh nguyên phát

2. Mô tả một số biến đổi của các gen CYP1A1, NAT2, GSTP1 ở nam giới vô sinh nguyên phát

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân nam được chẩn đoán vô sinh I đã được xét nghiệm tinh dịch đồ tại Trung tâm tư vấn di truyền, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Trình tự cặp mồi của các polymorphism CYP1A1 (I462V), NAT2 (R197Q và L161L), GSTP1(I105V và A114V)

Gen	Polymorphism	Trình tự mồi
CYP1A1	I462V (exon 7)	F: 5'-GAACTGCCACTTCAGTGTCT-3' R: 5'-CCAGGAAGAGAAAAGACCTCCAGCGGGCAA-3'
GSTP1	I105V (exon 5)	F: 5'-GGCTCTATGGGAAGGACCAGCAGG-3' R: 5'-GCACCTCCATCCAGAACTGGCG-3'
	A114V (exon 6)	F: 5'-TGGGAGGGATGAGAGTAGGA-3' R: 5'-CAGGGTCTCAAAAGGCTTCAGT-3'
NAT2	L161L (exon 2)	F: 5'-GCTGGGTCTGGAAGCTCCTC-3' R: 5'-TTGGGTGATACATACACAAG-3'
	R197Q (exon 2)	

Bảng 2. Chu trình luân nhiệt của phản ứng PCR

Hoạt hóa Taq	Biến tính	Gắn mồi	Kéo dài chuỗi	Kéo dài chuỗi cuối	Duy trì
1 chu kỳ	28 chu kỳ			1 chu kỳ	4 – 20°C ∞
95°C	95°C	60°C	72°C	60°C	
15 phút	40 giây	1 phút 30 giây	40 giây	30 phút	

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được thống kê và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

+ Nghiên cứu được tiến hành sau khi được phép của hội đồng đạo đức trường đại học Y Hà Nội.

+ Cam kết tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực, số liệu nghiên cứu chưa từng được công bố dưới bất kỳ hình thức nào.

Đối với nhóm nghiên cứu: Nam giới trong độ tuổi sinh sản, vô sinh không có tinh trùng hoặc ít tinh trùng (<15 triệu) (WHO - 2010), vô sinh không rõ nguyên nhân.

Đối với nhóm chứng: Nam giới trong độ tuổi sinh sản và có ít nhất một con.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Nam giới bị các bệnh ung thư và vô sinh đã được xác định nguyên nhân: Mất đoạn nhỏ trên NST Y, nhiễm sắc đồ bất thường, tắc nghẽn đường sinh dục, giãn tĩnh mạch thừng tinh... hoặc nam giới mắc các bệnh tâm thần.

2.1.3. Số bệnh nhân và số mẫu

+ Nhóm nghiên cứu: 30 nam giới không có tinh trùng hoặc ít tinh trùng trong độ tuổi sinh sản: tuổi 18 - 49.

+ Nhóm chứng: 30 nam giới trong độ tuổi sinh sản: tuổi 18 - 49, đã có ít nhất 1 con.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bằng xét nghiệm tinh dịch đồ, chúng tôi đã chọn được 30 đối tượng trong nhóm bệnh và 30 đối tượng trong nhóm chứng phù hợp tiêu chuẩn. ADN được tách chiết từ mẫu máu ngoại vi của 60 đối tượng nghiên cứu bằng kit DNA-express (Lytech, Nga). Sau đó tiến hành nhân gen PCR (theo phương pháp ARMS với bộ kit SNP-Lytech, Nga, đạt chuẩn IVD), và tiến hành điện di trên thạch agarose 3% để xác định đa hình gen chuyển hóa xenobiotics.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm độ tuổi của đối tượng nghiên cứu và nhóm chứng

Đặc điểm	Tuổi đối tượng NC	Tuổi nhóm chứng
(X ± SD)	31,4 ± 7,6	31 ± 3,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm đối

tương NC là $31,4 \pm 7,6$. Tuổi trung bình của nhóm chứng là $31 \pm 3,3$.

3.2. Kết quả tách chiết và đo độ tinh sạch ADN: 60 mẫu nghiên cứu được chúng tôi tách ADN bằng 2 phương pháp khác nhau: phương pháp ADN-expres và phương pháp Phenol/Chloroform. Kiểm tra độ tinh sạch chúng tôi được kết quả sau:

Bảng 3.2. Kết quả đo nồng độ tinh sạch ADN theo phương pháp Phenol/Chloroform

Mẫu	Nồng độ ADN ng/μl	Độ tinh sạch A ₂₆₀ /A ₂₈₀
Phương pháp Phenol/Chloroform		
Trung bình	276,7	1,85
Cao nhất	559,9	1,94
Thấp nhất	121,2	1,73
Phương pháp ADN-expres		
Trung bình	807,2	1,89
Cao nhất	959,2	1,98
Thấp nhất	698,0	1,80

Nhận xét: Nồng độ ADN tách chiết theo phương pháp Phenol/Chloroform trong khoảng từ 121,2ng/μl – 559,9ng/μl, trung bình là 276,7ng/μl.

Tỉ số OD_{260nm/280nm} của ADN tách chiết theo phương pháp Phenol/Chloroform trong khoảng từ 1,73 – 1,94, trung bình là 1,85.

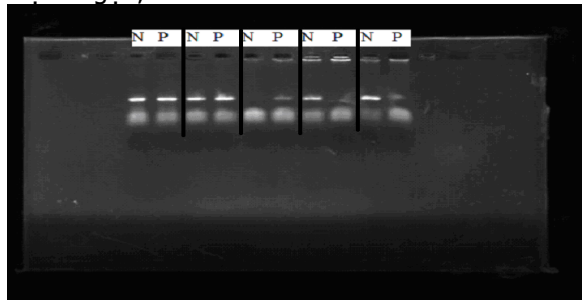
Nồng độ ADN tách chiết theo phương pháp ADN-expres trong khoảng từ 698ng/μl – 959,2ng/μl, trung bình là 807,2ng/μl.

Tỉ số OD_{260nm/280nm} của ADN tách chiết theo phương pháp ADN-expres trong khoảng từ 1,82 – 1,98, trung bình là 1,89.

3.3. Kết quả chẩn đoán bằng kỹ thuật ARMS-PCR.

3.3.1. Kết quả chạy điện di

Sau khi tiến hành tách chiết ADN và thu được ADN với độ tinh sạch và nồng độ đảm bảo cho quá trình PCR, chúng tôi tiến hành PCR theo phương pháp ARMS và điện di thu được hình ảnh điện di gọn, rõ nét.



3.3.2. Kết quả nghiên cứu đột biến CYP1A1 Ile462Val sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR

Bảng 3.4. Kết quả chạy điện di trong nghiên cứu đột biến gen CYP1A1 Ile462Val sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR

CYP1A1 Ile462Val	Nhóm bệnh		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Đồng hợp tử	0	0	0	0
Dị hợp tử	25	83,3	0	0
Bình thường	5	16,7	30	100
Tổng số	30	100	30	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu CYP1A1 Ile462Val của nhóm bệnh, số cá thể mang đột biến dị hợp tử là 25 chiếm 83,3%, số cá thể không mang đột biến là 5 chiếm 16,7%, không có cá thể mang đột biến đồng hợp tử.

Trong nghiên cứu CYP1A1 Ile462Val của nhóm chứng, toàn bộ số cá thể đều không mang đột biến này (100%).

3.3.3. Kết quả nghiên cứu đột biến GSTP1 Ala114Val sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR

Bảng 3.5. Kết quả chạy điện di trong nghiên cứu đột biến gen GSTP1 Ala114Val sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR

GSTP1 Ala114Val	Nhóm bệnh		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Đồng hợp tử	0	0	0	0
Dị hợp tử	21	70	0	0
Bình thường	9	30	30	100
Tổng số	30	100	30	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu GSTP1 Ala114Val của nhóm bệnh, số cá thể mang đột biến dị hợp tử là 21 chiếm 70%, số cá thể không mang đột biến là 9 chiếm 30% không có cá thể mang đột biến đồng hợp tử.

Trong nghiên cứu GSTP1 Ala114Val của nhóm chứng, toàn bộ số cá thể đều không mang đột biến này (100%).

3.3.4. Kết quả nghiên cứu đột biến GSTP1 Ile105Val sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR

Bảng 3.6. Kết quả chạy điện di trong nghiên cứu đột biến gen GSTP1 Ile105Val sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR

GSTP1 Ile105Val	Nhóm bệnh		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Đồng hợp tử	3	10	0	0
Dị hợp tử	21	70	0	0
Bình thường	6	20	30	100
Tổng số	30	100	30	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu GSTP1 Ala114Val của nhóm bệnh, số cá thể mang đột biến đồng hợp tử là 3 chiếm 10%, số cá thể mang đột biến dị hợp tử là 21 chiếm 70%, số cá thể không mang đột biến là 6 chiếm 20%.

Trong nghiên cứu GSTP1 Ala114Val của nhóm chứng, toàn bộ số cá thể đều không mang đột biến này (100%).

biến này (100%).

3.3.5. Kết quả nghiên cứu đột biến NAT2 Leu161Leu sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR

Bảng 3.7. Kết quả chạy điện di trong nghiên cứu đột biến gen NAT2 Leu161Leu sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR

NAT2 Leu161Leu	Nhóm bệnh		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Đồng hợp tử	0	0	0	0
Dị hợp tử	24	80	0	0
Bình thường	6	20	10	100
Tổng số	30	100	10	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu GSTP1 Ala114Val của nhóm bệnh, số cá thể mang đột biến dị hợp tử là 24 chiếm 80%, số cá thể không mang đột biến là 6 chiếm 20%.

Trong nghiên cứu GSTP1 Ala114Val của nhóm chứng, toàn bộ số cá thể đều không mang đột biến này (100%).

3.3.5. Kết quả nghiên cứu đột biến NAT2 Arg197Gln sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR

Bảng 3.8. Kết quả chạy điện di trong nghiên cứu đột biến gen NAT2 Arg197Gln sử dụng kỹ thuật ARMS – PCR

NAT2 Arg197Gln	Nhóm bệnh		Nhóm chứng	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Đồng hợp tử	3	10	0	0
Dị hợp tử	24	80	0	0
Bình thường	3	10	30	100
Tổng số	30	100	30	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu GSTP1 Ala114Val của nhóm bệnh, số cá thể mang đột biến đồng hợp tử là 3 chiếm 10%, số cá thể mang đột biến dị hợp tử là 24 chiếm 80%, số cá thể không mang đột biến là 3 chiếm 10%.

Trong nghiên cứu GSTP1 Ala114Val của nhóm chứng, toàn bộ số cá thể đều không mang đột biến này (100%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm sinh học của nhóm đối tượng nghiên cứu.

Trong 30 nam giới được tiến hành nghiên cứu có độ tuổi thấp nhất là 23 và cao nhất là 43 trung bình là $31,4 \pm 7,2$; trong nhóm chứng, cá thể có độ tuổi thấp nhất là 27 và cao nhất là 37 trung bình là $31 \pm 3,3$. Như vậy tất cả đối tượng trong nhóm nghiên cứu đều thuộc lứa tuổi thanh niên và trung niên, và sự sai khác.

4.2. Hoàn thiện quy trình kỹ thuật PCR để xác định những biến đổi ở các gen CYP1A1, NAT2, GSTP1

Quy trình kỹ thuật PCR trong xác định đột biến các gen CYP1A1, NAT2, GSTP1 sử dụng phương pháp ARMS được thực hiện qua các bước: tách chiết ADN, tiến hành ARMS – PCR, điện di và đọc kết quả.

Phương pháp Phenol/Chloroform dựa trên nguyên tắc phá hủy màng tế bào bằng các chất tẩy mạnh kết hợp với với biện pháp cơ học giúp ADN trong và ngoài nhân được giải phóng cùng với protein. ADN-express là phương pháp sử dụng kit tách sẵn có, việc tách ADN hiệu quả và đơn giản hơn. Cả hai phương pháp có ưu và nhược điểm riêng, tuy nhiên sản phẩm ADN đều đạt đủ độ tinh sạch và có thể loại bỏ được các chất ức chế trong phản ứng PCR.

Qua một vài so sánh của hai phương pháp tách chiết ADN, chúng tôi nhận thấy việc tách chiết bằng kit ADN-express đạt được sự ổn định với nồng độ cũng như độ tinh sạch, qui trình kỹ thuật đơn giản cũng như mức độ độc hại ít hơn, giá thành rẻ hơn nên chúng tôi khuyến nghị nên sử dụng phương pháp tách bằng kit ADN-express để có được kết quả tối ưu nhất trong kỹ thuật này.

4.2.2 Tiến hành PCR theo phương pháp ARMS: Sau khi tiến hành tách chiết ADN thành công chúng ta có thể trực tiếp sử dụng cho quá trình PCR hoặc bảo quản sản phẩm ở -20°C.

ARMS – PCR là một kỹ thuật hiện đại trong việc xác định đột biến đơn nucleotid. Medrano R.F. và De Oliveria C.A. (2014) trong nghiên cứu của mình đã chỉ ra được một số ảnh hưởng tới kết quả của kỹ thuật như phương pháp chiết xuất ADN, chu kỳ luân nhiệt phản ứng PCR, thuốc thử, mỗi sử dụng. Theo nghiên cứu này, xét nghiệm có thể bị ảnh hưởng bởi vùng ADN giàu C và G, mẫu ADN không tinh khiết, nồng độ thuốc thử MgCl₂, nhiệt độ cao... và kỹ thuật này là một kỹ thuật nhanh chóng, đáng tin cậy và chi phí thấp trong việc nghiên cứu đột biến đơn nucleotid (hay đa hình đơn nucleotid) [3]. Việc hoàn thiện kỹ thuật này trong nghiên cứu các đột biến đơn nucleotid cũng như xác định ảnh hưởng của các yếu tố xung quanh việc thực hiện quy trình cần được nghiên cứu nhiều hơn tại Việt Nam.

Trong nhóm nghiên cứu này, tất cả các bệnh nhân đều mang đột biến của ít nhất 3 gen trong 5 gen được nghiên cứu và phần lớn các đột biến này đều ở trạng thái dị hợp tử (95%). Như vậy bước đầu chúng ta có thể thấy mối liên quan của đột biến các gen tham gia chuyển hóa xenobiotic và vấn đề vô sinh nam giới chưa rõ nguyên nhân.

+ CYP1A1 là gen mã hóa enzyme tham gia oxy hóa xenobiotic nhóm lipid được tìm thấy trong các microsome của gan. Fritsche E. và cộng sự (1998) đã nghiên cứu đột biến Ile462Val

ở exon 7 của gen CYP1A1 và chỉ ra rằng đột biến này làm tăng tính nhạy cảm với xenobiotic, giảm khả năng oxy hóa của enzyme được mã hóa với xenobiotic. Các cá nhân mang đột biến này có tỉ lệ vô sinh cao hơn nhóm chứng [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng cá thể mang đột biến này bị vô sinh là 25/30.

+ GSTP1 là gen mã hóa enzym đóng vai trò quan trọng trong giải độc bằng xúc tác cho sự tiếp hợp của nhiều hợp chất kỵ nước và lực điện tử với glutathione, tham gia hoạt động trong quá trình chuyển hóa xenobiotic. Trong nghiên cứu đột biến Ala114Val và Ile105Val của gen GSTP1 Xiong D.K. và cộng sự (2015) đã khẳng định 2 đột biến này làm tăng nguy cơ vô sinh nam [5]. Kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ cá thể vô sinh mang 2 đột biến này đều là 21/30, trong đó có 4 người có đột biến ở cả 2 vị trí.

+ NAT2 là gen mã hóa enzym có chức năng acetyl hoá xenobiotic tham gia cùng với các glutathione S transferase trong chuyển hóa xenobiotic ở giai đoạn II, có chức năng chính là acetyl hóa các arylamine độc hại, các amin thơm và hidrazin. Các đột biến gen này đều gây lên sự acetyl hóa chậm xenobiotic hoặc sản phẩm của giai đoạn I chuyển hóa xenobiotic khiến cho việc đào thải xenobiotic gặp khó khăn. Yarosh S.L. và cộng sự (2014) đã khẳng định trong nghiên cứu của mình rằng đột biến NAT2 Arg197Gln làm tăng tính nhạy cảm của cá thể với vô sinh nam ở nhóm tiếp xúc thường xuyên với các yếu tố nguy cơ như khói thuốc lá, rượu [5]. Có 24/30 cá thể mang đột biến này trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

1. Hoàn thiện thành công quy trình kỹ thuật PCR để xác định những biến đổi ở các gen CYP1A1, NAT2, GSTP1 theo phương pháp ARMS – PCR với động tinh sạch trung bình 1,89 và nồng độ DNA là 807,2ng/μL.

2. Tỷ lệ xuất hiện kiểu gen dị hợp ở đa hình các CYP1A1, NAT2, GSTP1 ở nam giới vô sinh nguyên phát là rất cao, chiếm 83,3%, 70% và 80%, tương ứng. Trong khi không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào có đa hình gen ở nhóm bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jungwirth A. et al (2013), Guidelines on male infertility, European Association of Urology, 10, pp.14-16.
2. Brahem S., Mehdi M., Elghezai H. et al (2011), The effects of male aging on semen quality, sperm DNA fragmentation and chromosomal abnormalities in an infertile population, Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 28(5), pp.425 – 432.
3. Medrano R.F., De Oliveira C.A. (2014), Guidelines for the tetra-primer ARMS-PCR technique development, Molecular Biotechnology, 56(7), pp.599-608.
4. Gaikovitch E.A., Cascorbi I., Mrozikiewicz P.M., Brockmüller J. et al (2003), Polymorphisms of drug-metabolizing enzymes CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP1A1, NAT2 ADN of P-glycoprotein in a Russian population, European Journal of Clinical Pharmacology, 59(4), pp.303-312.
5. Yarosh S.L., Kokhtenko E.V., Churnosov M.I., Solodilova M.A. et al (2015), Joint effect of glutathione S-transferase genotypes and cigarette smoking on idiopathic male infertility, Andrologia, 47(9), pp.980-986.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ LÂM SÀNG BỆNH NHÂN THOÁT VỊ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC HUYỆN HÓC MÔN

Phạm Hiếu Liêm¹, Việt Quốc Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát đặc điểm dịch tễ và lâm sàng bệnh nhân thoát vị bụng được điều trị tại Bệnh viện đa khoa khu vực huyện Hóc Môn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp thoát vị bụng được điều trị tại bệnh viện đa khoa khu vực huyện Hóc Môn từ 01/2011 đến 12/2017. **Kết quả:** Tại bệnh viện đa

khoa khu vực huyện Hóc Môn, có 148 bệnh nhân thoát vị bụng thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Thoát vị một bên chiếm 94,6% trường hợp và phần lớn là thoát vị bẹn kiểu gián tiếp. Thoát vị bẹn có biến chứng nghẹt và kẹt chiếm lần lượt 12,16% và 8,78%. **Kết luận:** Cần chẩn đoán thoát vị bẹn sớm và phát hiện các biến chứng của thoát vị bẹn để can thiệp điều trị kịp thời tại bệnh viện huyện.

Từ khóa: Thoát vị bẹn; Thoát vị bẹn trực tiếp; Thoát vị bẹn gián tiếp.

SUMMARY

INVESTIGATE THE EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES OF INGUINAL HERNIA PATIENTS TREATED AT HOC MON DISTRICT GENERAL HOSPITAL

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP.Hồ Chí Minh

² Bệnh viện đa khoa khu vực huyện Hóc Môn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.4.2019

Ngày duyệt bài: 10.4.2019

At Hoc Mon District General Hospital, inguinal hernia treatment has been carried out since 2010. In this study, we investigated epidemiological and clinical characteristics of inguinal hernia patients treated here. **Subjects and research methods:** Retrospective description of a series of cases of inguinal hernia treated in Hoc Mon District General Hospital from 01/2011 to 12/2017. Patients with inguinal hernia were examined for epidemiological and clinical characteristics. **Results:** In our research, there were 148 inguinal hernias meeting the research criteria. One-sided hernias accounted for 94.6% of cases and most were indirect inguinal hernias. Inguinal hernia with congestion and obstruction complications accounted for 12.16% and 8.78% respectively. **Conclusion:** Early inguinal hernia diagnosis and detecting complications of inguinal hernia for timely intervention in district hospitals.

Key words: Inguinal hernia; Direct Inguinal hernia; Indirect Inguinal hernia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là tình trạng một tạng trong khoang bụng rời khỏi vị trí thông qua một khu vực yếu kém của ống bẹn để xuống bìu. Đây là loại thoát vị thường gặp trong thoát vị thành bụng.

Có nhiều phân loại khác nhau khi đánh giá tổn thương trong thoát vị vùng bẹn. Mặc dù có tên gọi khác nhau nhưng tất cả đều đồng thuận những điểm sau: dựa trên những mốc giải phẫu học kinh điển (động mạch thương vị dưới, dây chằng bẹn); dựa trên mức độ hư hại chức năng của cân cơ vùng bẹn (chức năng cơ chế cơ vòng ở lỗ bẹn sâu của cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng và cơ chế màn trập của cung cân cơ ngang bụng); đường mổ (ngã trước hay ngã sau) mà qua đó đánh giá thương tổn.

Thoát vị bẹn là bệnh lý ngoại khoa phổ biến, gặp ở mọi lứa tuổi và cả hai giới nam và nữ. Tỷ lệ nam bị thoát vị vùng bẹn cao gấp 25 lần so với nữ giới. Tần suất thoát vị bẹn tăng theo tuổi, từ 25- 40 tuổi, tần suất thoát vị bẹn là 5- 8%; tuổi trên 75, tần suất thoát vị bẹn là 45%.

Tại bệnh viện đa khoa khu vực huyện Hóc Môn, điều trị thoát vị bẹn được thực hiện từ năm 2010. Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát đặc điểm dịch tễ và lâm sàng bệnh nhân thoát vị bẹn được điều trị tại đây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp thoát vị bẹn được điều trị tại bệnh viện đa khoa khu vực huyện Hóc Môn từ 01/2011 đến 12/2017.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

-Tiêu chuẩn nhận bệnh: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định bị thoát vị bẹn, được điều trị và có theo dõi tối thiểu 12 tháng

sau phẫu thuật.

-**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân hồ sơ bệnh án không đầy đủ theo mẫu nghiên cứu, mất theo dõi bệnh nhân.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Chọn những hồ sơ bệnh án những bệnh nhân thoát vị bẹn điều trị bằng phương pháp Lichtenstein tại bệnh viện đa khoa khu vực huyện Hóc Môn từ năm 2011 đến năm 2017 thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh tiến hành thu thập số liệu theo mẫu nghiên cứu và liên lạc với bệnh nhân tái khám để thu thập số liệu lâu dài.

2.4. Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian mang bệnh, loại thoát vị, vị trí thoát vị, ASA và tình trạng thoát vị.

2.5. Xử lý số liệu: Kết quả được mã hóa và xử lý theo phương pháp thống kê y học dựa trên phần mềm nghiên cứu thống kê Stata 12 cho Windows. Trình bày kết quả số liệu dưới dạng bảng, biểu đồ. Các biến số định tính được thực hiện thông qua đo lường tần số (n) và tỉ lệ phần trăm (p). Các biến số định lượng được thực hiện thông qua: Đo lường độ tập trung: trung bình, trung vị, đo lường độ phân tán: biên độ, độ lệch chuẩn, phương sai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

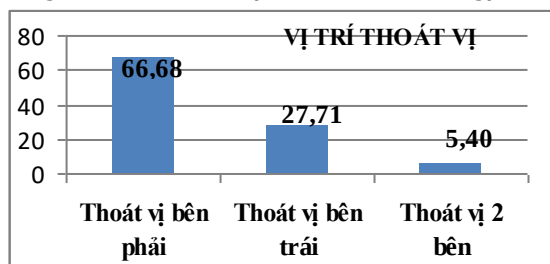
-Tuổi và giới: Bệnh nhân có tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 83 tuổi. Tuổi trung bình 46 ± 65 . Tuổi từ 20 tuổi đến 60 tuổi chiếm đa số 84,45%; tuổi trên 60 tuổi chiếm 27,02%. Nam giới chiếm đa số 96,03% và tỉ số Nữ/ Nam: 1/20.

-Tiền căn bệnh ngoại khoa: phẫu thuật mở vùng bụng dưới (tiêu hóa, thuật thoát vị bẹn đối bên và tiết niệu chiếm 33 (22,29%).

-Tiền căn bệnh nội khoa: Do hô hấp có 32 (21,62%) bệnh nhân. Do tiết niệu có 11 (7,43%) bệnh nhân.

3.2. Đặc điểm thoát vị bẹn

-Thời gian mắc bệnh: Bệnh nhân có thời gian mang bệnh dưới 1 năm chiếm 37, 83%; thời gian mang bệnh trên 1 năm chiếm 62, 15 %. Thời gian mắc bệnh sớm nhất 10 ngày, lâu nhất là 40 năm, trung bình là 3,5 năm ($43, 61 \pm 6,79$ tháng).

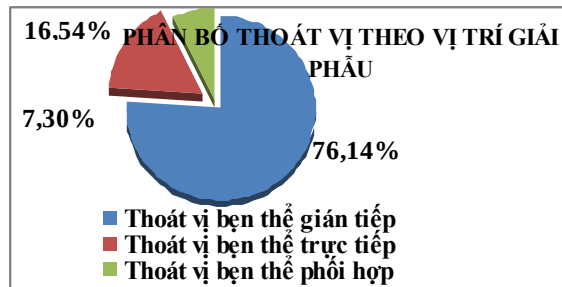


Biểu đồ 1: Vị trí thoát vị

-Đặc điểm vị trí thoát vị: Thoát vị bên phải nhiều hơn thoát vị bên trái. Thoát vị 2 bên chiếm rất ít.

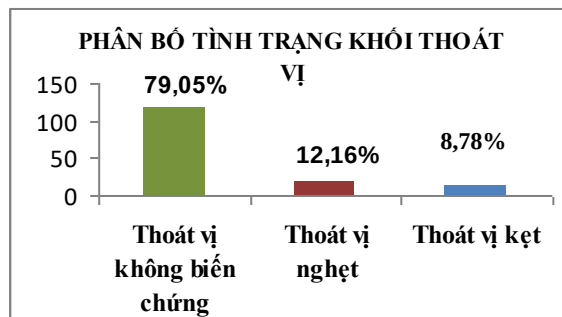
-Thoát vị bên nguyên phát chiếm đa số, còn lại là loại tái phát 10 (6,75%). Nếu tính chung thoát vị nguyên phát và tái phát hoặc tính riêng cho thoát vị nguyên phát thì bên phải nhiều hơn bên trái. Thoát vị bên nguyên phát 138 (93,92%) chiếm tỉ lệ nhiều hơn thoát vị bên tái phát.

-Phân loại thoát vị theo vị trí giải phẫu: Thoát vị bên thể gián tiếp chiếm phần lớn, kế đến là thoát vị bên trực tiếp và thoát vị bên thể phối hợp lần lượt là 16,54% và 7,3%.



Biểu đồ 2: Phân bố thoát vị theo vị trí giải phẫu

-Tình trạng khối túi thoát vị: Thoát vị bên không biến chứng chiếm nhiều hơn thoát vị bên biến chứng. Có 31 thoát vị bên có biến chứng chiếm tỉ lệ 20,94% đều xảy ra trên bệnh nhân thoát vị bên gián tiếp nguyên phát.



Biểu đồ 3: Vị trí tình trạng khối thoát vị

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Trong nghiên cứu này, 148 bệnh nhân tuổi trung bình là 46,65 tuổi, thấp nhất 18 và lớn nhất 83 tuổi. Tuổi trên 60 tuổi (27,02%). Tuổi 20- 60 chiếm ưu thế 84,45%. Tuổi trung bình nghiên cứu này thấp hơn so với Nguyễn Văn Liễu, Ngô Viết Tuấn [1], Vương Thừa Đức [2], cho thấy lứa tuổi 40 - 50 chiếm ưu thế 70,04%; Nguyễn Văn Thành [3] lứa tuổi 20 - 59 chiếm ưu thế 59,4%. Như vậy, nhóm tuổi trong tuổi lao động chiếm ưu thế trong thoát vị bên, càng cao tuổi càng dễ bị thoát vị. Theo Vương Thừa Đức, bệnh nhân nam chiếm

98%, kết quả cũng giống với tác giả Kurzer [5], David [6], Cao Thị Thu Hằng [4]. Các bệnh làm gia tăng áp lực ổ phúc mạc thường xuyên, làm co cơ, giãn cân cơ mạc, tích lũy lâu ngày làm yếu thành bụng, yếu tố thuận lợi cho thoát vị bên xảy ra như: ho kéo dài, viêm phế quản mạn, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bướu tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo, táo bón kéo dài. Có 32 (21,62%) bệnh nhân tiền sử bệnh đường hô hấp (viêm phế quản mạn, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính lao phổi cũ) và có 11 (7,43%) bệnh nhân tiền sử bệnh tiết niệu (bướu tuyến tiền liệt, sỏi bàng quang). Như vậy, nếu xét về yếu tố thuận lợi gây thoát vị bên chiếm 29,05%.

Đặc điểm thoát vị bên: Theo nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có thời gian mang bệnh dưới 1 năm 37,83%, thời gian mang bệnh trên 1 năm 62,15%. Thời gian mang bệnh càng lâu thì khả năng tăng độ thoát vị càng lớn. Khối thoát vị đóng vai trò như vật nặng lỗ bẹn, nhất là khi gắng sức. Trong thoát vị bên gián tiếp, khối thoát vị ngày càng lớn dần, càng làm giãn lỗ bẹn sâu nhất là hướng vào ổ bẹn trong (vốn là nơi xuất phát thoát vị bên trực tiếp) bằng cách làm giãn dây chằng gian hố đẩy động mạch thương vị vào trong, lỗ bẹn sâu bị toác rộng theo lộ trình ngày càng "trực tiếp", cuối cùng làm ảnh hưởng thành sau ống bẹn. Trong nghiên cứu này, thoát vị bên bên phải là 66,89%, trái là 27,71%, và hai bên là 5,4%. Kết quả này cũng tương tự với các kết quả nghiên cứu của tác giả: Vironen, Nguyễn Văn Thành với tỉ lệ thoát vị bên một bên lần lượt là 90,7% và 97,7%. Theo Malangoni, thoát vị nghẹt thường xảy ra trên thoát vị bên gián tiếp và thoát vị đùi vì cổ túi hẹp. Theo Holzheimer [7], thời gian mang bệnh thoát vị càng lâu thì tần suất xảy ra biến chứng thoát vị nghẹt càng nhiều; thời gian mang bệnh sau 3 tháng có nguy cơ thoát vị nghẹt từ 2,8% và tăng lên 4,5% sau 2 năm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 18 (14,18%) bệnh nhân bị thoát vị nghẹt; 13 (8,78%).

V. KẾT LUẬN

Tại bệnh viện huyện Hóc Môn, bệnh nhân thoát vị bên từ 20 đến 60 tuổi chiếm 84,45% và 96,03% trường hợp là nam giới. Thoát vị một bên chiếm 94,6% trường hợp và phần lớn là thoát vị bên kiểu gián tiếp. Thoát vị bên có biến chứng nghẹt và kẹt chiếm lần lượt 12,16% và 8,78%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Viết Tuấn (2001).** "Ứng dụng kỹ thuật Shouldice cải biên hai lớp trong điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân trung niên và lớn tuổi". Luận án tiến sĩ Y học chuyên ngành phẫu thuật đại cương,

- Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
2. **Vương Thừa Đức (2011).** "Đau mạn tính vùng bẹn đùi sau mổ thoát vị bẹn. Tạp chí Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tập 15(1), tr. 115-123.
 3. **Nguyễn Văn Thành (2012).** "Nghiên cứu kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Thuận". Luận án Chuyên khoa II, Học viện Quân Y.
 4. **Cao Thị Thu Hằng (2004).** "Nghiên cứu dùng mảnh ghép trong phẫu thuật mổ điều trị thoát vị bẹn". Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
 5. **Kurzer M, Kark A. E., (2005).** "Inguinal hernia repair an update", Recent Advances in Surgery, Royal Society of Medicine Press Ltd, pp. 75- 86.
 6. **David W, Paterson C.(2009),** "Five-year follow-up of patients undergoing laparoscopic or open groin hernia repair", Annals of Surgery, 235 (3): pp.333-337.
 7. **Holzheimer R. G (2005).** "Inguinal hernia: Classification, Diagnosis and Treatment Classic, Traumatic and Sport's Hernia", Eur J Med Res, 10, pp. 121-134.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TOÀN BỘ ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình¹, Lê Trí Chinh¹, Trương Văn Hợp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả 48 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo từ 1/2017 đến 11/2018 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được chẩn đoán là u xơ tử cung, HSIL cổ tử cung, quá sản nội mạc tử cung không điển hình, polyp tử cung, sa sinh dục. Thời gian mổ trung bình là $53,79 \pm 12,33$ phút, trong đó có 64,58% bệnh nhân cắt tử cung toàn bộ kèm 2 phần phụ đường âm đạo, 35,42% bệnh nhân được bảo tồn buồng trứng. Không gặp các tai biến, biến chứng trong và sau mổ, 75% bệnh nhân chỉ dùng thuốc giảm đau trong 3 ngày đầu. Thời gian nằm viện trung bình là 4,21 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo là kỹ thuật an toàn, ít biến chứng trong và sau mổ.

Từ khóa: cắt tử cung toàn bộ đường âm đạo.

SUMMARY

RESULTS OF VAGINAL HYSTERECTOMY IN NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: to evaluate early results of vaginal hysterectomy in Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** This descriptive study included 48 female patients who underwent vaginal hysterectomy at the Department of surgical gynaecology, Vietnam national cancer hospital, from January 2017 to November 2018. **Results:** All cases were diagnosed with uterine diseases, including uterine fibroids, cervical intraepithelial neoplasia (CIN) III, uterine prolapse, uterine polyps and endometrial atypical hyperplasia. The mean duration of surgery of vaginal hysterectomy was 53.79 ± 12.33 min; 64.58% cases were performed total vaginal hysterectomy with

bilateral salpingectomy and 35,42% cases were preserved ovarians. No intraoperative and postoperative complications were observed. 75% cases uses drugs for relieve pain during 3 day after surgery. The median length of hospital stay was 4.21 days. **Conclusion:** vaginal hysterectomy was safe procedures and it was associated with less intraoperative complications and postoperative complications.

Keywords: vaginal hysterectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tử cung là kỹ thuật phổ biến trong phụ khoa để điều trị các bệnh lành tính và một số bệnh ác tính ở tử cung [7]. Phẫu thuật cắt tử cung toàn bộ có thể được thực hiện qua đường bụng, đường âm đạo, qua phẫu thuật nội soi ổ bụng và phẫu thuật robot [3]. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật dựa trên tình trạng bệnh lý của bệnh nhân (bệnh lành tính hay ác tính), kích thước khối u, kích thước tử cung, kích thước khung chậu, mức độ hẹp của âm đạo, tiền sử phẫu thuật, tia xạ hoặc các bệnh lý gây viêm dính các tạng vùng tiểu khung [3]. Năm 2015, tổ chức Cochrane đã công bố kết quả phân tích gộp 47 nghiên cứu với 5102 bệnh nhân nhằm so sánh hiệu quả và mức độ an toàn của các kỹ thuật cắt tử cung toàn bộ đường bụng, đường âm đạo và phẫu thuật nội soi ổ bụng cho thấy nhiều ưu điểm của kỹ thuật cắt tử cung đường âm đạo so với các kỹ thuật khác [1]. Kỹ thuật cắt tử cung đường âm đạo không có chống chỉ định tuyệt đối, so với phẫu thuật nội soi ổ bụng, đây phương pháp giúp bệnh nhân bình phục nhanh hơn, thời gian mổ, nằm viện ngắn hơn và chi phí điều trị thấp hơn. Tại Bệnh viện K, kỹ thuật cắt tử cung đường âm đạo đã được áp dụng điều trị các bệnh lành tính như u xơ tử cung, quá sản niêm mạc tử cung, sa sinh dục... và các tổn thương ác tính khác ở

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 24.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.4.2019

Ngày duyệt bài: 15.4.2019

giai đoạn sớm như tổn thương loạn sản cổ tử cung, ung thư cổ tử cung tại chỗ... Nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo tại Bệnh viện K" với mục tiêu sau: "Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt tử cung toàn bộ đường âm đạo tại Bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 48 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được phẫu thuật cắt tử cung toàn bộ đường âm đạo tại Bệnh viện K từ 1/2017 đến 11/2018.

***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân u xơ tử cung kích thước <10cm, lạc nội mạc trong cơ tử cung, quá sản niêm mạc tử cung gây rong kinh đã điều trị nội khoa không đỡ, sa sinh dục tử độ III, tổn thương nội biểu mô vảy độ cao (HSIL) tại cổ tử cung.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** u xơ tử cung trong dây chằng rộng kích thước lớn, có tiền sử phẫu thuật, tia xạ hoặc chấn thương ở tiểu khung, hẹp âm đạo.

Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng		Số BN	Tỷ lệ %
Ra máu âm đạo bất thường	Rong kinh	20	41,67
	Rong huyết	12	25
Đau bụng	Đau hạ vị không theo CKKN	4	8,3
	Đau hạ vị theo CKKN	2	4,17
Ra khí hư		5	10,41
Phát hiện khối sa lồi		8	16,67
Rối loạn tiểu tiện		9	18,75
Không có triệu chứng		2	4,17
Tổng		48	

Triệu chứng cơ năng phổ biến là ra máu âm đạo bất thường, trong đó rong kinh chiếm 41,67%, rong huyết là 25%; có 16,67% bệnh nhân phát hiện khối sa lồi âm hộ. Rối loạn tiểu tiện cũng hay gặp chiếm 18,75%.

Tiền sử. Tất cả các bệnh nhân đều chưa có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, sinh con đường âm đạo. Có 25% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và 12,5% mắc đái tháo đường typ 2.

Kết quả cận lâm sàng

Tổn thương tử cung trên siêu âm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Kích thước u tử cung lớn nhất	Dưới 5cm	22	45,83
	Từ 5 - 8cm	14	29,17
Dày nội mạc tử cung >5mm		9	18,75
Không có khối u bất thường		3	6,25
Tổng số		48	100

Tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm tử cung phần phụ (đường bụng hoặc đường âm đạo) để đánh giá, trong đó tỷ lệ bệnh nhân thấy khối u ở tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất là 75% (45,83% số bệnh nhân có khối u tử cung kích thước lớn nhất <5cm, 29,17% bệnh nhân u tử cung kích thước từ 5 – 8 cm), có 18,75% số bệnh nhân có tổn thương dày nội mạc tử cung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

48 bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc 5 mặt bệnh, trong đó hơn một nửa là bệnh nhân u xơ tử cung (13 bệnh nhân chiếm 27,08%), 12 bệnh nhân (25%) HSIL cổ tử cung, 9 bệnh nhân quá sản nội mạc tử cung (18,75%), 8 bệnh nhân sa sinh dục (16,67%) và 6 bệnh nhân polyp tử cung (12,5%).

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Tuổi. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,7±1,4. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 40 - 49, chiếm 35,42%. Thấp nhất là nhóm >70 tuổi (10,42%). Không có bệnh nhân nào dưới 40 tuổi.

Lý do vào viện phổ biến nhất là ra máu âm đạo bất thường (66,67%), 16,67% bệnh nhân phát hiện khối sa lồi âm đạo, chỉ 4,16% bệnh nhân đi khám sức khỏe định kỳ.

Chỉ có 3% số bệnh nhân không phát hiện các tổn thương bất thường ở tử cung.

Giải phẫu bệnh trước mổ

Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được làm xét nghiệm tế bào học cổ tử cung, âm đạo. Trong đó tỷ lệ thấy tế bào biến đổi viêm chiếm cao nhất 56,25%. Có 18,75% số phiến đồ tế bào học cổ tử cung lành tính. Đáng chú ý, có 10,42% số

phiến đồ có kết quả ASCUS, 14,58% bệnh nhân có tế bào nghi đến tổn thương HSIL. Những bệnh nhân có tổn thương bất thường (HSIL, ASCUS) ở cổ tử

cung hoặc dày nội mạc tử cung sẽ được sinh thiết tổn thương ở cổ tử cung và nạo hút buồng tử cung làm xét nghiệm mô bệnh học.

Xét nghiệm mô bệnh học	Số BN	Tỷ lệ (%)
Polyp tử cung lành tính	6	22,22
HSIL cổ tử cung	12	44,44
Quá sản nội mạc tử cung không điển hình	9	33,34
Ung thư nội mạc tử cung, ung thư cổ tử cung xâm lấn	0	0
Tổng số	27	100

Có 27 bệnh nhân được xét nghiệm sinh thiết tổn thương ở tử cung (bao gồm 6 bệnh nhân khám thấy polyp thò ra ngoài cổ tử cung, 12 bệnh nhân có tổn thương trên phiến đồ tế bào cổ tử cung, 9 bệnh nhân dày nội mạc tử cung bất thường trên siêu âm). Trong đó 44,44% bệnh nhân có tổn thương HSIL cổ tử cung, 33,34% có kết quả quá sản nội mạc tử cung không điển hình và có 6/6 bệnh nhân có polyp tử cung lành tính.

Thời gian phẫu thuật

Bệnh lý	Số lượng bệnh nhân	Thời gian phẫu thuật (phút)
U xơ tử cung	13	58 ± 17
Polyp tử cung	6	55 ± 12
HSIL CTC	12	48 ± 9
Quá sản nội mạc tử cung	9	50 ± 7
Sa sinh dục	8	59 ± 16
Thời gian mổ trung bình	48	53,79 ± 12,33

Thời gian phẫu thuật trung bình là 53,79 ± 12,33 phút. Những bệnh nhân HSIL cổ tử cung có thời gian phẫu thuật thấp nhất là 48 ± 9 phút, bệnh nhân sa sinh dục có thời gian phẫu thuật lâu hơn là 59 ± 16 phút. Đặc biệt, khi so sánh thời gian phẫu thuật của 2 nhóm bệnh nhân bảo tồn và không bảo tồn 2 phần phụ thì thấy thời gian phẫu thuật cắt tử cung toàn bộ kèm theo 2 phần phụ đường âm đạo là 57,68 ± 14,32 phút trong khi để lại 2 phần phụ là 46,7 ± 8,71 phút. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

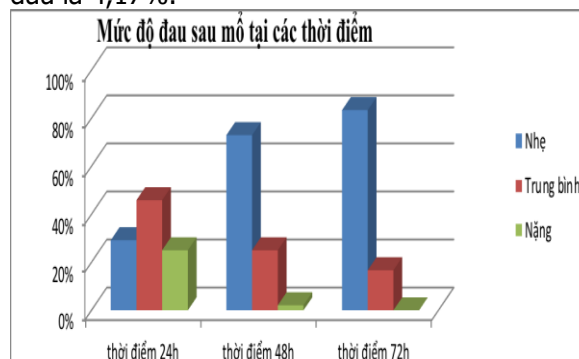
Tai biến trong mổ. Các tai biến thường gặp trong mổ bao gồm: thủng trực tràng, bàng quang, tổn thương niệu quản, rách niệu đạo, thủng ruột non, chảy máu nhiều > 200ml trong mổ có thể phải chuyển mổ mở đường bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào gặp các tai biến, biến chứng kể trên.

Đặc điểm dẫn lưu và thời gian rút dẫn lưu, sonde tiểu sau mổ. Sau khi cắt tử cung toàn bộ, cầm máu kỹ, bệnh nhân được đặt dẫn lưu Douglas qua túi cùng trước khi khâu kín và đặt sonde tiểu. Ở nghiên cứu này, trong ngày hậu phẫu đầu tiên, lượng dịch dẫn lưu chủ yếu là <100ml hồng loãng (chiếm 87,5%), có 12,5%

3.2. Kết quả phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo. 48 bệnh nhân được cắt tử cung toàn bộ đường âm đạo theo protocol. Những bệnh nhân trẻ tuổi đang còn kinh, không có tổn thương ở buồng trứng sẽ được bảo tồn 2 phần phụ. Trong 48 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 64,58% số bệnh nhân được cắt tử cung kèm theo cắt cả 2 phần phụ; 35,42% số bệnh nhân giữ lại 2 phần phụ.

bệnh nhân có lượng dịch dẫn lưu từ 100 - 200ml. Phần lớn bệnh nhân được rút dẫn lưu trong 24 giờ đầu sau mổ (66,67%). Chỉ có 2 bệnh nhân rút dẫn lưu sau 48 giờ chiếm 4,16%. Tương tự, hầu hết bệnh nhân được rút sonde tiểu sau mổ trong 24 giờ đầu chiếm 83,33%. Chỉ có 16,67% bệnh nhân được rút trong ngày hậu phẫu thứ 2 (từ 24 đến 48 giờ).

Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ: tỷ lệ bệnh nhân chỉ dùng thuốc giảm đau trong 3 ngày đầu chiếm cao nhất là 75%. Chỉ có 2 bệnh nhân dùng thuốc giảm đau liên tục trong 5 ngày đầu là 4,17%.



Thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện

sau mổ trung bình: 4,21 ngày. Trong nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu, đa phần bệnh nhân được về ngoại trú sau 4 ngày phẫu thuật (66,67%). Có 3 bệnh nhân ra ngoại trú sau 3 ngày (chiếm 6,25%).

Mức độ đau sau mổ. Bệnh nhân được đánh giá đau sau mổ theo thang điểm VAST ở các thời điểm 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ. Ở thời điểm 24 giờ sau mổ, đa phần bệnh nhân thấy đau mức độ trung bình và đau nặng (lần lượt là 46%, 25%), có 29% bệnh nhân thấy đau mức độ nhẹ. Sang ngày hậu phẫu thứ hai và thứ ba, tỷ lệ bệnh nhân đau sau mổ mức độ nhẹ tăng lên, mức độ đau trung bình và đau nặng đều giảm đi. Ở thời điểm 72 giờ, phần lớn bệnh nhân chỉ còn đau mức độ nhẹ chiếm 83%, không có bệnh nhân đau mức độ nặng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 48 bệnh nhân với 5 mặt bệnh phổ biến là u xơ tử cung (27,08%), HSIL cổ tử cung (25%), quá sản nội mạc tử cung (18,75%), sa sinh dục (16,67%) và polyp tử cung (12,5%).

Độ tuổi trung bình là $55,7 \pm 1,4$ tuổi, cao hơn so với các tác giả khác như Trần Thanh Hương nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân mổ cắt tử cung nội soi tại Bệnh viện trung ương quân đội 108 (tuổi trung bình là 46 tuổi, nhóm tuổi 45-49 chiếm cao nhất 43,3%) [6], có lẽ là do nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu không chỉ bao gồm những bệnh nhân có u xơ tử cung mà cả những bệnh nhân sa sinh dục, quá sản nội mạc tử cung thường có độ tuổi cao hơn. Lý do vào viện phổ biến nhất là ra máu âm đạo (66,67%) cũng tương tự như kết quả của các tác giả Lê Văn Lưu (BV 198) [5]. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều chưa có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, sinh con đường âm đạo giúp đảm bảo tử cung không bị dính và cấu trúc âm đạo đủ rộng để tiến hành phẫu thuật được thuận lợi. Tương tự, triệu chứng thực thể cũng thay đổi, phần lớn là khám thấy tử cung to bất thường và quan sát thấy một số tổn thương nghi ngờ tại cổ tử cung do có tổn thương nội biểu mô vảy độ cao tại cổ tử cung (HSIL). Tất cả các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, siêu âm đường bụng và đầu dò âm đạo để đánh giá chi tiết, và tiến hành sinh thiết tổn thương nghi ngờ ở cổ tử cung hoặc nạo hút buồng tử cung để chẩn đoán xác định trước khi phẫu thuật. Kết quả cho thấy, ngoài các bệnh lành tính thường gặp như u xơ tử cung, sa sinh dục, polyp tử cung thì các bệnh nhân chỉ có tổn thương tiền ung thư cổ tử cung và ung thư nội mạc tử cung, không có bệnh nhân

nào mắc ung thư xâm lấn ở tử cung.

Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân được cắt tử cung toàn bộ đường âm đạo, việc xử trí phần phụ dựa vào các yếu tố chính bao gồm: độ tuổi, tình trạng mãn kinh, đặc điểm của buồng trứng quan sát thấy trong mổ. Những bệnh nhân lớn tuổi, đã mãn kinh, hoặc buồng trứng bị teo nhỏ hoặc có u sẽ được cắt bỏ cả 2 phần phụ và ngược lại. Trong số 48 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, phần lớn các trường hợp được tiến hành cắt cả hai phần phụ (chiếm 64,58%), có 17/48 bệnh nhân được bảo tồn 2 phần phụ, kết quả này cũng phù hợp với độ tuổi trung bình chung của nhóm nghiên cứu tương đối cao là $55,7 \pm 1,4$ tuổi. Tác giả Nguyễn Đức Hình cho rằng, tại Bệnh viện phụ sản Trung Ương, những bệnh nhân trên 47 tuổi nên cân nhắc cắt cả 2 phần phụ bởi vì ở độ tuổi này chức năng buồng trứng đã suy giảm trong khi nếu để lại vẫn có nguy cơ xuất hiện các khối u lành tính hay ác tính về sau [4]. Tác giả Nguyễn Văn Lưu (2014) khi nghiên cứu trên 54 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại Bệnh viện 198 thì 100% bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên được cắt cả 2 phần phụ [5].

Thời gian phẫu thuật được tính từ lúc bệnh nhân mê và kê tư thế xong cho đến khi kết thúc cuộc mổ. Thời gian mổ trung bình là $53,79 \pm 12,33$ phút, hững bệnh nhân HSIL cổ tử cung có thời gian phẫu thuật thấp nhất là 48 ± 9 phút, bệnh nhân sa sinh dục có thời gian phẫu thuật lâu hơn là 59 ± 16 phút. Những bệnh nhân được chẩn đoán HSIL cổ tử cung có thời gian phẫu thuật trung bình ngắn nhất có lẽ là do bệnh nhân có kích thước tử cung không to quá nên thao tác phẫu thuật thuận lợi hơn. Tác giả Nguyễn Đức Hình cũng cho rằng cắt tử cung đường âm đạo là chỉ định lý tưởng cho những bệnh nhân tổn thương nội biểu mô vảy độ cao ở cổ tử cung hoặc quá sản phức tạp nội mạc tử cung ở những phụ nữ không còn nhu cầu sinh đẻ [4]. Chúng tôi không gặp các tai biến trong mổ nghiêm trọng như chảy máu, thủng ruột, tổn thương hệ tiết niệu nhờ vào quá trình phẫu thuật quan sát và phẫu tích tỉ mỉ. Kinh nghiệm quan trọng trong mổ là thì mở cùng đồ trước, cần phải đi đúng theo lớp giải phẫu để tách bàng quang ra khỏi cổ tử cung tránh tai biến thủng bàng quang. Nhìn chung nhiều nghiên cứu trên thế giới thống kê tai biến trong mổ (chảy máu, tổn thương bàng quang, niệu quản, niệu đạo, thủng ruột...) chỉ chiếm từ 0,4 – 5% các trường hợp, với các phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm thì tỷ lệ này rất thấp [2].

Đặc điểm lưu và thời gian rút dẫn lưu và sonde tiểu của các bệnh nhân nhìn chung là

sớm. Mục đích đặt dẫn lưu qua cùng đồ và sonde tiểu để theo dõi chảy máu, tổn thương đường tiết niệu. Do kĩ thuật mổ đảm bảo an toàn nên thời gian lưu sonde ngắn, thường rút sau 1 đến 2 ngày hậu phẫu.

Điểm nổi bật của kĩ thuật này là mức độ đau của bệnh nhân giảm hẳn do không tổn thương da, cân cơ như mổ mở đường bụng. Thời gian dùng thuốc giảm đau chủ yếu trong 3 ngày đầu. Đây là một trong những ưu điểm vượt trội của kĩ thuật này.

Ngoài ra, so với cắt tử cung đường bụng thì cắt tử cung đường âm đạo có thời gian bình phục nhanh hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, và ít nguy cơ nhiễm trùng sau mổ hơn, nhất là với những bệnh nhân thể trạng béo, lớp mỡ bụng dày. Bệnh nhân trong nghiên cứu này có thời gian nằm viện trung bình khoảng 4,21 ngày. Đa phần bệnh nhân được về ngoại trú sau 4 ngày phẫu thuật (66,67%). Thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Lưu [5].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 48 bệnh nhân được cắt tử cung toàn bộ đường âm đạo cho thấy, đây là kĩ

thuật an toàn, hiệu quả, thời gian mổ ngắn, bình phục nhanh, ít biến chứng. Tuy nhiên cần được tiến hành ở nhóm bệnh nhân phù hợp, tại trung tâm có nhiều kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, et al. (2015) "Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease". Cochrane Database Syst Rev: CD003677.
2. Bing Chen, Dong-Ping, RenJing-Xuan. (2014). "Comparison of vaginal and abdominal hysterectomy: A prospective non-randomized trial". Pak J Med Sci Jul-Aug; 30(4): 875-879.
3. Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No 701 (2017) "Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease". Obstet Gynecol; 129:e155.
4. Nguyễn Đức Hình (2012), Một số kĩ thuật cắt tử cung, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Lưu (2014) "Nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại bệnh viện 198 – Bộ Công An", Luận văn thạc sĩ y học. Trường đại học Y Hà Nội.
6. Trần Thanh Hương (2012) "Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II.
7. Wu JM, Wechter ME, Geller EJ, Nguyen TV, Visco AG (2007) "Hysterectomy rates in the United States",. Obstet Gynecol ;110:1091-1095.

TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN ĐỘT QUY DO HẸP ĐỘNG MẠCH NỘI SỌ VỚI ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TÍCH CỰC TRONG VÒNG 3 THÁNG

Phạm Nguyễn Thành Thái*, Nguyễn Huy Thắng**

TÓM TẮT

Mở đầu: Hẹp động mạch nội sọ là một trong các nguyên nhân của đột quỵ thiếu máu não và là cơ thể đột quỵ phổ biến nhất hiện nay, nguy cơ đột quỵ hàng năm từ 10 đến 20%, nguy cơ nhiều hơn ở bệnh nhân có độ hẹp cao (70-99%), do đó cần có chiến lược phòng ngừa đột quỵ thứ phát hiệu quả. **Mục tiêu nghiên cứu**

1. Xác định tỉ lệ nhồi máu não tái phát của bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ có triệu chứng với điều trị nội khoa tích cực trong vòng 3 tháng.
2. Tìm các yếu tố liên quan đến nhồi máu não tái phát của bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ có triệu chứng với điều trị nội khoa tích cực trong vòng 3 tháng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 256 người bệnh hẹp động mạch nội sọ có triệu chứng với điều trị nội khoa tích cực trong vòng 3 tháng từ tháng 8/2017 đến tháng 5/2018. **Kết quả:** Tỉ lệ nhồi máu não tái phát là 11,3% (29/256). Nhồi máu não tái phát có liên quan đến nơi cư trú và đường huyết sau khi phân tích đa biến. **Kết luận:** Tỉ lệ nhồi máu não tái phát còn tương đối ở bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ mặc dù đã được điều trị nội khoa tích cực. Do đó tất cả bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ có triệu chứng cần có thái độ tích cực từ phía nhân viên y tế, bệnh nhân, người nhà bệnh nhân trong điều trị thuốc, thay đổi lối sống

Từ khóa: Nhồi máu não tái phát, hẹp động mạch nội sọ có triệu chứng.

SUMMARY

THE PREDICTION OF STROKE PATIENTS DUE TO INTRACRANIAL ARTERY STENOSIS WITH INTENSIVE MEDICAL TREATMENT

Background: Intracranial artery stenosis is a common cause of cerebral infarction. Patients with at least 70% stenosis of a major intracranial artery had an increased risk of recurrent stroke in the territory of the stenosis compared with patients with 50-69%,

*Nhân Dân 115

**Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nguyễn Thành Thái

Email: drthanhthai115@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2019

Ngày duyệt bài: 8.4.2019

preventive strategies are needed. **Objectives:**

- To estimate the prevalence of recurrent cerebral infarction of intracranial artery stenosis patients with medical treatment in 3 months

- To determine factors related to the prevalence of recurrent cerebral infarction of intracranial artery stenosis patients with medical treatment in 3 months

Method: A cross-sectional study was conducted from August 2017 to May 2018 in 256 intracranial artery stenosis patients with medical treatment in Nhan dan 115 hospital, Ho Chi Minh City. **Results:** The prevalence of recurrent cerebral infarction of intracranial artery stenosis patients with medical treatment was 11.3% (29/256). Multivariate regression analysis yielded living's location and glucose's level are independent predictors for recurrent cerebral infarction. **Conclusions:** The prevalence of recurrent cerebral infarction of intracranial artery stenosis patients with medical treatment was relatively significant, and further multicenter studies are needed.

Key word: recurrent cerebral infarction, intracranial artery stenosis patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp động mạch nội sọ (ĐMNS) là một trong các nguyên nhân của đột quỵ thiếu máu não và là cơ thể đột quỵ phổ biến nhất hiện nay. Nhận diện sớm và chẩn đoán nhồi máu não là rất quan trọng để bắt đầu điều trị nội khoa tích cực phù hợp để phòng ngừa tái phát⁽¹⁾. Đến nay hàng ngày chúng tôi vẫn còn gặp đáng kể những trường hợp tái phát ở bệnh nhân có hẹp ĐMNS. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định tỉ lệ nhồi máu não tái phát và tìm các yếu tố liên quan đến nhồi máu não tái phát của bệnh nhân hẹp ĐMNS có triệu chứng với điều trị nội khoa tích cực trong vòng 3 tháng. *mục tiêu nghiên cứu*

1. *Xác định tỉ lệ nhồi máu não tái phát của bệnh nhân hẹp ĐMNS có triệu chứng với điều trị nội khoa tích cực trong vòng 3 tháng.*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc tính mẫu nghiên cứu (n = 256)

Đặc tính mẫu nghiên cứu		Tần số (%)
Tuổi trung bình		63,24 ± 13,95*
Nam giới		170 (66,4)
Tiền sử y khoa	Hút thuốc lá	112 (43,8)
	Tăng huyết áp	203 (79,3)
	Đái tháo đường	60 (23,4)
	Đặt stent mạch vành	2 (0,8)
Tiền sử đột quỵ não	Nhồi máu não	28 (10,9)
	Cơ thiếu máu não thoáng qua	2 (0,8)
NIHSS		9,75 ± 5,88
Nồng độ LDL-C (mmol/L)		1,13 ± 0,31*
HbA1C (n = 68)		8,51 ± 2,13
Nồng độ glucose (mmol/L)		7,86 ± 3,63
Vị trí hẹp động mạch trong sọ	ĐM cảnh trong đoạn trong sọ	43 (16,8)

2. *Tìm các yếu tố liên quan đến nhồi máu não tái phát của bệnh nhân hẹp ĐMNS có triệu chứng với điều trị nội khoa tích cực trong vòng 3 tháng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân hẹp ĐMNS có triệu chứng nhập khoa bệnh lý mạch máu não Bệnh viện nhân dân 115 theo dõi điều trị nội khoa tích cực trong vòng 3 tháng kể từ ngày khởi phát bệnh.

Tiêu chí chọn mẫu

- Bệnh nhân hẹp ĐMNS có triệu chứng nhập viện Khoa Bệnh lý Mạch máu não Bệnh viện nhân dân 115 có đặc điểm:

+ Nhồi máu não hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua

+ Mức độ hẹp: ≥50% đến 99%.

+ Điều trị nội khoa tích cực:

. Điều trị 1 : Kháng kết tập tiểu cầu kép + Statin liều cao

. Hoặc Điều trị 2: Kháng kết tập tiểu cầu kép

+ Statin liều thấp

. Hoặc Điều trị 3: Kháng kết tập tiểu cầu đơn

+ Statin liều cao

. Hoặc Điều trị 4: Kháng kết tập tiểu cầu đơn

+ Statin liều thấp

- Bệnh nhân hoặc gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra

- Bệnh nhân xuất huyết não, dị dạng mạch máu não, phình động mạch não

- Bệnh nhân bị bệnh van tim (hẹp van 2 lá, van tim nhân tạo, van tim sinh học), rung nhĩ, cuồng nhĩ, bệnh tim bẩm sinh, bệnh cơ tim dẫn nở

- Bệnh kết hợp nặng như ung thư, xơ gan, tâm thần, thiếu năng trí tuệ

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả có theo dõi.

	ĐM não trước	15 (5,9)
	ĐM não giữa	172 (67,2)
	ĐM thân nền	32 (12,5)
ĐM đốt sống		36 (14,1)

*Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $63,24 \pm 13,95$ tuổi. Cao nhất là 97 tuổi và thấp nhất là 26 tuổi. Có khoảng 78,1% mẫu nghiên cứu hẹp tuần hoàn trước và 23,8% có hẹp tuần hoàn sau.

Bảng 2: Nhồi máu não tái phát và các yếu tố liên quan

Đặc tính mẫu nghiên cứu		Tái phát (n=29)	Không tái phát (n=277)	p
Tuổi trung bình		60,93 $\pm$ 15,23	63,53 $\pm$ 13,79	0,345**
Nam giới		20 (11,8)	150 (88,2)	0,757
Nơi cư trú (TP.HCM)		7 (5,8)	114 (94,2)	0,011
Tiền sử y khoa	Hút thuốc lá	16 (14,3)	96 (85,7)	0,188
	Tăng huyết áp	24 (11,8)	179 (88,2)	0,625
	Đái tháo đường	11 (18,3)	49 (81,7)	0,050
	Đặt stent mạch vành	1 (50,0)	1 (50,0)	0,214*
Tiền sử đột quỵ não	Nhồi máu não	5 (17,9)	23 (82,1)	0,337*
	Cơ thiếu máu não thoáng qua	0 (0)	2 (100)	1*
NIHSS		8,07 $\pm$ 4,96	9,97 $\pm$ 5,96	0,101**
Nồng độ LDL-C (mmol/L)		3,11 $\pm$ 1,09	3,40 $\pm$ 0,93	0,117
Nồng độ glucose (mmol/L)		10,15 $\pm$ 5,29	7,57 $\pm$ 3,27	0,017
HbA1C (n = 68)		9,72 $\pm$ 2,18	8,30 $\pm$ 2,07	0,050
Vị trí hẹp động mạch trong sọ	ĐM cảnh trong đoạn trong sọ (n = 43)	6 (14,0)	37 (86,0)	0,597
	ĐM não giữa (n = 172)	22 (12,8)	150 (87,2)	0,291
	ĐM đốt sống (n = 36)	4 (11,1)	32 (88,9)	1
	ĐM thân nền (n = 32)	2 (6,3)	30 (93,7)	0,550
Điều trị	Điều trị 1 (n=111)	16 (14,4)	95 (85,6)	0,016*
	Điều trị 2 (n=15)	3 (20,0)	12 (80,0)	
	Điều trị 3 (n=129)	9 (7,0)	120 (93,0)	
	Điều trị 4 (n=1)	1 (100)	0 (0)	

Phép kiểm χ^2 *Phép kiểm Fisher **Phép kiểm T với phương sai đồng nhất

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ nhồi máu não tái phát với các biến số tuổi, dân tộc và giới tính, tiền sử y khoa, tiền sử đột quỵ, huyết áp, NIHSS, nồng độ LDL-C, vị trí hẹp động mạch nội sọ.

Có sự khác biệt về tỉ lệ nhồi máu não tái phát theo nơi cư trú ($p = 0,011$), nồng độ glucose, HbA1C và các cách điều trị nội khoa tích cực.

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ nhồi máu não tái phát

Theo ghi nhận của các nghiên cứu trước đó, tỉ lệ nhồi máu não có triệu chứng dao động từ 20-53%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ suất nhồi máu não tái phát trên bệnh nhân hẹp ĐMNS sau khi điều trị nội khoa tích cực tại thời điểm 90 ngày là 11,3%. Theo Lê Thị Cẩm Linh (2015), 125 bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ trong mẫu nghiên cứu có 26 trường hợp có nhồi máu não trước đó chiếm tỉ lệ 20,8%.

Nhồi máu não tái phát và đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm tuổi, giới tính và mối liên quan đến nhồi máu não tái phát

Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng đối với cả hẹp động mạch nội sọ lẫn động mạch ngoại sọ.

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $63,24 \pm 13,95$ tuổi, trong đó độ tuổi từ 65 tuổi trở lên chiếm 46,9%. Tuổi trung bình mẫu nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu trước đó như SSYLVA (2004), WASID (2005)⁽³⁾ và SAMMPRIS (2011)⁽²⁾ của tác giả Chimiowitz M.I. và cộng sự khi tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu dao động từ 60 – 65 tuổi. Điều này cho thấy, hẹp ĐMNS xảy ra ở độ tuổi từ 60 tuổi trở lên là chủ yếu.

Tiền sử đột quỵ và mối liên quan đến nhồi máu não tái phát

Trong nghiên cứu đang tiến hành, chưa ghi nhận có mối liên quan giữa tiền sử đột quỵ và việc nhồi máu não tái phát. Kết quả của tác giả Đinh Hữu Hùng ghi nhận cho thấy rằng, những người có tiền sử đột quỵ có nguy cơ tái phát đột

quy cao hơn so với những người không có đột quỵ trước đó và số lần đột quỵ trước đó càng nhiều, nguy cơ tái phát càng cao⁽⁴⁾.

Đặc điểm vị trí hẹp ĐM và mối liên quan đến nhồi máu não tái phát: Nghiên cứu ghi nhận hẹp động mạch não giữa chiếm đa số (75,9%) ở những người có nhồi máu não tái phát, kể đến là động mạch cảnh trong và đoạn trong so với 20,7%.

Vị trí hẹp ĐM trong SAMMPRIS (2011) của nhóm điều trị nội khoa chủ yếu là tuần hoàn trước, trong đó bao gồm ĐM não giữa và ĐM cảnh trong đoạn trong so chiếm tỉ lệ 46,3% và 21,6%, trong khi ĐM thân nền và ĐM đốt sống là 22,5% và 9,7%⁽²⁾.

Đặc điểm điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu và mối liên quan đến nhồi máu não tái phát: Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu có sự tương đồng ở nhóm liều đơn so với nhóm liều kép, 50,8% so với 49,2%. Những người dùng kháng kết tập tiểu cầu đơn có điểm NIHSS cao hơn so với sử dụng kháng kết tập tiểu cầu kép, $p < 0,001$. Đồng thời điểm mRS lúc nhập viện trung bình là $3,11 \pm 1,28$ điểm và mRS ≥ 3 chiếm 72,7%. Tuy nhiên, việc tỉ lệ sử dụng liều đơn và kép tương đồng nhau chứng tỏ phương pháp điều trị nội khoa tích cực hiện tại, mặc dù tốt hơn so với can thiệp mạch (theo SAMMPRIS)⁽²⁾, vẫn còn nhiều điểm cần nghiên cứu thêm để có thể có liệu điều trị phù hợp nhất và đạt hiệu quả nhất.

Thuốc điều trị chủ yếu là aspirin và clopidogrel (80,1% và 61,3%), Một số trường hợp có sử dụng cilostazol (7,4%). Đối với việc sử

dụng kháng kết tập liều kép, phối hợp aspirin và clopidogrel được cho là có lợi hơn so với aspirin đơn thuần. Có thể thấy, điều trị kháng kết tập tiểu cầu trong nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn tương đồng với hướng dẫn điều trị trong nước cũng như ngoài nước.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nhồi máu não tái phát còn tương đối ở bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ mặc dù đã được điều trị nội khoa tích cực. Do đó tất cả bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ có triệu chứng cần có thái độ tích cực từ phía nhân viên y tế, bệnh nhân, người nhà bệnh nhân trong điều trị thuốc, thay đổi lối sống. Bệnh nhân cần được kiểm soát chặt chẽ các yếu tố nguy cơ và kiểm tra định kỳ mức độ hẹp động mạch nội sọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chamorro A, Vila N, Saiz A, Alday M, Tolosa E (1995), "Early anticoagulation after large cerebral embolic infarction: a safety study", *Neurology*, 45 (5), pp. 861-5
2. Chimowitz MI, Lynn MJ, Derdeyn CP, Turan TN, Fiorella D, Lane BF, et al. (2011), "Stenting versus Aggressive Medical Therapy for Intracranial Arterial Stenosis", *N Engl J Med*, 365 (11)
3. Chimowitz MI, Lynn MJ, Howlett-Smith H, Stern BJ, Hertzberg VS, Frankel MR, et al. (2005), "Comparison of warfarin and aspirin for symptomatic intracranial arterial stenosis", *N Engl J Med*, 352 (13), pp. 1305-16
4. Đinh Hữu Hùng (2014), "Nguy cơ tái phát sau đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp theo phân tầng một số yếu tố liên quan", Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN NƯỚC TIỂU Ở BỆNH NHÂN VIÊM THẬN BỂ THẬN MẠN TÍNH

Trần Viết Tiến*, Lê Việt Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm vi khuẩn trong nước tiểu và mối liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân viêm thận bể thận mạn tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 63 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm thận bể thận mạn tính theo tiêu chuẩn hội thận học quốc tế. Tất cả các bệnh nhân đều được cấy nước tiểu, định danh vi khuẩn. **Kết quả:** Tỷ lệ mọc vi

khuẩn niệu là 42,9%, trong đó gặp nhiều nhất là liên cầu khuẩn *Streptococcus viridians* 40,7%, tiếp đến là *E.coli* 14,8%, *Staphylococcus aureus* 11,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có mức lọc cầu thận < 60 ml/phút, nồng độ albumin máu giảm, thiếu máu ở nhóm bệnh nhân có vi khuẩn niệu (+) cao hơn nhóm bệnh nhân có vi khuẩn niệu (-), $p < 0,01$. **Kết luận:** Tỷ lệ mọc vi khuẩn trong nước tiểu ở bệnh nhân viêm thận bể thận mạn tính là không phổ biến, tuy nhiên có liên quan đến giảm chức năng thận, giảm albumin và thiếu máu.

Từ khóa: Viêm thận bể thận mạn tính, vi khuẩn niệu, giảm albumin máu, thiếu máu.

SUMMARY

SURVEY OF CHARACTERISTICS OF URINE

*Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Tiến
Email: tientv@vmmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 10.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 10.4.2019
Ngày duyệt bài: 16.4.2019

BACTERIALS IN PATIENTS DIAGNOSED CHRONIC PYELONEPHRITIS

Subject: To determine of urine bacteria and its relation to some characteristics in patients with chronic pyelonephritis. **Methods:** Cross-sectional study on 63 patients was diagnosed with chronic pyelonephritis according to international kidney association standards. All patients received urine culture, identifying bacteria. **Results:** The incidence of urinary bacteria was 42.9%, most of which were *Streptococcus viridians* 40.7%, followed by *E.coli* 14.8%, *Staphylococcus aureus* 11.1%. Percentage of patients with glomerular filtration rate <60 ml/min, hypoalbuminemia, anemia in patients with urinary bacteria (+) was significantly higher than those of than patients with urinary bacteria (-), $p < 0.01$. **Conclusions:** The incidence of urine bacterial expression in patients with chronic pyelonephritis is uncommon, but is associated with decreased renal function, hypoalbuminemia and anemia.

Keywords: Chronic pyelonephritis, urine bacteria, hypoalbuminemia, anemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thận bể thận mạn tính (VTBTMT) là một bệnh thường gặp, tổn thương mạn tính không cân xứng cả hai thận, là hậu quả của quá trình nhiễm khuẩn từ đài bể thận vào thận kéo dài tái phát nhiều lần làm hủy hoại xơ hóa tổ chức thận dẫn đến suy thận. VTBTMT chiếm khoảng 30% các bệnh thận mạn tính, bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở phụ nữ nhiều hơn nam giới [5]. Nguyên nhân gây bệnh là do vi khuẩn vào hệ thống tiết niệu có thể qua con đường nhiễm khuẩn huyết, sỏi thận hoặc sỏi đường niệu. Ở bệnh nhân VTBTMT, tình trạng nhiễm trùng vừa là nguyên nhân, vừa là yếu tố nguy cơ làm chức năng thận giảm nhanh, việc sử dụng kháng sinh và nhóm kháng sinh nào là nguyên tắc cần thiết trong điều trị tình trạng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân VTBTMT [1],[2]. Biểu hiện nhiễm khuẩn ở bệnh nhân VTBTMT thường không rõ ràng khi bệnh nhân có kèm theo suy thận mạn tính trên lâm sàng, khi đó các xét nghiệm để đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn như số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi, các dấu ấn viêm trong máu và đặc biệt vi khuẩn học trong nước tiểu là những dấu hiệu cần thiết để chỉ định dùng và lựa chọn loại kháng sinh. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài với 2 mục tiêu sau:

1. Khảo sát đặc điểm vi khuẩn học trong nước tiểu ở bệnh nhân viêm thận bể thận mạn tính
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng nhiễm khuẩn niệu với một số đặc điểm bệnh nhân viêm thận bể thận mạn tính

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Là 63 bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận bể thận mạn tính được điều trị nội trú tại Khoa Thận – Lọc máu và Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2014 đến tháng 06/2014.

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh: Chọn tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận bể thận mạn tính có và chưa có suy thận theo tiêu chuẩn của Hội thận học quốc tế [5].

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có biểu hiện nhiễm khuẩn cấp tính.
- Đã dùng kháng sinh trước thời điểm lấy mẫu 1 tuần.

- Bệnh nhân nghi ngờ mắc các bệnh ngoại khoa
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

+ Nghiên cứu mô tả, cắt ngang

+ Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng về huyết học và sinh hoá máu, tính mức lọc cầu thận theo công thức MDRD.

* Nuôi cấy và định danh vi khuẩn niệu:

Xét nghiệm nuôi cấy và định lượng vi khuẩn niệu được thực hiện tại khoa Vi sinh Bệnh viện Quân y 103.

+ Lấy với số lượng từ 2 – 5ml nước tiểu giữa dòng đựng trong ống nghiệm vô khuẩn để ở nhiệt độ phòng 18 – 25°C.

+ Các môi trường nuôi cấy: Bao gồm thạch máu, thạch chocolate và MacConkey được bảo quản ở 2–8°C trong giấy bọc vô trùng. Để ở nhiệt độ phòng 15 phút trước khi sử dụng.

+ Các bước thực hiện:

- Làm tiêu bản nhuộm Gram phát hiện hình thể những vi khuẩn gây bệnh gồm tụ cầu, liên cầu, song cầu Gram dương (xung quanh có khoảng sáng), song cầu Gram âm (nằm cả trong và ngoài tế bào), trực khuẩn Gram âm: (Trực khuẩn đường ruột hoặc trực khuẩn mủ xanh, trực khuẩn nhỏ).

- Cấy khuẩn: Cấy 3 đĩa môi trường theo thường quy (cấy phân vùng), môi trường thạch chocolate để ủ ấm 37°C có 5–7% CO₂, môi trường thạch máu. Sau khi cấy dùng loop cắm sâu xuống thạch mỗi vùng 3 điểm để xác định tan máu beta, ủ ấm 37°C có 5 - 7% CO₂. Môi trường MacConkey xác định vi khuẩn đường ruột, để ủ ấm 37°C.

- Cấy định lượng: Dùng một đĩa thạch máu và một đĩa thạch chocolate. Dùng loop định lượng cấy rìa đều lên mặt đĩa, ủ ấm 37°C có 5 - 7% CO₂ trong 24h. Đếm số lượng khuẩn lạc vi khuẩn mọc trên cả 2 đĩa thạch.

+ Đọc kết quả: Nhận định kết quả sau 24 giờ.

- Nếu không thấy vi khuẩn mọc thì để tiếp vào tủ ấm đến 48 giờ ghi phiếu trả kết quả, đĩa

thạch giữ đến 72 giờ sau.

- Nếu có nghi ngờ thì phải để đến 7 ngày.
- Nếu có vi khuẩn mọc: Quan sát kỹ hình thái khuẩn lạc, tính chất tan máu, nhuộm xem hình thể và tính chất bắt màu để chẩn đoán phù hợp.
- Số lượng vi khuẩn là số khuẩn lạc trong 1ml (Colony Forming Unit).
- + Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 56,52 ± 14,97 tuổi, có tới 36,5% bệnh nhân có tuổi > 60 tuổi, chỉ có 3,2% bệnh nhân từ 30 tuổi trở xuống. Bệnh nhân nam chiếm 76,2%, nữ chiếm 23,8%. Chỉ có 23,6% bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu và 25,4% bệnh nhân tăng bạch cầu đa nhân trung tính. Mức lọc cầu thận trung bình là 52,53 ± 30,27 ml/phút, trong đó tỷ lệ BN có MLCT ≥ 60 ml/phút chiếm 44,4%, có 55,6% có MLCT < 60 ml/phút. Có tới 34,9% bệnh nhân có giảm albumin máu, 44,4% bệnh nhân thiếu máu.

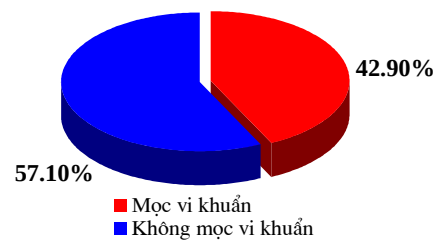
1. Đặc điểm vi khuẩn niệu ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm các loại vi khuẩn mọc

Loại vi khuẩn	Nhóm nghiên cứu (n = 27)
---------------	--------------------------

	n	%
Aeromonas hydrophila	1	3,7
Cầu khuẩn Gram (+)	1	3,7
E.coli	4	14,8
Enterobacter cloacea	1	3,7
Enterococcus	2	7,4
Klebsiella pneumoniae	2	7,4
Nấm men	1	3,7
Proterus vulgaris	1	3,7
Staphylococcus aureus	3	11,1
Streptococcus Viridans	11	40,7

Có nhiều loại vi khuẩn xuất hiện trong bãi nước tiểu của bệnh nhân. Loại liên cầu khuẩn Streptococcus Viridans gặp nhiều nhất, chiếm 40,7% sau đó đến trực khuẩn E. coli chiếm 14,8%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân mọc vi khuẩn

Nhận xét: Tỷ lệ mọc vi khuẩn trong nghiên cứu là 42,9%.

2. Môi liên quan vi khuẩn niệu với một số đặc điểm bệnh nhân

Bảng 2. Liên quan với tăng số lượng BC trong máu ngoại vi

	VK niệu (+), n=27		VK niệu (-), n=36		OR, p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Tăng BC (n=15)	10	66,7	5	33,3	OR=3,65 p< 0,05
Không tăng BC (n=48)	17	35,4	31	64,6	

Nhóm BN có VK niệu (+) có tỷ lệ tăng BC máu ngoại vi cao gấp 3,65 lần nhóm BN VK niệu (-), p< 0,05.

Bảng 3. Liên quan với tăng số lượng BC đa nhân trung tính trong máu ngoại vi

	VK niệu (+), n=27		VK niệu (-), n=36		OR, p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Tăng BC đa nhân trung tính (n=16)	11	68,8	5	31,2	OR=4,26 p< 0,05
Không tăng (n=47)	16	34,1	31	65,9	

Nhóm BN có VK niệu (+) có tỷ lệ tăng BC đa nhân trung tính cao gấp 4,26 lần nhóm BN VK niệu (-), p< 0,05.

Bảng 4. Liên quan với mức lọc cầu thận

	VK niệu (+), n=27		VK niệu (-), n=36		OR, p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
MLCT < 60 ml/phút (n=35)	21	60,0	14	40,0	OR=5,5 p< 0,01
MLCT ≥ 60 ml/phút (n=28)	6	21,4	22	78,6	

Nhóm BN có VK niệu (+) có tỷ lệ BN có MLCT < 60 ml/phút cao gấp 5,5 lần nhóm BN VK niệu (-), p< 0,01.

Bảng 5. Liên quan với giảm albumin máu

	VK niệu (+), n=27		VK niệu (-), n=36		OR, p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Albumin < 35 g/l (n=22)	15	68,2	7	31,8	OR=5,18 p< 0,01
Albumin ≥ 35 g/l (n=41)	12	29,3	29	70,7	

Nhóm BN có VK niệu (+) có tỷ lệ BN có nồng độ albumin máu < 35 g/l cao gấp 5,5 lần nhóm BN VK niệu (-), p< 0,01.

Bảng 6. Liên quan với tình trạng thiếu máu

	VK niệu (+), n=27		VK niệu (-), n=36		OR, p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Có thiếu máu (n=28)	19	67,9	9	32,1	OR=7,13 p< 0,01
Không (n=35)	8	22,9	27	77,1	

Nhóm BN có VK niệu (+) có tỷ lệ thiếu máu cao gấp 7,13 lần nhóm BN VK niệu (-), p< 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình tương đối cao, bởi viêm thận bể thận mạn tính thường xuất hiện sau sỏi tiết niệu hoặc phì đại tuyến tiền liệt ở nam, nên thường xuất hiện ở tuổi cao. Tỷ lệ nam giới chiếm đa số phù hợp với điều kiện thuận lợi của viêm thận bể thận mạn tính. Tỷ lệ bệnh nhân suy thận chiếm tới hơn 50%, điều này cho thấy bệnh nhân viêm thận bể thận mạn tính đã có tổn thương nhu mô thận, đến viện điều trị nội trú với tình trạng bệnh đã nặng. Có tới 34,9% bệnh nhân có giảm albumin máu, 44,4% bệnh nhân thiếu máu. Hai biểu hiện này thường gặp ở bệnh nhân VTBTMT, đặc biệt bệnh nhân có suy thận (MLCT < 60 ml/phút).

1. Đặc điểm vi khuẩn niệu: Trong 63 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ mọc vi khuẩn là 42,9% đây là tỷ lệ khá cao. Khi nuôi cấy chúng tôi nhận thấy các loại vi khuẩn trong VTBTMT rất đa dạng, nhiều nhất là liên cầu khuẩn *Streptococcus Viridans* 40,7%, tiếp theo là trực khuẩn *E.Coli* 14,8%. Sự phát hiện các vi khuẩn như vậy cũng phù hợp với ý văn và các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước [2]. Hồ Thị Hồng và cộng sự nghiên cứu 176 mẫu nước tiểu bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu cộng đồng và bệnh viện có 57 mẫu dương tính chiếm 32,4% [1]. Tỷ lệ cấy mọc vi khuẩn trong nghiên cứu của Đoàn Mai Phương là 26,3% và của Lê Thị Thanh Phương là 13% trong số các bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu [3],[4]. Như vậy, tỷ lệ mọc vi khuẩn của chúng tôi là khá cao. Có sự khác biệt này chúng tôi cho rằng do việc chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác với đối tượng nghiên cứu của các tác giả khác. Chúng tôi chọn các bệnh nhân VTBTMT, ngay trong tiêu chuẩn chẩn đoán những bệnh nhân này đã mắc viêm đường tiết niệu, sỏi đường niệu...tái đi tái lại nhiều lần nên tỷ lệ mọc vi khuẩn cao. Chính đối tượng nghiên cứu là những BN VTBTMT nên tỷ lệ, thành phần các loại vi khuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khác với các tác giả khác.

Nghiên cứu của Hồ Thị Hồng có 42,1% bệnh nhân nhiễm *E.coli* trong khi kết quả của chúng tôi chủ yếu là liên cầu chiếm hơn 50% [1]. Rõ ràng có sự khác nhau về chủng loại vi khuẩn thường gặp ở những bệnh nhân nhiễm khuẩn đường niệu và những bệnh nhân VTBTMT. Nhìn

vào bảng chủng loại vi khuẩn mọc trong nghiên cứu của mình, chúng tôi nhận thấy việc điều trị nhiễm khuẩn diệt vi khuẩn ở những BN VTBTMT là rất khó khăn, do việc viêm nhiễm tái đi tái lại nhiều lần, hơn nữa những BN VTBTMT chức năng thận còn giảm nên giảm sức đề kháng của cơ thể dẫn đến việc điều trị càng khó khăn hơn.

Y văn cho thấy VTBTMT loại vi khuẩn Gram (-) chiếm hơn 90%, thường gặp là *E.coli* 60-70%, *Klebsiella* 20%; vi khuẩn Gram (+) chỉ dưới 10% như *enterococcus* 2%, *Staphylococcus* 1%. Như vậy, điều trị cho VTBTMT kháng sinh thường được lựa chọn là nhóm beta-lactam, quinolon hoặc cephalosporin, những loại kháng sinh nhạy cảm với *E.coli*, tuy nhiên với các loại vi khuẩn mọc trong các mẫu nước tiểu của chúng tôi việc dùng kháng sinh cần dựa vào kháng sinh đồ hoặc lựa chọn các loại kháng sinh phổ rộng, khi đó mới đạt được mục tiêu điều trị [7],[8].

2. Liên quan vi khuẩn niệu với một số đặc điểm bệnh nhân

+ *Liên quan với số lượng BC và BC đa nhân trung tính:* Tăng số lượng BC và BC đa nhân trung tính máu ngoại vi phản ánh tình trạng, mức độ nhiễm khuẩn ở bệnh nhân VTBTMT [6]. Chúng tôi nhận thấy, nhóm bệnh nhân có VK niệu (+) có tỷ lệ tăng BC và BC đa nhân trung tính cao gấp 3,65 và 4,26 lần so với nhóm BN có VK niệu (-), p< 0,05. Kết quả cũng chứng minh rằng viêm nhiễm thận và đường niệu cũng tuân theo cơ chế viêm nhiễm khuẩn của các mô khác. Vi khuẩn *Escherichia coli* (*E. coli*) là nguyên nhân gây nên 80% trường hợp bị nhiễm trùng đường tiết niệu ở người lớn. Chúng thường xuất hiện ở đại tràng và có thể đi vào ổ niệu đạo từ vùng da xung quanh hậu môn và cơ quan sinh dục. Phụ nữ có thể dễ nhiễm bệnh hơn do ổ niệu đạo nằm gần với nguồn vi khuẩn từ phía sau (hậu môn, âm đạo) và niệu đạo của phụ nữ cũng ngắn hơn do đó vi khuẩn dễ dàng xâm nhập vào bàng quang. Các vi khuẩn khác gây bệnh bao gồm: *Staphylococcus saprophyticus* (5-15% trường hợp), *Chlamydia trachomatis*, *Proteus* và *Mycoplasma hominis*. Nam giới và phụ nữ nếu nhiễm *Chlamydia trachomatis* hay *Mycoplasma hominis* đều có thể truyền vi khuẩn này cho bạn tình trong khi giao hợp gây nên hiện tượng nhiễm khuẩn này. Giao hợp cũng có thể gây nên

hiện tượng này ở một số nữ giới vì lý do không rõ ràng. Phụ nữ sử dụng màng ngăn âm đạo thường dễ nhiễm trùng hơn và bao cao su có chứa chất diệt tinh trùng cũng có thể làm tăng phát triển E. coli trong âm đạo. Vi khuẩn này sau đó có thể đi vào niệu đạo. Yếu tố gây bệnh cũng có thể do thủ thuật thông tiểu, nếu ống thông lưu càng lâu thì nguy cơ mắc bệnh càng cao. Chính các loại vi khuẩn này kết hợp với các yếu tố thuận lợi như ứ niệu, trào ngược, tái diễn... sẽ sinh sôi gây nên tình trạng VK niệu (+), gia tăng phản ứng cơ thể bằng cách tăng sinh BC trong máu để bảo vệ cơ thể chống lại vi khuẩn [6].

+ *Liên quan với tình trạng suy thận, giảm albumin và thiếu máu*: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ BN VK niệu (+) ở nhóm BN có suy thận, giảm albumin máu hoặc thiếu máu cao hơn 5,5; 5,18; 7,13 lần so với nhóm bệnh nhân chưa có suy thận; albumin máu bình thường; không thiếu máu, $p < 0,01$. Như vậy các yếu tố trên ảnh hưởng qua lại với tình trạng mọc vi khuẩn. Suy thận, giảm albumin máu; thiếu máu đều giảm sức đề kháng của cơ thể. Khi suy thận, hệ thống miễn dịch của cơ thể suy giảm, tác nhân vi khuẩn dễ xâm nhập gây viêm, giảm albumin máu làm cho cơ thể giảm tổng hợp các kháng thể, suy dinh dưỡng dẫn đến sức đề kháng cơ thể cũng giảm, cơ thể dễ nhiễm các tác nhân bên ngoài trong đó có vi khuẩn, và thiếu máu cũng chung cơ chế như giảm albumin máu [8].

V. KẾT LUẬN

+ Tỷ lệ mọc vi khuẩn niệu là 42,9%, trong đó gặp nhiều nhất là liên cầu khuẩn Streptococcus viridians 40,7%, tiếp đến là E.coli 14,8%,

Staphylococcus aureus 11,1%.

+ Nhóm bệnh nhân có vi khuẩn niệu (+) có tỷ lệ tăng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, tỷ lệ bệnh nhân có mức lọc cầu thận < 60 ml/phút, nồng độ albumin máu giảm, thiếu máu cao hơn nhóm bệnh nhân có vi khuẩn niệu (-), $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Thị Hồng (2013)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu cấp tính". Luận văn chuyên khoa cấp 2.
2. **Trần Thị Thanh Nga, Võ Thị Chi Mai, Trần Ngọc Sinh**, "Tình hình đề kháng kháng sinh ở khoa Tiết niệu- bệnh viện Chợ rẫy". Tạp chí Y học thực hành 781: 62-65.
3. **Đoàn Mai Phương, Vũ Thị Tường Vân (2011)**, "Căn nguyên vi sinh vật gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại Bệnh viện Bạch mai – Năm 2010". Tạp chí Y học Việt nam, 2: 77-82.
4. **Lê Thị Thanh Phương (2008)**, "Khảo sát giá trị xét nghiệm nitrite và bạch cầu niệu trong chẩn đoán nhiễm khuẩn tiểu". Luận văn Thạc sỹ y học.
5. **K/DOQI (2002)**, Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification, Am J Kidney Dis 39, S1-S266.
6. **Ayazi P, Mahyar A, Daneshi MM et al (2013)**, "Diagnostic Accuracy of the Quantitative C-Reactive Protein, Erythrocyte Sedimentation Rate and White Blood Cell Count in Urinary Tract Infections among Infants and Children.", Malays J Med Sci. 2013 Oct;20(5):40-6.
7. **Doi A, Shimada T, Harada S et al (2013)**, "The efficacy of cefmetazole against pyelonephritis caused by extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae.", Int J Infect Dis. 2013 Mar;17(3):e159-63.
8. **Guillard T, Cambau E, Chau F et al (2013)**, "Ciprofloxacin treatment failure in a murine model of pyelonephritis due to an AAC(6')-Ib-cr-producing Escherichia coli strain susceptible to ciprofloxacin in vitro.", Antimicrob Agents Chemother. 2013 Dec;57(12):5830-5.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Võ Thành Toàn*, Nguyễn Thị Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng bệnh nhân phẫu thuật khớp gối (PTKG) tại khoa Ngoại CTCH bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương**

**Bệnh viện Thống Nhất*

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2019

Ngày duyệt bài: 16.4.2019

pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Đa số BN PTKG đứt dây chằng chéo trước, có độ tuổi từ 30 - 49 tuổi, nam. Trong khi đó, phần lớn BN nhóm thoái hoá khớp gối mắc các bệnh mạn tính khác thường gặp, nhiều nhất là tăng huyết áp, đái tháo đường. **Kết luận:** Đa số các bệnh nhân được phẫu thuật khớp gối tại khoa CTCH bệnh viện Thống Nhất TP.HCM đứt dây chằng chéo trước trẻ trong khi đó nhóm thoái hoá khớp gối mắc các bệnh nội khoa đi kèm.

Từ khóa: Phẫu thuật khớp gối, đứt DCCT, thoái hoá khớp gối

SUMMARY**EPIDEMIOLOGICAL CLINICAL FEATURES OF THE PATIENTS UNDERGOING KNEE SURGERIES AT TRAUMA AND ORTHOPAEDIC DEPARTMENT IN THONG NHAT HOSPITAL**

Objective: Describes the epidemiological clinical characteristics of the patients who receive knee surgeries at Trauma and Orthopaedic Department in Thong Nhat hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study. **Results** Greater numbers of patients were presenting for knee surgeries with torn anterior cruciate ligament aging from 30 to 49 years old, male, and most of the patients with knee osteoarthritis had pre-existing conditions, such as hypertension, diabetes mellitus. **Conclusions:** The majority of the patients who underwent knee surgeries in Thong Nhat hospital sustained torn anterior cruciate ligament, male, young and most of the patients with knee osteoarthritis had at least one comorbidity.

Keywords: Knee surgeries, torn anterior cruciate ligament, knee osteoarthritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật khớp gối trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm phẫu thuật thay khớp gối và phẫu thuật nội soi khớp gối tái tạo dây chằng chéo trước. Cả hai phẫu thuật trên đều là những phẫu thuật lớn nhằm phục hồi cơ sinh học khớp gối và lấy lại tầm vận động khớp gối [1,3]. Chính vì thế hiểu biết về đặc điểm mô hình bệnh nhân phẫu thuật khớp tại khoa Ngoại CTCH bệnh viện Thống Nhất là vô cùng quan trọng. Từ đó, có chiến lược điều trị giảm đau, hồi phục vận động và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân phẫu thuật khớp gối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 159 người bệnh có chỉ định thay khớp gối, phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước tại khoa Ngoại Chấn thương Chỉnh hình, bệnh viện Thống Nhất từ ngày 01 tháng 01 năm 2017 đến ngày 01 tháng 01 năm 2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả. Thu thập số liệu:

Khảo sát đặc điểm BN: giới tính, tuổi, đặc điểm lâm sàng BN: bệnh lý thoái hóa khớp gối, đứt dây chằng chéo trước, và các bệnh lý kèm theo.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=159)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ %
Tuổi: < 30 tuổi	48	30,2

30 - 49 tuổi	57	35,8
50 - 69 tuổi	29	18,2
≥ 70 tuổi	25	15,7
Trung bình tuổi (Mean ± SD)	43,16 ± 18,72	
Tuổi thấp nhất và tuổi cao nhất	18 - 89	
Giới: Nam	94	59,1
Nữ	65	40,9

Bảng 3.1 cung cấp thông tin về đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu, nhóm đối tượng này có ở hầu hết mọi lứa tuổi từ tuổi trưởng thành (18 tuổi) đến cao nhất là 89 tuổi, độ tuổi trung bình là 43,16 ± 18,72 tuổi. Trong cơ cấu tuổi của toàn bộ đối tượng nghiên cứu nhóm người bệnh có độ tuổi từ 30 - 49 tuổi chiếm nhiều nhất 35,8%. Điều này phù hợp (44,9 ± 16,5) trong nghiên cứu của tác giả Fibay (2013) [4], bởi trong độ tuổi này đa phần là các chấn thương gối làm tổn thương DCCT, rất ít các bệnh lý thoái hóa khớp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới là 94 trường hợp chiếm tỷ lệ 59,1% cao hơn nữ giới có 65 trường hợp chiếm tỷ lệ 40,9%, phù hợp với nghiên cứu của Mansson (2011) khi nam giới chiếm 61,57% [5]. Tuy nhiên, phân bố giới tính trong nghiên cứu của Fernandez-Cuadros (2016) nữ chiếm 62% [2]. Một trong những nguyên nhân chênh lệch về tỷ lệ này có thể do đặc tính về giới phụ nữ có tính chịu đựng giỏi hơn đàn ông.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu (n=159)

Nội dung	Tần số	Tỉ lệ %
Chẩn đoán:		
Thoái hóa khớp gối	38	23,9
Đứt dây chằng chéo trước	121	76,1
Thời gian mắc bệnh:		
< 01 tháng	54	34,0
Từ 1 - dưới 06 tháng	46	28,9
Từ 06 - 12 tháng	22	13,8
> 12 tháng	37	23,3
Phương pháp phẫu thuật		
Phẫu thuật thay khớp gối	38	23,9
Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước	121	76,1
Bệnh kèm theo:		
Tăng huyết áp	50	31,4
Đái tháo đường	39	24,5
Bệnh khác	41	25,8

Bảng 3.2 Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu, trong đó bệnh lý về đứt DCCT chiếm nhiều nhất là 76,1%, thoái hóa khớp gối cũng chiếm một tỷ lệ thấp hơn là

23,9%. Nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng chiếm tới 34,0% đa số gặp ở đối tượng đứt DCCT.

Nhóm đối tượng có thời gian mắc bệnh từ 1 tháng đến dưới 06 tháng chiếm 28,9% tiếp đến là đối tượng mắc bệnh trên 12 tháng chiếm tỷ lệ 23,3% còn lại đối tượng mắc bệnh 06 tháng đến dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ 13,8%. Về phương pháp PTKG, nhóm phẫu thuật nội soi tái tại DCCT chiếm đa số 121 ca chiếm tỷ lệ 76,1%, còn lại là phẫu thuật TKG với 38 ca chiếm tỷ lệ 23,9%.

Nhóm người bệnh có bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp là 31,4% chiếm số lượng cao nhất tiếp đến là bệnh đái tháo đường chiếm 25,5 % cuối cùng là các bệnh khác như suy thận, suy gan, viêm loét dạ dày... chiếm 25,8%.

IV. KẾT LUẬN

Đa số các bệnh nhân được phẫu thuật khớp gối tại khoa CTCH bệnh viện Thống Nhất TP.HCM đứt dây chằng chéo trước trẻ trong khi đó nhóm thoái hoá khớp gối mắc các bệnh nội khoa đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Thành Toàn (2012)** "Kết quả bước đầu phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại bệnh viện Thống Nhất - thành phố Hồ Chí Minh". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh 16 (1), tr 231 - 235.
2. **Cuadros, Marcos Edgar Fernandez (2016)** "Age and Comorbidities Affect Quality of Life in Patients With Osteoarthritis and Knee Replacement". Middle East J Rehabil Health, 3 (4)
3. **Ethgen, O. , Bruyere, O. , Richy, F. , Dardennes, C. , Reginster, J. Y. (2004)** "Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature". J Bone Joint Surg Am, 86-A (5), pg 963-74.
4. **Fibay, Ilana N. Ackerman, Trevor G. Russell, Erin M. Macri and Kay M. (2014)** "Health-Related Quality of Life After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction". The American Journal of Sports Medicine, 42 (5), pg 1247-1255.
5. **Mansson, O. , J. Kartus, Sernert, N. (2011)** "Health-related quality of life after anterior cruciate ligament reconstruction". Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 19 (3), pg 479-87.

TÌM HIỂU CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỶ LỆ CÓ THAI CỦA PHƯƠNG PHÁP BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI) TẠI THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH

Đỗ Thị Hồng Hải¹, Lê Thanh Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tỷ lệ có thai của phương pháp bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung (IUI) tại thành phố Nam Định. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 30 chu kỳ bơm IUI của các cặp vợ chồng vô sinh – hiếm muộn do nguyên nhân tại cổ tử cung, do thiếu tinh trùng, do không rõ nguyên nhân trong thời gian từ tháng 9/2016 – 6/2017 tại Phòng khám 144 Song Hào - Nam Định. **Kết quả:** Tỷ lệ có thai giảm dần theo tuổi của người vợ (20 - 29 tuổi tỷ lệ có thai là 18,8%, ở độ tuổi 30 - 39 chiếm 7,1%, không có trường hợp nào có thai ở độ tuổi ≥ 40); thời gian vô sinh càng ngắn thì tỷ lệ có thai càng cao (tỷ lệ có thai chủ yếu ở nhóm người bệnh có thời gian vô sinh < 2 năm); nguyên nhân vô sinh cũng ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả có thai của IUI (tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng chủ yếu ở nhóm có nguyên nhân vô sinh do tinh trùng yếu, ít, dị dạng :16,7%); tỷ lệ có thai cũng liên quan đến độ dày niêm mạc tử cung

(không có trường hợp nào có thai khi độ dày niêm mạc tử cung < 8mm, tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng ở nhóm có độ dày niêm mạc tử cung 8-10 (mm) là 16,7%, ở nhóm > 10 (mm) là 8,3%); tỷ lệ có thai liên quan đến tỷ lệ tinh trùng di động sau lọc rửa. **Kết luận:** Tỷ lệ có thai giảm dần theo tuổi của người vợ; thời gian vô sinh càng ngắn thì tỷ lệ có thai càng cao; nguyên nhân vô sinh cũng ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả có thai của IUI; tỷ lệ có thai cũng liên quan đến độ dày niêm mạc tử cung; tỷ lệ có thai liên quan đến tỷ lệ tinh trùng di động sau lọc rửa.

Từ khóa: Vô sinh, bơm tinh trùng vào buồng tử cung, có thai, yếu tố liên quan.

SUMMARY

UNDERSTANDING FACTORS RELATING TO THE PREGNANCY RATE OF INTRA-UTERINE INSEMINATION (IUI) IN NAM DINH CITY

Objective: The first step is to explore the factors related to the pregnancy rate of the intrauterine purified sperm pumping method in the city of Nam Dinh. **Method:** Descriptive study of cross section thirty IUI cycle of infertile couples - infertility due to cervical causes, due to lack of sperm, due to unknown cause during September 2016 June 2017 at 144 Song Hao - Nam Dinh. **Results:** The pregnancy rate gradually decreases with the age of the wife (20 - 29

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Hải
Email: dohonghai1979@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.2.2019
Ngày phản biện khoa học: 2.4.2019
Ngày duyệt bài: 11.4.2019

years of age is 18.8%, in the age of 30 - 39 accounts for 7.1%, there is no case of pregnancy at age 40); the shorter the time of infertility, the higher the pregnancy rate (the main pregnancy rate in the group of patients with infertility period <2 years); The cause of infertility also significantly affected the pregnancy results of IUI (biochemical pregnancy rate - clinical pregnancy mainly in the group with infertility caused by weak, low sperm, malformed: 16.7%); pregnancy rates are also related to uterine mucosal thickness (no cases of pregnancy when uterine mucosal thickness <8mm, pregnancy bioavailability - clinical pregnancy in group with mucosal thickness uterus 8-10 (mm) was 16.7%, in group >10(mm) was 8.3%); The pregnancy rate is related to the ratio of motile sperm after washing. **Conclusion:** The pregnancy rate gradually decreases with the age of the wife; the shorter the time of infertility, the higher the pregnancy rate; causes of infertility also significantly affect the pregnancy results of IUI; Pregnancy rates are also related to uterine mucosal thickness; Pregnancy rates are related to the ratio of motile sperm after washing.

Key words: infertility, IUI, pregnancy, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO 2000), vô sinh là tình trạng một cặp vợ chồng không thể có thai sau 1 năm chung sống, giao hợp bình thường, không sử dụng bất kỳ một biện pháp tránh thai nào. Nguyên nhân gây vô sinh - hiếm muộn khá phức tạp. Thống kê cho thấy nguyên nhân vô sinh - hiếm muộn do nữ thường chiếm khoảng 35 - 40%, do nam chiếm 30%, 20% do cả hai vợ chồng, 10 - 15% còn lại không rõ nguyên nhân. Thụ tinh nhân tạo bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (Intra-uterine insemination - IUI) là phương pháp điều trị vô sinh - hiếm muộn đầu tay và được áp dụng phổ biến nhất. Cùng với sự phát triển của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, việc sử dụng tinh trùng đã qua lọc, rửa và kích hoạt đã trở thành tiêu chuẩn điều trị trong IUI từ những năm đầu thập kỷ 80.

Ở Việt Nam, tỷ lệ thành công của IUI đạt khoảng 20%. Tuy nhiên, có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công. Trên địa bàn tỉnh Nam Định cho đến nay chưa có thống kê về tình trạng vô sinh-hiếm muộn ở các cặp vợ chồng, bên cạnh đó là sự thiếu hụt các báo cáo về hiệu quả của phương pháp IUI cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị của phương pháp này. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tỷ lệ có thai của phương pháp bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung (IUI) tại thành phố Nam Định" với mục tiêu: Bước đầu tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tỷ lệ có thai của phương pháp bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung (IUI) tại thành phố Nam Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán vô sinh - hiếm muộn do nguyên nhân tại cổ tử cung, do thiếu tinh trùng, do không rõ nguyên nhân.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán vô sinh - hiếm muộn đáp ứng các tiêu chuẩn: có ít nhất 1 ống dẫn trứng thông, buồng trứng còn hoạt động, tinh trùng bình thường, thiếu nặng nhẹ hoặc vừa. Người bệnh đồng ý thực hiện kỹ thuật điều trị IUI và sử dụng kích thích phóng noãn.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh được chẩn đoán vô sinh-hiếm muộn có các biểu hiện sau: người bệnh không hội đủ các điều kiện của các tiêu chuẩn chọn bệnh, người bệnh mắc các bệnh lý toàn thân: Suy gan thận, bệnh lý tim mạch, lao, bệnh lý di truyền, người bệnh mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Phòng khám 144 Song Hào - Nam Định.

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

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: Căn cứ theo tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu thực hiện được 30 chu kỳ bơm trên các cặp vợ chồng hội đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

2.5. Một số biến số và chỉ số chính của nghiên cứu: Tuổi của người vợ. Thời gian vô sinh. Nguyên nhân vô sinh. Độ dày niêm mạc tử cung. Tỷ lệ tinh trùng di động nhanh sau lọc rửa.

Các biến số này được đánh giá cùng với tỷ lệ có thai để xem xét mối liên quan

2.6. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu: Các bệnh án sau khi được thu thập theo tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được quản lý bằng phần mềm EpiData 3.01 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 trước khi đưa vào phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.1. Tuổi và phân bố độ tuổi của người vợ

Chỉ tiêu	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Tuổi trung bình $\bar{X} \pm SD$ Min-Max
Độ tuổi (năm)			
20-29	16	53,3	29,1 $\pm$ 3,7 20 - 36
30-39	14	46,7	
≥ 40	0	0	

Qua bảng 3.1 cho thấy:

+ Tuổi trung bình của người vợ là 29,1 $\pm$ 3,7.

Tuổi cao nhất 36 (năm), thấp nhất 20 (năm).

+ Tỷ lệ người bệnh có độ tuổi từ 20-29 chiếm tỷ lệ cao nhất: 53,3%.

Bảng 3.2: Nguyên nhân vô sinh

Nguyên nhân vô sinh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tinh trùng yếu, ít, dị dạng	24	80
Do cổ tử cung	2	6,7
Nguyên nhân kết hợp	1	3,3
Không rõ nguyên nhân	3	10
Tổng	30	100

Qua bảng 3.2 cho thấy: Nguyên nhân vô sinh do tinh trùng yếu, ít, dị dạng chiếm tỷ lệ cao nhất: 80%. Nguyên nhân do cổ tử cung chiếm 6,7%; nguyên nhân kết hợp giữa tinh trùng yếu, ít, dị dạng và do cổ tử cung chiếm 3,3%; không rõ nguyên nhân chiếm 10%.

Bảng 3.3: Mật độ tinh trùng trước và sau lọc rửa

Mật độ TT($\times 10^6/\text{ml}$)	$\bar{X} \pm \text{SD}(\text{Min-Max})$
Trước lọc rửa	$30,7 \pm 13,92 (10-55)$
Sau lọc rửa	$70,1 \pm 16,09 (28-92)$

Qua bảng 3.3 cho thấy: mật độ tinh trùng trung bình trước lọc rửa là $30,7 \pm 13,92 (\times 10^6/\text{ml})$ còn sau lọc rửa là $70,1 \pm 16,09 (\times 10^6/\text{ml})$.

3.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ có

Bảng 3.6: Liên quan nguyên nhân vô sinh với tỷ lệ có thai

Nguyên nhân	Chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ có thai sinh hóa – Lâm sàng	
			Số lượng	(%)
Tinh trùng yếu, ít, dị dạng		24	4	16,7
Do vòi tử cung		2	0	0
Nguyên nhân kết hợp		1	0	0
Không rõ nguyên nhân		3	0	0
Tổng		30	4	

Qua bảng 3.6 cho thấy: Tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng chủ yếu ở nhóm có nguyên nhân vô sinh do tinh trùng yếu, ít, dị dạng chiếm 16,7%.

Bảng 3.7: Liên quan loại vô sinh với tỷ lệ có thai

Loại vô sinh	Chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ có thai sinh hóa – Lâm sàng	
			Số lượng	(%)
VSI		21	3	14,3
VSII		9	1	11,1
Tổng		30	4	

Qua bảng 3.7 cho thấy: Tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng nhóm VSI chiếm tỷ lệ 14,3%, nhóm vô sinh II chiếm 11,1%.

Bảng 3.8: Liên quan độ dày niêm mạc tử cung (ĐDNM tử cung) với tỷ lệ có thai

ĐDNM tử cung	Chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ có thai sinh hóa – Lâm sàng	
			Số lượng	(%)
8-10		18	3	16,7
> 10		12	1	8,3
Tổng		30	4	

Qua bảng 3.8 cho thấy: Tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng ở nhóm có ĐDNM tử cung 8-10 là 16,7 %, ở nhóm > 10 là 8,3 %.

Bảng 3.9: Liên quan tỷ lệ tinh trùng di động nhanh sau lọc rửa với tỷ lệ có thai

Mức độ (%)	Chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ có thai sinh hóa – Lâm sàng	
			Số lượng	(%)
< 10		2	0	0

thai của IUI.

Bảng 3.4: Liên quan tuổi của người vợ với tỷ lệ có thai

Chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ có thai sinh hóa – Lâm sàng	
		Số lượng	(%)
Độ tuổi (năm)			
20-29	16	3	18,8
30-39	14	1	7,1
≥ 40	0	0	0
Tổng	30	4	

Qua bảng 3.4 cho thấy: Tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng ở độ tuổi 20 - 29 là 18,8 %, ở độ tuổi 30 - 39 chiếm 7,1%, không có trường hợp nào có thai ở độ tuổi ≥ 40.

Bảng 3.5: Liên quan thời gian vô sinh với tỷ lệ có thai

Chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ có thai sinh hóa – Lâm sàng	
		Số lượng	(%)
Thời gian (năm)			
< 2 năm	12	4	33,3
2 - 4 năm	12	0	0
> 4 năm	6	0	0
Tổng	30	4	

Qua bảng 3.5 cho thấy: Tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng chủ yếu ở nhóm có thời gian vô sinh < 2 năm.

10- <15	5	1	20
15- < 25	12	2	16,7
≥ 25	11	1	9,1
Tổng	30		4

Qua bảng 3.9 cho thấy: Tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng ở nhóm tinh trùng di động nhanh sau lọc rửa 10 - <15 là 20%, nhóm 15 - <25 là 16,7%, nhóm ≥ 25 là 9,1%, không có trường hợp nào có thai ở nhóm có tỷ lệ tinh trùng di động sau lọc rửa < 10.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi và phân bố độ tuổi của người vợ.

Qua bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của người vợ trong nghiên cứu của chúng tôi là $29,1 \pm 3,7$ (năm), trẻ nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 36 tuổi. Tỷ lệ người bệnh có độ tuổi từ 20-29 chiếm tỷ lệ cao nhất: 53,3%. Tuổi là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai của người phụ nữ. Nghiên cứu trên dân số thụ thai tự nhiên, các tác giả ghi nhận khả năng thụ thai cao nhất ở độ tuổi 20-24 tuổi, giảm nhẹ khi 30-32 tuổi sau đó giảm mạnh. Tuổi là yếu tố xác định mạnh mẽ khả năng sinh sản trong chu kỳ tự nhiên và các chu kỳ hỗ trợ sinh sản, bởi vì tuổi là một trong những yếu tố tiên lượng dự trữ của buồng trứng. Tuy nhiên, tuổi không coi là nguyên nhân của vô sinh bởi vì tuổi thể hiện tình trạng sinh lý hơn là tình trạng bệnh lý. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Cao Ngọc Thành và CS: tuổi trung bình của vợ: 30,26 tuổi, cao nhất là 49 tuổi và thấp nhất là 20 tuổi [1].

4.1.2. Nguyên nhân vô sinh. Bảng 3.2 cho thấy có rất nhiều nguyên nhân vô sinh của đối tượng nghiên cứu. Trong các nguyên nhân gây vô sinh chúng tôi áp dụng trong điều trị bằng IUI thì nguyên nhân vô sinh do tinh trùng yếu, ít, dị dạng chiếm tỷ lệ cao nhất: 80%. Kết quả này cũng phù hợp với các chỉ định của phương pháp IUI. Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) có thể coi là bước đầu tiên trong liệu trình điều trị vô sinh hiếm muộn. Với những ưu điểm nổi bật như thủ thuật đơn giản, rẻ tiền, dễ áp dụng, ít tai biến, IUI được áp dụng rộng rãi cho hầu hết các cặp vợ chồng vô sinh. Mặt khác, phương pháp lọc rửa tinh trùng theo thang nồng độ cũng là một trong những kỹ thuật đơn giản dễ thực hiện. Khi tinh trùng yếu, ít, dị dạng, nhờ kỹ thuật này mà ta thu được lượng tinh trùng cao hơn cũng như loại bỏ được một số tạp chất, giúp cho kết quả điều trị bằng IUI đạt hiệu quả cao.

4.1.2. Mật độ tinh trùng trước và sau lọc rửa

Bảng 3.3 cho thấy: mật độ tinh trùng trung bình trước lọc rửa là $30,7 \pm 13,92$ ($\times 10^6/\text{ml}$), thấp nhất là 10 ($\times 10^6/\text{ml}$), cao nhất là 55

($\times 10^6/\text{ml}$); còn sau lọc rửa là $70,1 \pm 16,09$ ($\times 10^6/\text{ml}$) thấp nhất là 28 ($\times 10^6/\text{ml}$), cao nhất là 92 ($\times 10^6/\text{ml}$). Theo nghiên cứu của Hồ Thị Hà số lượng tinh trùng trung bình trước lọc rửa là $105,16 \pm 78,38$ ($\times 10^6$), còn sau lọc rửa là $116,81 \pm 85,84$ ($\times 10^6$) [3]. Mật độ tinh trùng cũng là những yếu tố thuận lợi giúp cho quá trình điều trị vô sinh - hiếm muộn bằng IUI đạt hiệu quả cao. Như vậy với phương pháp lọc rửa tinh trùng đã giúp cho việc cô đặc và chọn lọc tinh trùng chuẩn bị cho kỹ thuật IUI thu được thành công.

4.2. Bàn luận về các yếu tố liên quan đến tỷ lệ có thai của IUI.

4.2.1. Liên quan tuổi của người vợ với tỷ lệ có thai. Qua bảng 3.4 cho thấy: Tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng ở độ tuổi 20-29 là 18,8%, ở độ tuổi 30 - 39 chiếm 7,1%, không có trường hợp nào có thai ở độ tuổi ≥ 40. Tỷ lệ có thai giảm dần theo tuổi của người vợ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Cao Ngọc Thành và CS, độ tuổi 20 - 29 tỷ lệ có thai chiếm 18,3%; 30-39 tỷ lệ có thai chiếm 10,53%; ≥ 40 chiếm 2,1% [1]. Tại trung tâm Victoria của Canada thực hiện IUI và đưa ra các kết luận: tỷ lệ có thai đạt 20% ở phụ nữ dưới 30 tuổi, 15 - 18% ở phụ nữ 30 - 35 tuổi, 10 - 15% ở người 35 - 39 tuổi, và chỉ còn 5 - 10% nếu trên 40 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của tác giả Nguyễn Châu Mai Phương: tuổi bệnh nhân càng cao, buồng trứng hoạt động càng kém, tỷ lệ thành công càng giảm [6].

4.2.2. Liên quan thời gian vô sinh với tỷ lệ có thai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.5) cho thấy: Tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng chủ yếu ở nhóm có thời gian vô sinh < 2 năm. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả về sự liên quan của thời gian vô sinh với tỷ lệ có thai trong IUI. Theo Cao Ngọc Thành và CS, tỷ lệ vô sinh điều trị thành công với phương pháp IUI giảm dần theo thời gian vô sinh với $p < 0,01$, tỷ lệ này chỉ đạt 7,07% (ở nhóm vô sinh > 5 năm) so với 21,35% (ở nhóm vô sinh < 2 năm) và 12,75% (ở nhóm vô sinh 2 - 5 năm) [1]. Báo cáo kết quả IUI 2004 của Đỗ Thị Hải (Hải Phòng) ghi nhận thời gian vô sinh càng dài thì tỷ lệ có thai càng thấp, tỷ lệ

này đạt 16,66% ở nhóm < 2 năm và chỉ còn 6,77% ở nhóm > 5 năm [2].

4.2.3. Liên quan nguyên nhân vô sinh với tỷ lệ có thai. Bảng 3.6 cho thấy: Tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng chủ yếu ở nhóm có nguyên nhân vô sinh do tinh trùng yếu, ít, dị dạng (16,7%). Các nguyên nhân khác không có trường hợp nào có thai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Cao Ngọc Thành ở nhóm nguyên nhân vô sinh do thiếu năng tinh trùng, tỷ lệ có thai của kỹ thuật IUI là 17,44%, rối loạn phóng noãn tỷ lệ có thai sau IUI là 16,81, các nguyên nhân khác tỷ lệ có thai rất thấp ($p < 0,05$) [1]. Kết quả nghiên cứu của Tô Minh Hương thì tỷ lệ có thai phụ thuộc vào nguyên nhân vô sinh - hiếm muộn: tổn thương vòi tử cung (9,4%), rối loạn phóng noãn (21,4%), tinh trùng yếu ít (13,6%) [7].

4.2.4. Liên quan loại vô sinh với tỷ lệ có thai.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.7) cho thấy: tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng chiếm tỷ lệ cao ở nhóm VSI (14,3%), còn nhóm VSII chiếm 11,1%. Theo kết quả nghiên cứu của bệnh viện sản nhi Vĩnh Phúc về tỷ lệ có thai và loại vô sinh cho thấy vô sinh nguyên phát tỷ lệ có thai 16,9% với phương pháp IUI, cao hơn vô sinh thứ phát là 7,3%. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của Hồ Thị Hà và một số nghiên cứu khác. Theo Hồ Thị Hà, tỷ lệ có thai bằng IUI của nhóm VSI là 12,6% còn VS thứ phát chiếm 15,6% ($p > 0,05$). Điều này có thể cho thấy loại vô sinh chưa thể hiện rõ ràng mối liên quan với tỷ lệ có thai của IUI [3].

4.2.5. Liên quan độ dày niêm mạc tử cung với tỷ lệ có thai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng ở nhóm có ĐDNM tử cung 8-10 (mm) là 16,7%, ở nhóm >10 (mm) là 8,3%. Cũng nghiên cứu về liên quan của ĐDNM tử cung đến tỷ lệ có thai trong IUI, Cao Ngọc Thành và CS cho thấy tỷ lệ có thai cao hơn (14,78%) ở nhóm có độ dày nội mạc tử cung tại thời điểm thực hiện IUI ≥ 7 mm. Ở nhóm nội mạc tử cung < 7mm tỷ lệ này chỉ đạt 4,08% ($p < 0,01$) [1]. Theo Đỗ Thị Hải (Hải Phòng) tỉ lệ có thai ở nhóm có nội mạc ≥ 7 mm là 12,4% và nhóm < 7mm là 4,08% [2]. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có thai cao ở những chu kỳ có độ dày niêm mạc tử cung dày hơn và tăng phát triển nhanh hơn, ngưỡng độ dày niêm mạc tử cung thấp nhất được ghi nhận có thai là 6mm, nhưng khi độ dày niêm mạc tử cung > 14mm thì tỷ lệ có thai cũng giảm. Như vậy, chuẩn bị nội mạc tử cung trước khi thực

hiện kỹ thuật IUI cũng đóng vai trò khá quan trọng góp phần nâng cao hiệu quả điều trị.

4.2.6. Liên quan tỷ lệ tinh trùng di động nhanh sau lọc rửa với tỷ lệ có thai. Tỷ lệ tinh trùng di động nhanh cũng là một trong những yếu tố quan trọng trong điều trị vô sinh - hiếm muộn bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.9 cho thấy: Tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng ở nhóm tinh trùng di động nhanh sau lọc rửa 10 - <15 là 20%, nhóm 15 - < 25 là 16,7%, nhóm ≥ 25 là 9,1%, không có trường hợp nào có thai ở nhóm có tỷ lệ tinh trùng di động sau lọc rửa < 10. Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, mật độ tinh trùng sau lọc rửa trung bình là $70,1 \pm 16,09$ ($\times 10^6/\text{ml}$). Đây cũng là một trong những thành phần giúp cho tỷ lệ có thai cao hơn trong IUI.

Để có quá trình thụ thai thì cần có nhiều tinh trùng cùng đến gặp noãn. Các tinh trùng này sẽ vỡ thể đầu để giải phóng enzym dung giải màng tế bào noãn giúp cho 1 tinh trùng duy nhất vào thụ tinh với noãn. Đây là lý do cần có nhiều tinh trùng di động nhanh thì khả năng thụ thai mới bình thường.

V. KẾT LUẬN

+ Tỷ lệ có thai giảm dần theo tuổi của người vợ (20 - 29 tuổi tỷ lệ có thai là 18,8%, ở độ tuổi 30 - 39 chiếm 7,1%, không có trường hợp nào có thai ở độ tuổi ≥ 40).

+ Thời gian vô sinh càng ngắn thì tỷ lệ có thai càng cao (tỷ lệ có thai chủ yếu ở nhóm người bệnh có thời gian vô sinh < 2 năm).

+ Nguyên nhân vô sinh cũng ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả có thai của IUI (tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng chủ yếu ở nhóm có nguyên nhân vô sinh do tinh trùng yếu, ít, dị dạng : 16,7%).

+ Tỷ lệ có thai cũng liên quan đến độ dày niêm mạc tử cung (không có trường hợp nào có thai khi ĐDNMTC < 8mm, tỷ lệ có thai sinh hóa - có thai lâm sàng ở nhóm có ĐDNM tử cung 8-10 (mm) là 16,7%, ở nhóm > 10 (mm) là 8,3%).

+ Tỷ lệ có thai liên quan đến tỷ lệ tinh trùng di động sau lọc rửa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Ngọc Thành (2007), "Bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung - Phương pháp hỗ trợ sinh sản và hiệu quả", Chuyên đề Sản phụ khoa, trang 32 - 37.
2. Đỗ Thị Hải (2004), Kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung (Intrauterine insemination - IUI) tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng trong 2 năm 2004- 2005, Hội nghị vô sinh - hiếm muộn và hỗ trợ sinh sản, Hà Nội 9/2006.

3. **Hồ Thị Hà (2011)**, Tìm hiểu mối liên quan giữa mật độ và độ di động của tinh trùng với tỷ lệ có thai của kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp BSNT, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Minh Châu (2002)**, "Nghiên cứu mối liên quan giữa chất lượng tinh trùng sau lọc rửa và tỉ lệ có thai bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung".
5. **Ngô Hạnh Trà (2003)**, "Tỉ lệ thành công của bơm tinh trùng vào buồng tử cung và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị", Vô sinh – Các vấn đề mới, trang 65 – 69.
6. **Nguyễn Châu Mai Phương (2002)**, "Điều trị vô sinh do thiếu năng tinh trùng bằng kỹ thuật IUI", Sức khỏe và sinh sản số 3, trang 11.
7. **Tô Minh Hương (2006)**, "Đánh giá kết quả hiếm muộn bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội", Hội thảo vô sinh và hỗ trợ sinh sản, trang 100 – 105.
8. **Richard P, Dickey Dr Dale Mc Clure (1995)**, "Male infertility", Infertility Evaluation and treatment, pages 62 – 75.

HIỆU QUẢ CAN THIỆP CỦA GEL-FLOUR 1,23% TRÊN RĂNG 6 CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI HUYỆN PHÚ LƯƠNG, THÁI NGUYÊN NĂM 2016

Trần Đình Tuyên¹, Nguyễn Quốc Trung², Nguyễn Thu Yến³

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp có nhóm so sánh nhằm đánh giá hiệu quả của Gel-flour 1,23% trong điều trị sâu răng 6 của học sinh trung học cơ sở tại huyện Phú Lương, Thái Nguyên năm 2016. **Kết quả:** Tổng số răng 6 sâu mức độ D1 và D2 ở nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng. Đối với nhóm can thiệp, tình trạng sâu răng ở mức độ D1 vẫn giữ nguyên hoặc tiến triển lên D0, răng sâu ban đầu ở tình trạng D2 giữ nguyên hoặc tiến triển lên D0, D1, không có trường hợp tiến triển lên D3 ($p < 0,05$). Trong khi đó, ở nhóm chứng, tình trạng sâu răng ở mức độ D1 vẫn giữ nguyên hoặc nặng lên D2, D3 sau 6 đến 12 tháng; răng sâu ban đầu mức độ D2 tiến triển nặng lên D3 hoặc giữ nguyên ($p < 0,05$). **Kết luận:** Gel-flour 1,23% có tác dụng cải thiện rõ rệt tình trạng sâu các mặt răng 6, cải thiện hoặc giữ nguyên tình trạng sâu răng so với kem chải răng PS thông thường.

Từ khóa: Gel-flour 1,23%; răng 6; can thiệp sâu răng

SUMMARY

EFFICIENCY OF GEL-FLOUR 1.23% IN INTERVENTION OF NO.6 TOOTH DECAY OF SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN PHU LUONG DISTRICT, THAI NGUYEN IN 2016

Intervention study has a comparison group to evaluate the effectiveness of Gel-flour 1.23% in the treatment of the decay of No.6 tooth decay of secondary school students in Phu Luong district, Thai Nguyen in 2016. **Result:** Total N6 tooth decay of D1 and D2 levels in the intervention group were higher than the control group. For the intervention group, the

level of tooth decay in level D1 remains the same or progresses to D0, the original tooth in the condition D2 remains or evolves to D0, D1, there is no case to progress to D3 ($p < 0.05$). Meanwhile, in the control group, the level of tooth decay in level D1 remained the same or heavy on D2 and D3 after 6 to 12 months; Initial decay teeth with advanced D2 level progressed to D3 or remained unchanged ($p < 0.05$). **Conclusion:** 1.23% Gel-flour has a significant effect on improving the deep condition of tooth surface 6, improving or maintaining tooth decay status compared to conventional PS toothpaste.

Keywords: 1,23% gel flour; No.6 tooth decay; tooth decay intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng không được điều trị là nguyên nhân của các tổn thương tiếp diễn quanh răng, thường đi kèm với đau. Trong khi đó, sửa chữa hay thay răng sâu rất tốn kém cả về thời gian và kinh tế. Vì vậy dự phòng sâu răng ở trẻ em và thanh thiếu niên được coi là ưu tiên của nha khoa và mang lại hiệu quả chi phí hơn công tác điều trị. Ngày nay, việc sử dụng flour là nhân tố chính trong việc giảm tỉ lệ hiện mắc và mức độ sâu răng tại Mỹ và các nước khác(1). Việc sử dụng đúng cách flour vừa an toàn và hiệu quả trong phòng chống và kiểm soát sâu răng. Flour có hiệu quả trong tái tạo khoáng và bắt giữ các tổn thương sâu răng sớm ở bộ răng vĩnh viễn. Ở Việt Nam, theo điều tra cơ bản răng miệng năm 2001: 56,6% trẻ 12 tuổi bị sâu răng với chỉ số DMFT = 1,87; trẻ 15 tuổi có 67,6% trẻ sâu răng với DMFT = 2,16(2). Huyện Phú Lương, Thái Nguyên là một huyện miền núi phía Bắc Việt Nam có nền kinh tế phát triển, tuy nhiên dân cư có đặc điểm văn hóa đa dạng, việc sử dụng nguồn nước sinh hoạt còn hạn chế và việc thực hiện các can thiệp nha khoa còn thiếu.

¹Trường cao đẳng Y tế Hà Đông

²Vụ các Vấn đề xã hội – Ban tuyên giáo Trung Ương

³Viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Tuyên

Email: mecofo@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.4.2019

Ngày duyệt bài: 10.4.2019

Để tăng cường tái khoáng hoá và điều trị phục hồi tổn thương sâu răng sớm nhiều công trình nghiên cứu khoa học đã chứng minh vai trò của flour. Tuy nhiên áp dụng flour vẫn còn hạn chế và những nghiên cứu về hiệu quả điều trị sâu răng sớm tại Việt Nam bằng flour còn rất ít chỉ có 1 nghiên cứu.

Răng 6 là răng hàm đầu tiên được thay bằng răng vĩnh viễn khi trẻ lên 6. Trong những năm đầu đời, việc chăm sóc răng miệng không tốt sẽ dẫn đến tình trạng sâu răng kéo dài. Trong nghiên cứu trước của chúng tôi đã phát hiện tỉ lệ sâu răng 6 trên đối tượng trẻ 12 tuổi cao hơn và cao nhất so với các răng hàm còn lại. Vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp của Gel-flour 1,23% trên răng 6 của học sinh trung học với mục tiêu đánh giá hiệu quả can thiệp của Gel-flour 1,23% trong điều trị sâu răng 6. Từ đó giúp đưa ra các khuyến nghị dự phòng sâu răng trong những năm sớm của trẻ nhỏ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là 213 học sinh 12 tuổi tại 2 trường trung học cơ sở Hợp Thành và Dương Tự Minh, Phú Lương, Thái Nguyên được mời tham gia nghiên cứu. Trong đó chúng tôi chia thành 2 nhóm 106 học sinh của trường Hợp Thành làm nhóm can thiệp, 107 học sinh còn lại của trường Dương Tự Minh làm nhóm chứng. Tất cả đối tượng học sinh đều thuộc đối tượng sinh sống tại cơ sở nghiên cứu ít nhất 6 tháng và có sự chấp thuận của cha mẹ học sinh, trẻ không có tiền sử dị ứng với flour hoặc đang dùng các thuốc có phản ứng với flour, có tổn thương sâu răng sớm (D1,D2). Chúng tôi tiến hành giải thích các quy trình, những khó chịu hoặc rủi ro có thể xảy ra cũng như những lợi ích có thể mang lại cho cha mẹ các em.

Thời gian nghiên cứu: 1/2015-12/2016

Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp có nhóm đối chứng

Thiết kế nghiên cứu: theo dõi dọc sau can thiệp thời điểm sau 6 và 12 tháng.

Phương pháp tính cỡ mẫu theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng (210 em).

Tiến hành nghiên cứu: Khám phát hiện sâu răng và ghi nhận mức khoáng hóa bằng thiết bị Diagnodent 2190-KaVo (Đức). Cả hai nhóm can thiệp và nhóm chứng đều được thực hiện chải răng có kiểm soát tập trung tại trường, học sinh không được biết mình được chải loại kem gì mà do bác sỹ trực tiếp lấy thuốc hoặc kem cho từng em, chúng tôi thực hiện quy trình làm mù đơn vì vậy Gel fluor 1,23% và kem chải răng P/S trẻ em trước khi lấy cho trẻ chải đều được cho vào trong các tuýp có gắn nhãn (Mirafleur- Gel) giống nhau và được đánh số ký hiệu chỉ người nghiên cứu được biết. Cả hai nhóm đều được thực hiện chải răng theo lịch cố định: thời gian cho mỗi lần chải răng là 4 phút, mỗi ngày chải 1 lần vào buổi sáng, mỗi đợt liên tục trong 5 ngày, mỗi đợt cách nhau 03 tháng, 04 đợt trong 12 tháng. Học sinh được hướng dẫn chải răng theo phương pháp Bass cải tiến. Lượng kem hoặc gel cho mỗi lần chải tương đương với 0,66 gam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả đánh giá sau can thiệp của chúng tôi bằng gel flour 1,23% trên răng 6 cho thấy, tỉ lệ sâu tất cả các răng 6 sau can thiệp tại thời điểm 6 và 12 tháng giảm tỉ lệ mắc các mức độ sâu D1, D2, D3, tăng tỉ lệ sâu mức độ D0. Trong khi đó, với nhóm chứng sử dụng kem đánh răng P/S thông thường, tỉ lệ mức độ D0 giảm đi trong đó các tỉ lệ mức độ sâu D1,D2,D3 ở tất cả các răng tăng lên.

Đánh giá sâu răng 6 giai đoạn D1 sau 6 tháng can thiệp

Bảng 1. Tiến triển sâu răng 6 giai đoạn sớm D1 tại thời điểm 6 tháng so với trước can thiệp

Số răng	nhóm	Số % của độ tiến triển mức								Tổng
		Không đổi (D1)		Tốt lên (D0)		Tiến triển lên (D2)		Tiến triển lên (D3)		
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Răng 6 trên phải	Gel Flour	14	53,8%	12	46,2%	0	0%	0	0%	26
	Chứng	4	36,4%	0	0%	4	36,4%	3	27,3%	11
Răng 6 trên trái	Gel Flour	13	65%	7	35%	0	0%	0	0%	20
	Chứng	12	63,2%	0	0%	7	36,8%	0	0%	19
Răng 6 dưới phải	Gel Flour	28	68,3%	12	29,3%	0	0%	1	2,4%	41
	Chứng	29	87,9%	0	0%	3	9,1%	1	3,0%	33
Răng 6 dưới trái	Gel Flour	18	66,7%	9	33,3%	0	0%	0	0%	27
	Chứng	28	84,8%	0	0%	5	15,2%	0	0%	33

Đánh giá nhóm can thiệp Gel flour, ở tất cả các răng 6, đa số các trường hợp là giữ nguyên trạng thái sâu răng D1 hoặc tiến triển tốt lên D0. Chỉ riêng có răng 6 dưới phải có 2,4% trường hợp tăng từ D1 lên D3, còn lại là giữ nguyên D1 hoặc tiến triển lên D0. Đối với nhóm chứng, việc sử dụng kem đánh răng P/S đa phần chỉ giữ nguyên trạng thái sâu răng D1. Tuy nhiên, không có trường hợp nào tiến triển tốt lên D0 và khoảng 1/3 các trường hợp tiến triển lên D2 hoặc D3. (Bảng 1)

Đánh giá sâu răng 6 giai đoạn D2 sau 6 tháng can thiệp

Bảng 2. Tiến triển sâu răng 6 giai đoạn sớm D2 tại thời điểm 6 tháng so với trước can thiệp

Số răng	nhóm	Số % của độ tiến triển mức								
		Không đổi (D2)		Tốt lên (D0)		Tốt lên (D1)		Tiến triển lên (D3)		Tổng
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Răng 6 trên phải	Gel Flour	6	50%	3	25%	3	25%	0	0%	12
	Chứng	6	60%	1	10%	0	0%	3	30%	10
Răng 6 trên trái	Gel Flour	3	60%	0	0%	2	40%	0	0%	5
	Chứng	13	86,7%	0	0%	0	0%	2	13,3%	15
Răng 6 dưới phải	Gel Flour	17	65,4%	3	11,5%	6	23,1%	0	0%	26
	Chứng	27	93,1%	0	0%	0	0%	2	6,9%	29
Răng 6 dưới trái	Gel Flour	23	79,3%	3	10,3%	3	10,3%	0	0%	29
	Chứng	26	92,9%	0	0%	0	0%	2	7,1%	28

Ở những trường hợp có mức độ sâu D2 trước can thiệp, khi được sử dụng gel flour, sau 6 tháng không có trường hợp nào bị nặng lên D3, 50-79,3% các trường hợp giữ nguyên mức độ sâu, còn lại 10,3-25% tiến triển lên D0 hoặc D1. Ở nhóm chứng sử dụng kem P/S, không có trường hợp nào tiến triển lên D0,D1, tỉ lệ tiến triển lên D3 chiếm từ 6,9%-30%, còn lại là tỉ lệ không biến đổi trạng thái sâu (60-92,9%). (Bảng 2)

Đánh giá sâu răng 6 giai đoạn D1 sau 12 tháng can thiệp

Bảng 3. Tiến triển sâu răng 6 giai đoạn sớm D1 tại thời điểm 12 tháng so với trước can thiệp

Số % của độ tiến triển mức										
Số răng	nhóm	Không đổi (D1)		Tốt lên (D0)		Tiến triển lên (D2)		Tiến triển lên (D3)		Tổng
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Răng 6 trên phải	Gel Flour	4	15,4%	22	84,6%	0	0%	0	0%	26
	Chứng	0	0%	0	0%	7	63,6%	4	36,4%	11
Răng 26 trên trái	Gel Flour	5	25%	15	75%	0	0%	0	0%	20
	Chứng	7	36,8%	0	0%	11	57,0%	1	5,3%	19
Răng 6 dưới phải	Gel Flour	12	29,3%	28	68,3%	0	0%	1	2,1%	41
	Chứng	24	72,7%	0	0%	8	24,2%	1	3%	33
Răng 6 dưới trái	Gel Flour	9	33,3%	18	66,7%	0	0%	0	0%	27
	Chứng	26	78,8%	0	0%	7	21,2%	0	0%	33

Đánh giá ở thời điểm sau can thiệp 12 tháng, đối với những trường hợp đang ở trạng thái sâu mức độ D1, không có trường hợp nào bị nặng lên ở bất kể răng nào, tỉ lệ răng tiến triển lên D0 cao hơn hẳn so với thời điểm 6 tháng, tỉ lệ răng không đổi D1 giảm đi so với thời điểm 6 tháng sau can thiệp. Với nhóm chứng, Tỉ lệ sâu răng tiến triển lên D2,D3 cao hơn hẳn so với thời điểm 6 tháng trước. Không có trường hợp nào tiến triển tốt lên D0. (Bảng 3)

Đánh giá sâu răng 6 giai đoạn D2 sau 12 tháng can thiệp

Bảng 4. Tiến triển sâu răng 6 giai đoạn sớm D2 tại thời điểm 12 tháng so với trước can thiệp

Số răng	nhóm	Số % của độ tiến triển mức								Tổng
		Không đổi(D2)		Tốt lên (D0)		Tốt lên (D1)		Tiến triển lên(D3)		
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Răng 6 trên phải	Gel Flour	2	16,7%	5	41,7%	5	41,7%	0	0%	12
	Chứng	5	50%	0	0%	0	0%	5	50%	10
Răng 6 trên trái	Gel Flour	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%	5
	Chứng	11	73,3%	0	0%	0	0%	4	26,7%	15

Răng 6 dưới phải	Gel Flour	10	38,5%	4	15,4%	12	46,2%	0	0%	26
	Chứng	23	79,3%	0	0%	0	0%	6	20,7%	29
Răng 6 dưới trái	Gel Flour	16	55,2%	6	20,7%	7	24,1%	0	0%	27
	Chứng	24	85,7%	0	0%	0	0%	4	14,3%	28

Với những răng ở trạng thái D2 trước can thiệp, sau can thiệp 12 tháng, với nhóm sử dụng gel flour thì tỉ lệ tốt lên D0 và D1 tăng hẳn so với thời điểm trước 6 tháng, không có trường hợp nào nặng lên D3. Với nhóm chứng, không có trường hợp nào tiến triển tốt lên D0 hay D1, 14,3%-50% tiến triển lên D3 còn lại vẫn giữ nguyên ở D2. (Bảng 4)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tình trạng tiến triển về mức độ sâu răng của 2 nhóm sau 6 và 12 tháng can thiệp. Như vậy, ở nhóm được sử dụng gel flour 1,23% tình trạng sâu răng giảm về mức độ, sau 12 tháng thì tiến triển tốt lên và không có trường hợp nào bị nặng hơn. Trong khi đó ở nhóm chứng, sau 12 tháng theo dõi, các mặt răng đều có xu hướng nặng lên hoặc ít biến đổi.

Nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn cho kết quả Gel flour 1,23% có tác dụng làm giảm 78,6% sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm (D1,D2) sau 18 tháng(3). So với nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này giảm ít hơn tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có giá trị trong việc so sánh hiệu quả của gel flour và PS.

Một điều nữa có thể thấy là răng 6 trên phải là răng dễ có khả năng tiến triển nặng lên. Điều này có thể giải thích do thói quen nhai ở răng này có tần suất cao vì vậy việc tiếp xúc của răng này với thức ăn nhiều hơn các răng còn lại.

V. KẾT LUẬN

Gel flour thể hiện tính ưu việt hơn hẳn so với kem đánh răng PS thông thường. Như vậy, hiệu quả dự phòng tiến triển sâu răng của Gel flour được chứng minh trong nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra, đối với dự phòng sâu răng, học sinh cũng cần được khuyến cáo về việc chải răng 6 trên phải kĩ lưỡng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. What is the burden of oral disease? [cited 2019 25/2]. Available from: https://www.who.int/oral_health/disease_burden/global/en/.
2. Trường TV, Hải TĐ. Khảo sát tình trạng răng miệng ở trẻ em mẫu giáo lứa tuổi 4-5 tuổi: trường Đại học Y Hà Nội
3. Trung NQ, Tuấn VM, Hiền LTT, Hùng P. Đánh giá tác dụng của amflour gem 1,23% đối với tổn thương sâu răng men sớm ở răng vĩnh viễn. Tạp chí Y Học Thực Hành. 2010;739:97-9.

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Thanh Nga*, Phạm Thị Nga*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** 106 bệnh nhân sau phẫu thuật rò hậu môn tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Bệnh nhân đã được hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống của bản thân theo các chủ đề của bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36. **Kết quả:** Điểm trung bình sức khỏe thể chất của bệnh nhân trước phẫu thuật là $67,7 \pm 8,2$ và tổng điểm trung bình sau phẫu thuật là $83,8 \pm 5,7$; điểm trung bình sức khỏe tinh thần của bệnh nhân dò hậu môn trước

phẫu thuật là $70,7 \pm 6,6$ và tổng điểm trung bình sau phẫu thuật là $79,7 \pm 7,7$; điểm trung bình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rò hậu môn trước phẫu thuật là $69,2 \pm 7,4$ thấp hơn so với sau phẫu thuật $81,8 \pm 6,7$. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật rò hậu môn có sự thay đổi rõ rệt và có ý nghĩa thống kê ở tất cả các nội dung.

Từ khóa: Rò hậu môn, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

EVALUATION OF THE QUALITY CHANGE OF LIFE OF PATTERNS AFTER THE HAZARDOUS BREAST SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: Describe the quality of life of patients after anal leakage surgery at Viet Duc hospital. **Subjects and Methods:** The study evaluated the quality of life of 106 patients after anal leakage surgery at Viet Duc Friendship Hospital. Patients were asked to assess their own quality of life according to

*Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Nga
Email: nguyenthanhnga555@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 29.3.2019
Ngày duyệt bài: 3.4.2019

the topics of SF-36. **Result:** average physical health of patients before surgery The procedure is 67.7 ± 8.2 and the average score after surgery is 83.8 ± 5.7 ; The average health score of patients with anal anatomy before surgery is 70.7 ± 6.6 and the average score after surgery is 79.7 ± 7.7 ; The average score of the quality of patients with anal fissure before surgery is 69.2 ± 7.4 lower than after surgery 81.8 ± 6.7 . **Conclusion:** The research results show that the quality of life of patients after anal leakage surgery has a significant and statistically significant change in all contents:

Keywords: Anal fissure, quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là bệnh thường gặp vùng hậu môn trực tràng, đứng hàng thứ hai sau bệnh trĩ, chiếm 24,45% các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng [1]. Mặc dù rò hậu môn là bệnh lý ít gây nguy hiểm đến tính mạng, nhưng lại làm ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, sinh hoạt, lao động, tâm lý và đặc biệt ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Đặc biệt do các đặc thù sau khi điều trị rò hậu môn thì bệnh nhân sau khi phẫu thuật gặp phải nhiều vấn đề liên quan tới chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân có những tâm lý tự ti, mặc cảm về tinh thần, giảm chức năng tình dục và điều này ảnh hưởng sâu sắc tới nhiều khía cạnh trong cuộc sống của bệnh nhân. Những năm gần đây, với sự ra đời của ngành hậu môn học và sự phát triển của khoa học công nghệ, nhiều nghiên cứu đã được tiến hành. Theo tác giả Parks (1966), Denis (1979) và Goliger (1980) nếu mổ đúng kỹ thuật, chăm sóc hậu phẫu tốt, tỷ lệ khỏi bệnh có thể đạt tới 90%. Tuy nhiên đến nay tỷ lệ các biến chứng sau mổ và kết quả phẫu thuật còn rất khác nhau ở các nghiên cứu. Và các nghiên cứu trước đây cũng tập trung đề cập chủ yếu đến kết quả sau điều trị, chưa đề cập nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cũng như các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rò hậu môn [2]. Xuất phát từ những vấn đề trên để nâng cao và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rò hậu môn sau phẫu thuật. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức*" với mục tiêu mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bao gồm những bệnh nhân rò hậu môn được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 8 năm 2015 đến năm 3 năm 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu, n=106.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 và test thống kê y học. Các so sánh có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.5 Công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống: Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ SF36 để đánh giá chất lượng cuộc sống. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống bằng trung bình cộng 8 khoản của 2 lĩnh vực sức khỏe thể chất và tinh thần.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=106)

Nội dung	Số BN	Tỷ lệ %
Tuổi: ≤ 20	5	4,7
21 – 40	45	42,5
41 – 60	48	45,3
> 60	8	7,5
Tuổi trung bình: $41,4 \pm 13,8$		
Tuổi thấp nhất và cao nhất: 14-80		
Giới: Nam	92	86,8%
Nữ	14	13,2%
Nghề nghiệp		
Cán bộ, tri thức	22	20,8
Công nhân	11	10,4
Nông dân	32	30,2
Lái xe	5	4,7
Cán bộ hưu	6	5,7
Học sinh, sinh viên	5	4,7
Tự do	25	23,5
Tiền sử		
Chưa điều trị	45	42,4
Đã phẫu thuật	24	22,6
Điều trị nội khoa	37	34,9

Nhóm đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là $41,4 \pm 13,8$, bệnh nhân ít tuổi nhất 14 và cao nhất là 80 tuổi. Hầu hết đối tượng nghiên cứu nằm trong độ tuổi lao động (21 – 60 tuổi) chiếm 87,8%. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu đã thực hiện trước đây: Theo Trịnh Hồng Sơn [3], độ tuổi mắc bệnh 21- 60 tuổi chiếm 86%. Nguyễn Xuân Hùng [2], độ tuổi này chiếm 292,2%. Các tác giả cũng cho rằng việc phải mổ đi mổ lại nhiều lần, thời gian liền sẹo có ảnh hưởng không nhỏ đến công việc, giảm năng suất lao động và thu nhập của bản thân và gia đình họ. Đối tượng tham gia chủ yếu là nam giới chiếm tỷ lệ 86,76%. Kết quả cũng cho thấy rò hậu môn gặp ở tất cả các nghề nghiệp, trong đó bệnh nhân là nông dân gặp nhiều nhất chiếm

30,2%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Sái là 87,5%. Kết quả tìm hiểu tiền sử bệnh nhân có 32,1% đã có tiền sử điều trị phẫu thuật chiếm 25,5%, đã điều trị nội khoa, chưa điều trị gì chiếm 42,4%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng tham gia nghiên cứu (n=106)

Nội dung	Số BN	Tỷ lệ %
Tình trạng cơ thắt		
Nhão yếu	11	10,4
Bình thường	93	87,7
Tăng trương lực	2	1,9
Kết quả giải phẫu bệnh		
Lao	3	4,3
Viêm mãn không đặc hiệu	67	95,7
Loại đường rò		
Rò xuyên cơ thắt trung gian	62	58,5
Rò xuyên cơ thắt cao	41	38,7
Rò trên cơ thắt	3	2,8
Hình thái lâm sàng		
Rò móng ngựa	23	21,7
Rò kép	6	5,7
Rò tam	2	1,9
Rò chữ Y	8	7,5
Rò đơn thuần	67	63,2

Có 70/106 bệnh nhân được làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, trong đó có bệnh nhân cho kết quả viêm mãn không đặc hiệu chiếm 95,7%, bệnh nhân tổn thương lao chiếm 4,3%. Bệnh nhân rò xuyên cơ thắt trung gian chiếm 58,5%, rò xuyên cơ thắt chiếm 38,7%, rò trên cơ thắt chiếm 2,8%, rò móng ngựa chiếm 21,7%, bệnh nhân không xếp loại theo phân loại hình thái lâm sàng, chỉ rò đơn thuần chiếm 63,2%.

Bảng 3. Đặc điểm về phẫu thuật của đối tượng tham gia nghiên cứu

Nội dung		Số BN	Tỷ lệ %
Tai biến, biến chứng			
Chảy máu trong phẫu thuật		12	11,3
Chảy máu sau mổ	Đặt meche cầm máu	7	6,6
	Phải mổ lại cầm máu	3	2,8
Mức độ đau: Đau nhẹ		2	1,9
Đau vừa		88	83,0
Đau nặng		16	15,1
Mức độ bí đái: Không bí đái		61	57,6
Bí đái		33	31,1
Phải đặt sonde		12	11,3

Bệnh nhân có chảy máu trong mổ chiếm 11,3%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu heo Srinivasaiah N và cộng sự có 4,3% có tai biến chảy máu trong mổ. Bên cạnh đó, chảy máu sau mổ cũng là một trong các biến chứng phẫu thuật nói chung và phẫu thuật rò hậu môn nói riêng. Chảy máu sau phẫu thuật thường do lỗi kỹ

thuật như cầm máu không kỹ, bóc sát mạch máu, do màng bong tróc từ chỗ cắt đốt hoặc có phẫu thuật kèm theo như cắt trĩ. May mắn là việc phát hiện chảy máu sau mổ rò hậu môn thường không quá khó, lượng máu mất thường không nhiều như những phẫu thuật "kín" khác, sửa chữa khắc phục cũng không gặp nhiều khó khăn gì đặc biệt [4]. Trong số nhóm nghiên cứu bệnh nhân có biểu hiện chảy máu sau mổ chiếm 9,4%, trong đó có 3 bệnh nhân có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật phải tiến hành mổ lại cầm máu (chiếm 2,8%). Tương tự tỷ lệ tai biến chảy máu trong mổ, tỷ lệ đối tượng có biểu hiện chảy máu sau mổ cao hơn các nghiên cứu đã tiến hành trước đây.

Thời gian nằm viện trung bình $4,41 \pm 1,8$ ngày, ngắn nhất 2 ngày và dài nhất 11 ngày. Thời gian tái phát trung bình sau phẫu thuật $6,47 \pm 4,82$ tháng, ngắn nhất là 3 tháng, dài nhất 12 tháng. Bệnh nhân tái phát sau mổ chiếm 8,4%, tái phát sau mổ ở thời điểm 3-6 tháng chiếm 2,8%, ở thời điểm từ 7-12 tháng chiếm 5,6%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Sơn Hà [5] 15,68%. Nguyễn Bá Sơn là 51%, Dr.Hassan E và cộng sự 12%.

Số bệnh nhân không tự chủ được hơi sau phẫu thuật chiếm 4,7%, Những bệnh nhân này tự chủ hoàn toàn được hơi sau 1 tháng điều trị. Không có bệnh nhân nào ở tiêu chuẩn Kiwan III. Đánh giá chung kết quả phẫu thuật cho thấy 77% đạt loại tốt, 17,0% đạt loại trung bình, 11,3% đạt loại kém. Theo Tăng Huy Cường, kết quả tốt chiếm 86,4, trung bình chiếm 4,7%, xấu chiếm 8,9%. Tỷ lệ này theo nghiên cứu của Hán Văn Bạ tốt 86%, trung bình 9,5% và xấu 4,5%. Theo Mather A. Abbas, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công của phẫu thuật là chiếm 91%. Theo HA Owen, trong nghiên cứu tỷ lệ thành công của phẫu thuật chiếm 93%. Như vậy, tỷ lệ phẫu thuật đạt loại tốt của nghiên cứu này thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây.

2. Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

Bảng 4. Điểm nhóm sức khỏe thể chất

Điểm đánh giá	Điểm trung bình
	Sau PT
Hoạt động thể chất	$72,1 \pm 4,3$
Các hạn chế do sức khỏe thể chất	$89,4 \pm 3,7$
Sự đau đớn	$92,5 \pm 6,1$
Sức khỏe chung	$81,2 \pm 8,5$
Tổng điểm sức khỏe thể chất	$83,8 \pm 5,7$

Sức khỏe thể chất là một yếu tố dự báo quan trọng về kết quả không tốt về kết quả điều trị

của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng điểm trung bình sức khỏe thể chất của bệnh nhân trước phẫu thuật là $67,7 \pm 8,2$ và tổng điểm trung bình sau phẫu thuật là $83,8 \pm 5,7$ với $p < 0,01$, điều này cho thấy sức khỏe thể chất của bệnh nhân tăng lên rõ rệt sau mổ, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Một số nghiên cứu đã tiến hành trước đó cũng cho kết quả tương tự, theo Akira Tsunoda có sự giảm đáng kể về triệu chứng đau, chảy máu và kích ứng sau 1 tuần điều trị. Tổng điểm chất lượng cuộc sống được nâng cao rõ rệt sau mổ với $P = 0,001$. Đặc biệt là sự cải thiện về đau cơ thể, sức khỏe nhận thức, sức sống và sức khỏe tinh thần ($P < 0,05$).

Đặc biệt trong đó có đánh giá về sự đau đớn có sự khác biệt rõ rệt giữa trước mổ là $62,2 \pm 6,7$ và sau mổ là $92,5 \pm 6,1$. Đánh giá hoạt động thể chất trước mổ là $68,3 \pm 11,2$ và sau mổ là $89,4 \pm 4,3$. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với triệu chứng của bệnh nhân rò hậu môn với triệu chứng đau mãn tính do viêm tại vùng hậu môn, cũng như các đợt chảy dịch kéo dài ảnh hưởng đến các hoạt động thể chất của bệnh nhân.

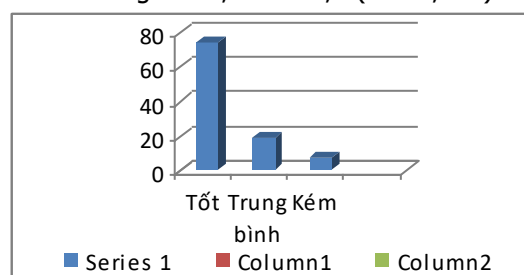
Bảng 5. Điểm nhóm sức khỏe tinh thần

Điểm đánh giá	Điểm trung bình	
	Trước PT	Sau PT
Sự giới hạn vai trò do vấn đề về tinh thần	$68,2 \pm 7,3$	$75,2 \pm 6,7$
Năng lượng sống/sự mệt mỏi	$67,2 \pm 5,7$	$76,5 \pm 8,8$
Trạng thái tâm lý	$72,1 \pm 6,2$	$82,7 \pm 7,3$
Chức năng xã hội	$75,2 \pm 7,3$	$84,2 \pm 8,1$
Tổng điểm sức khỏe tinh thần	$70,7 \pm 6,6$	$79,7 \pm 7,7$

Tổng điểm trung bình sức khỏe tinh thần của bệnh nhân trước phẫu thuật là $70,7 \pm 6,6$ và sau phẫu thuật là $79,7 \pm 7,7$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong cuộc sống hàng ngày sức khỏe tinh thần và sức khỏe thể chất liên kết nhau ảnh hưởng lẫn nhau. Kết quả nghiên cứu về sức khỏe tinh thần theo bảng điểm SF-36 cho thấy cho thấy tổng điểm trung bình sức khỏe tinh thần của bệnh nhân rò hậu môn trước phẫu thuật là $70,7 \pm 6,6$ và tổng điểm trung bình sau phẫu thuật là $79,7 \pm 7,7$ với $p < 0,05$ điều này cho thấy sức khỏe tinh thần của bệnh nhân cải thiện sau mổ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả phân loại điểm sức khỏe tâm thần cho thấy: trước phẫu thuật có 32/106 bệnh nhân ở mức tốt (chiếm 30,2%) và con số này tăng lên sau mổ là 82/106 bệnh nhân (chiếm 77,4%). Số bệnh nhân có điểm phân loại sức khỏe tâm thần ở mức độ trung bình trước mổ là 47/106 bệnh nhân và sau mổ giảm còn

17/106 bệnh nhân (chiếm 16,0%). Sau mổ còn 7/106 bệnh nhân sức khỏe tinh thần vẫn xếp ở mức độ kém (chiếm 6,6%), tuy nhiên con số này trước phẫu thuật là 25,5%.

Điểm chất lượng cuộc sống chung được tính bằng trung bình của điểm sức khỏe tinh thần và thể chất. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rò hậu môn trước phẫu thuật là $69,2 \pm 7,4$ thấp hơn so với sau phẫu thuật $81,8 \pm 6,7$ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả phân loại chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật cho thấy có 79 bệnh nhân phân loại ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ 74,5%, 20/106 bệnh nhân mức độ trung bình (chiếm 18,9%) và 9 bệnh nhân mức độ kém (chiếm 6,6%). Khi so sánh kết quả này với phân loại bệnh chất lượng cuộc sống bệnh nhân trước phẫu thuật chúng tôi nhận thấy rằng kết quả được cải thiện rõ rệt và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. M.Adamina [6] trong nghiên cứu 46 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái phát 6 tháng là 30,7% (95% CI: 15,9-42,8%), tăng lên 48,0% (95% CI: 30,6-61,1%) sau 2 năm. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật cải thiện đáng kể ở tất cả các chỉ số đánh giá. Điểm trung bình về thể chất tăng từ 47,2 lên 56,2 ($P < 0,001$) và điểm trung bình về tinh thần tăng từ 48,5 lên 55,3 ($P = 0,013$).



Biểu đồ 2: Biểu đồ phân loại điểm chất lượng cuộc sống

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân rò hậu môn với triệu chứng đau mãn tính do viêm tại vùng hậu môn, cũng như các đợt chảy dịch kéo dài ảnh hưởng đến các hoạt động thể chất của bệnh nhân. Việc thực hiện phẫu thuật cho thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật rò hậu môn có sự thay đổi rõ rệt và có ý nghĩa thống kê ở tất cả các nội dung: Điểm trung bình sức khỏe thể chất của bệnh nhân trước phẫu thuật là $67,7 \pm 8,2$ và tổng điểm trung bình sau phẫu thuật là $83,8 \pm 5,7$; điểm trung bình sức khỏe tinh thần của bệnh nhân rò hậu môn trước phẫu thuật là $70,7 \pm 6,6$ và tổng điểm trung bình sau phẫu thuật là $79,7 \pm$

7,7; điểm trung bình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rò hậu môn trước phẫu thuật là $69,2 \pm 7,4$ thấp hơn so với sau phẫu thuật $81,8 \pm 6,7$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hồi, "Rò hậu môn", Hậu môn trực tràng học. Nhà xuất bản Y học, 2002: p. 129 – 146.
2. Nguyễn Xuân Hùng, Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2003-2006. Y học Việt Nam, 2008: p. 45-51.
3. Nguyễn Trung Tín, Kết quả phẫu thuật LIFT tribg điều trị rò hậu môn. Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2011. 15(1): p. 147-151.
4. Đào Trung Hiếu, H.C.T., Tạ Huy Cần Phẫu thuật một thì điều trị dị dạng hậu môn trực tràng thể cao và trung gian. 2011, Bệnh viện Nhi đồng 1.
5. Nguyễn Sơn Hà, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức. 2007, Đại học Y Hà Nội.
6. M. Adamina, T. Ross, and M.O. Guenin, Anal fistula plug: a prospective evaluation of success, continence and quality of life in the treatment of complex fistulae. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 2014. 16: p. 547-554.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ, KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, VÀ KỸ NĂNG CHO BÚ MẸ SAU SINH CỦA CÁC BÀ MẸ SINH NGÃ ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2017

Ngô Thị Thanh Thảo¹, Trần thị Hồng Thắm¹, Huỳnh Thị Minh Dung¹,
Nguyễn Thị Thu Hà¹, Vũ Thị Hà¹, Nguyễn Văn Hùng^{2,3}

TÓM TẮT

Mở đầu: Lợi ích của sữa mẹ đã được chứng minh là an toàn, đầy đủ chất dinh dưỡng, dễ hấp thu và tiêu hóa, cung cấp kháng thể cho trẻ và phòng ngừa bệnh tật cho mẹ. Theo UNICEF (2013), hằng năm khoảng 1,3 triệu trẻ tử vong vì không được nuôi con bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu. **Mục tiêu:** 1) Xác định tỷ lệ cho con bú sau sinh; 2) Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành cho con bú ở các bà mẹ sinh ngã âm đạo tại Khoa Hậu Sản – Bệnh viện Hùng Vương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phỏng vấn và quan sát bằng bảng kiểm trên 1771 bà mẹ. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của các bà mẹ là 27,69 (SD=4,96). Tỷ lệ chung có cho bú mẹ sau sinh là 100%. Có 56,63% các bà mẹ cho con bú trong vòng 1 giờ sau sinh. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức khá chiếm tỷ lệ 75,15%. Tỷ lệ về thái độ tích cực NCBSM là 38,74%. Tỷ lệ thực hành nuôi con bằng sữa mẹ đạt tỷ lệ khá 51,1%. **Kết luận:** Mặc dù tỷ lệ các bà mẹ kiến thức tương đối cao, tuy nhiên tỷ lệ các bà mẹ thực hành cho con bú sau sinh sớm trong 1 giờ đầu, thực hành nuôi con bằng sữa mẹ đúng và thái độ tích cực cho con bú mẹ còn thấp. **Kiến nghị:** Cần tăng cường hướng dẫn và tư vấn cho các bà mẹ về lợi ích và phương pháp nuôi con bằng sữa mẹ trong thời gian hậu sản tại Bệnh viện.

Từ khóa: nuôi con bằng sữa mẹ, cho bú sau sinh, Bệnh viện Hùng Vương

SUMMARY

PREVALENCE, KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND SKILLS ON BREAST FEEDING AMONG WOMAN GIVING NORMAL DELIVERY AT HUNG VUONG HOSPITAL, HO CHI MINH CITY, 2017

Introduction: Breast feeding has been proven as safety, nutritional sufficiency, best suitable for child's digestive system as well as providing necessary antibody for preventing diseases. It also helps mothers to prevent certain types of diseases. According to UNICEF (2013), there was about 1.3 million children died annually due to insufficient breast feeding during the first 6 months of their life. **Objectives:** 1) To identify the prevalence of postnatal breast feeding; 2) To examine knowledge, attitude, and skills on breast feeding and its associated factors among mothers who gave normal delivery at Hung Vuong hospital. **Methods:** A cross sectional study applying interview and observation based on checklist was carried out. **Results:** Mean of age was 27.69 (SD=4.96). The prevalence of postnatal breastfeeding was 100%, however, there was only 56.63% of them practiced breast feeding within 1 hour after delivery. The prevalence of mother has good knowledge, attitude, and skillson breastfeeding was 75.16%, 38.74%, and 51.1%, respectively. Mothers who received consultations and/or trainings on breast feeding during periodic pregnant examinations showed significantly higher knowledge, attitude, and skills on breast feeding than those who did not. **Conclusions:** Although the prevalence of mothers has good knowledge and attitude on breast feeding was considered as high, however, a small proportion of them practiced breast feeding within 1 hour after delivery appropriately. **Suggestions:** Providing consultations and trainings on breast feeding for the pregnant during periodic examinations is of important to improve breast feeding.

Keywords: breast feeding, postnatal breastfeeding, Hung Vuong hospital

¹Bệnh viện Hùng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Huế

³Viện nghiên cứu sức khỏe cộng đồng Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thanh Thảo

Email: ngothaohv117@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2019

Ngày duyệt bài: 9.4.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo UNICEF (2013), hằng năm khoảng 1,3 triệu trẻ tử vong vì không được nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) trong 6 tháng đầu[3]. Cho bú sữa mẹ trong vòng 1 giờ sau sinh có thể ngăn ngừa được 31% cái chết của những trẻ sơ sinh[5]. Nghiên cứu của Nigue và cs (2016) ở Southwestern Ethiopia cho thấy có 93,6% những người tham gia nghe nói đến cho bú hoàn toàn nhưng chỉ có 34,7% biết đúng thời gian khuyến cáo; 89,5% có thái độ đúng; chỉ có 59,3% bà mẹ tin rằng đủ khả năng cho bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu và thực tế chỉ có 26,4% trẻ được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu[7]. Nghiên cứu của Lê Thị Yến Phi năm 2009 tại Bệnh Viện Hùng Vương cũng cho thấy 68-98% bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ nhưng chỉ 29% có kiến thức đúng, 13% có thái độ đúng và 4% thực hành đúng. Thực trạng trên cho thấy thực tế giữa kiến thức và thực hành việc nuôi con bằng sữa mẹ không tương xứng với nhau. Một số nghiên cứu gần đây khuyến cáo rằng, giáo dục và tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ cho các thai phụ trong thời kỳ tiền sản và bà mẹ trong thời kỳ hậu sản tại Bệnh viện có thể đem lại hiệu quả cao hơn về thực hành NCBSM tại cộng đồng[6].

Từ năm 1995, Bệnh Viện Hùng Vương được công nhận là bệnh viện bạn hữu của trẻ em. Đặc biệt trong 2 năm qua Bệnh Viện luôn chú trọng công tác nuôi con bằng sữa mẹ. Nhằm đánh giá nỗ lực của bệnh viện, cung cấp bằng chứng thực tiễn cho việc xác định phương pháp tiếp cận thích hợp, kịp thời và hiệu quả trong việc giáo dục, nâng cao hiệu quả nuôi con bằng sữa mẹ, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Nghiên cứu tỷ lệ, kiến thức, thái độ và kỹ năng cho bú sau sinh của các bà mẹ sinh ngã âm đạo tại Bệnh viện Hùng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2017*" nhằm hai mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ cho con bú sau sinh của các bà mẹ sinh ngã âm đạo tại Khoa Hậusản Bệnh viện Hùng Vương năm 2017.*

2. *Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành cho con bú và một số yếu tố liên quan ở các bà mẹ sinh ngã âm đạo tại Khoa Hậu sản – Bệnh viện Hùng Vương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sản phụ sinh ngã âm đạo tại Bệnh viện Hùng Vương

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Sản phụ sinh ngã âm đạo có con nằm cùng mẹ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sản phụ có chống chỉ

định nuôi con bằng sữa mẹ như: nhiễm HIV, đang điều trị viêm gan B, tiền sản giật nặng, sản giật nặng, bệnh tim nặng... Sản phụ không có khả năng trả lời câu hỏi: cảm giác, tâm thần, thiếu năng trí tuệ; sinh bé nhẹ cân dưới 2000g hoặc sản phụ dưới < 18 tuổi.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: khoa hậu sản A, B Bệnh viện Hùng Vương

- Thời gian nghiên cứu: 08/02/2017 đến 08/08/2017

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: 1771 bà mẹ

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

2.4.1. Công cụ thu thập thông tin

- Bộ câu hỏi phỏng vấn

- Bảng kiểm quan sát kỹ năng cho con bú

2.4.2. Phương pháp thu thập thông tin

- Tập huấn cán bộ phỏng vấn về nội dung, quy trình, phương pháp và kỹ thuật thu thập thông tin.

- Chọn ngày hậu sản thứ 2 để phỏng vấn và quan sát. Thời gian phỏng vấn và quan sát: khoảng 20- 30 phút đối với mỗi sản phụ.

2.5. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung của bà mẹ: tuổi, số con, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ, nơi cư ngụ, nơi khám thai.

Kiến thức của bà mẹ về NCBSM: gồm 28 câu hỏi. Trả lời đúng mỗi câu hỏi cho điểm 1, 0 nếu trả lời sai hoặc không rõ. Dựa vào khoảng tứ phân vị để phân nhóm mức độ hiểu biết của các bà mẹ về NCBSM. Từ 0-14 điểm: có kiến thức thấp; 15-20 điểm: trung bình, và trên 21 điểm: có kiến thức tốt.

Thái độ của các bà mẹ về NCBSM: gồm 6 câu hỏi. Đánh giá thái độ tương tự đánh giá kiến thức. Từ 0-2 điểm: thái độ không tích cực; 3-4 điểm: trung bình; 5-6 điểm: có thái độ tích cực.

Thực hành NCBSM: tối đa 6 điểm bao gồm 5 điểm cho 5 câu hỏi cho bà mẹ về thực hành NCBSM, và 1 điểm quan sát thực hành cho bú mẹ dựa trên bảng kiểm (đạt $\geq 9/12$). Từ 1-2 điểm: thực hành kém; 3-4 điểm: đạt, và 5-6 điểm: thực hành tốt.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 13. Sử dụng các chỉ số trung bình, độ lệch chuẩn, tần suất và tỷ lệ phần trăm để mô tả và χ^2 để so sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức nghiên cứu Bệnh viện Hùng Vương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=1771)

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ SD, n	Min/m a, %
Tuổi	27,69 $\pm$ 4,96	18-45
18-25	618	34,98
26-35	1012	57,14
>35 tuổi	141	7,97
Para:		
Con so	952	53,75
Con ra	819	46,25
Dân tộc:		
Kinh	1700	95,99
Hoa	37	2,09
Dân tộc khác	34	1,92
Học vấn:		
Mù chữ	59	3,33
Biết chữ	1350	76,23
Cấp 2 trở lên	362	20,44
Nghề nghiệp:		
Nội trợ	450	25,41
Buôn bán	295	16,66

Viên chức	321	18,13
Công nhân	567	32,02
Nghề khác	138	7,79
Nơi cư ngụ		
Thành thị	1034	58,39
Nông thôn	737	41,61
Nơi khám thai		
BV Hùng Vương	817	46,13
Nơi khác	953	53,81

3.2. Tỷ lệ cho bú sau sinh

3.2.1 Tỷ lệ cho bú mẹ sau sinh: 100% sản phụ tham gia nghiên cứu cho bú sau sinh.

3.2.2 Cho con bú trong vòng 1 giờ sau sinh

Bảng 2: Cho bú trong 01 giờ sau sinh (n=1771)

Cho bú trong 1 giờ sau sinh	n	%
Có	1003	56,63
Không	768	43,37
Tổng	1771	100

3.3. Kiến thức của bà mẹ về cho con bú mẹ

3.3.1. Kiến thức chung

Bảng 3: Kiến thức của bà mẹ về cho con bú (n=1771)

Kiến thức	Đạt		Không đạt	
	n	%	n	%
Nghe nói về nuôi con bằng sữa mẹ	1583	89,38	188	10,62
Biết cần cho bú trước 1 giờ sau sinh	1111	62,73	660	37,27
Biết nên cho trẻ bú sữa non	1660	93,73	111	6,27
Biết cho bú nhiều lần sẽ giúp sản xuất sữa	1586	89,55	185	10,45
Biết thời gian bú hoàn toàn là 6 tháng đầu	831	46,92	940	53,08
Biết sữa non chứa nhiều chất dinh dưỡng	1621	91,53	150	8,47
Biết sữa non chứa nhiều kháng thể	1553	87,69	218	12,31
Biết sữa mẹ cung cấp đủ chất dinh dưỡng trong 6 tháng đầu	1657	93,56	114	6,44
Biết sữa mẹ giúp trẻ thông minh hơn	1606	90,68	165	9,32
Biết cho con bú giúp mẹ phòng chống được một số bệnh	1464	82,67	307	17,33
Biết cho bú tăng tình cảm mẹ con	1674	94,52	97	5,48
Biết cho bú nhiều lần giúp tiết nhiều sữa	1617	91,30	154	8,70
Biết thời gian bắt đầu ăn dặm là 6 tháng	1175	66,35	596	33,65
Biết thời gian cai sữa 24 tháng	287	16,15	1484	83,79
Biết không nên vắt bỏ sữa non	1312	74,08	459	25,92
Không nên cho ăn thêm trong 6 tháng đầu	1353	76,40	418	23,60

Bảng 3: Đánh giá kiến thức chung nuôi con bằng sữa mẹ (n=1771)

Đánh giá kiến thức	n	%
Không đạt	93	5,25
Đạt mức độ trung bình	347	19,59
Đạt mức độ khá trở lên	1331	75,16
Tổng	1771	100

Nhận xét: Khoảng 2/3 các bà mẹ có kiến thức khá về nuôi con bằng sữa mẹ

3.3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ

Bảng 4: Các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ

Yếu tố		Kiến thức			Tổng	P
		Không đạt (%)	Trung bình (%)	Khá trở lên (%)		
Tuổi	18 – 25	40(6,48)	158(25,61)	419(67,91)	617	<0,001
	26 – 35	47(4,64)	168(16,60)	797(78,75)	1012	

	Trên 35	06(4,26)	21(14,89)	115(80,96)	142	
	Tổng	93(5,25)	347(19,59)	1331(75,15)	1771	
PARA	Con so	66(6,94)	218(22,92)	667(70,14)	951	<0,001
	Con rạ	27(3,30)	129(15,75)	664(81,07)	819	
	Tổng	93(5,25)	347(19,59)	1331(75,16)	1771	
Nơi khám thai	BV H.Vương	27(3,30)	133(16,28)	657(80,42)	817	<0,001
	Nơi khác	66(6,91)	214(22,43)	674(70,65)	954	
	Tổng	93(5,25)	347(19,59)	1331(75,16)	1771	
Thái độ	Kém	55(17,52)	119(37,90)	140(44,59)	314	<0,001
	Trung bình	33(4,28)	171(22,18)	567(73,54)	771	
	Tích cực	05(0,74)	57(8,30)	624(90,96)	686	
	Tổng	93(5,25)	347(19,59)	1331(57,16)	1771	
Tập huấn NCBSM	Có	7(1,06)	74(11,16)	582(87,78)	663	<0,001
	Không	85(7,68)	273(24,66)	749(67,66)	1107	
	Tổng	93(5,25)	347(19,59)	1331(57,16)	1771	

Nhận xét: Các bà mẹ độ tuổi 18-25, sinh con rạ, và khám thai tại BV Hùng Vương có kiến thức đúng về NCBSM cao hơn các bà mẹ khác.

3.4. Thái độ của bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ

Bảng 5: Đánh giá thái độ nuôi con bằng sữa mẹ (n=1771)

Đánh giá thái độ	n	%
Kém	314	17,73
Trung bình	771	43,53
Tích cực	686	38,74
Tổng	1771	100

Nhận xét: Hơn 1/3 bà mẹ có thái độ tích cực nuôi con bằng sữa mẹ

3.5. Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ

3.5.1. Tỷ lệ chung

Bảng 6: Đánh giá thực hành nuôi con bằng sữa mẹ (n=1771)

Đánh giá thực hành	n	%
Không đạt	137	7,74
Trung bình	170	9,60
Khá trở lên	1464	82,67
Tổng	1771	100

Nhận xét: Khoảng hơn 1/2 bà mẹ thực hành tốt cho con bú mẹ.

3.5.2 Các yếu tố ảnh hưởng đến thực hành nuôi con bằng sữa mẹ (n=1771)

Bảng 7: Các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ năng nuôi con bằng sữa mẹ

Yếu tố		Thực hành			Tổng	P
		Không đạt	Trung bình	Khá trở lên		
Học vấn	Mù chữ	11(18,64)	10(16,95)	38(64,41)	59	0,003
	Biết chữ	96(7,11)	128(9,48)	1126(83,41)	1350	
	Cấp 3 trở lên	30(8,29)	32(18,84)	300(82,87)	362	
	Tổng	137(7,74)	170(9,60)	1464(82,67)	1771	
Nơi khám thai	BV H.Vương	56(6,85)	64(7,83)	697(85,31)	817	0,001
	Nơi khác	81(8,49)	106(11,11)	767(80,40)	954	
	Tổng	137(7,74)	170(9,60)	1464(82,67)	1771	
Kiến thức	Không đạt	38 (41,30)	25 (27,17)	29 (31,52)	92	0,001
	Trung bình	37 (10,36)	52 (14,94)	259 (74,42)	348	
	Khá trở lên	62 (4,66)	93 (6,99)	1176 (88,35)	1331	
	Tổng	137 (7,74)	170 (9,60)	1464 (82,67)	1771	
Tập huấn NCBSM	Có	31(4,68)	53(7,99)	579(87,33)	663	0,001
	Không	106(9,57)	117(10,56)	885(79,87)	1108	
	Tổng	137(7,74)	170(9,60)	1464(82,67)	1771	

Nhận xét: Các bà mẹ có học vấn cao, có kiến thức khá về NCBSM thì thực hành nuôi con bằng sữa mẹ càng tốt hơn các bà mẹ khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ cho bú mẹ: Qua nghiên cứu trên 1771 bà mẹ cho thấy 100% bà mẹ đều cho con bú sữa mẹ, nhưng chỉ có 56,6% bà mẹ cho bú trong vòng 1 giờ sau sinh. Kết quả này cao hơn

so với một số nghiên cứu gần đây trên thế giới (từ 31% đến 41%) [2][8] và nghiên cứu của Lê Thị Yến Phi (2009) tại Bv Hùng Vương (BVHV) [1]. Mặc dù, tỷ lệ cho bú sau sinh đã có cải thiện song vẫn còn thấp theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế.

Kết quả ở bảng 6, chỉ có khoảng 1/3 bà mẹ có thái độ tích cực về NCBSM, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Mbada và cs [4]. Ở bảng 9, có 37,44% các bà mẹ đã được tập huấn NCBSM, cũng thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu của Mbada (khoảng 70%) [4]. Do vậy, cần tiếp tục tăng cường và hoàn thiện công tác truyền thông, tập huấn, tư vấn cho các bà mẹ trước và sau sinh tại Bệnh viện để nâng cao nhận thức, thái độ và thực hành NCBSM trong thời gian hậu sản tại BV và sau khi trở về nhà.

4.2. Kiến thức của bà mẹ về cho con bú mẹ: Bảng 4 có 75,16% bà mẹ có kiến thức khá về NCBSM. Hơn 80% các bà mẹ nhận biết các giá trị của sữa mẹ, tuy nhiên nhận thức về sự cần thiết cho trẻ bú sớm trước 1 giờ sau sinh, thời gian bú hoàn toàn 6 tháng đầu, thời gian bắt đầu ăn dặm, và cho bú đến 24 tháng tuổi thì vẫn còn thấp (khoảng 16-65%) (bảng 3). Kết quả này cũng tương đương các nghiên cứu được công bố gần đây trên thế giới [2][4].

Bảng 5 cho thấy các yếu tố liên quan đến thiếu kiến thức NCBSM bao gồm độ tuổi dưới 25, bà mẹ sinh con so, và các bà mẹ không khám thai tại Bệnh viện Hùng Vương. Bệnh viện Hùng Vương là một bệnh viện chuyên khoa lớn tại TP HCM, do vậy những bà mẹ đến sinh tại Bv Hùng Vương có thể đến từ nhiều địa phương khác nhau. Trong khi đó, việc truyền thông giáo dục cho các bà mẹ về NCBSM ở các cơ sở y tế khác chưa đồng đều, đặc biệt là những bà mẹ sinh con lần đầu, tuổi dưới 25 là không thể tránh khỏi. Qua kết quả nghiên cứu cho chúng ta một bằng chứng thực tiễn rất quan trọng rằng: việc thực hiện truyền thông giáo dục NCBSM trong thời kỳ tiền sản và hậu sản tại Bệnh viện Hùng Vương cho tất cả các bà mẹ là vô cùng quan trọng, nhằm đảm bảo tất cả các bà mẹ đều được nâng cao kiến thức, thái độ và biết thực hành bú mẹ đúng cách sau khi xuất viện. Đặc biệt, lưu ý nhóm các bà mẹ dưới 25 tuổi, sinh con so và các bà mẹ không khám thai tại Bv Hùng Vương.

4.3. Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ: Kết quả bảng 7 cho thấy có 51,1% các bà mẹ thực hành đạt NCBSM. Tỷ lệ này cao hơn so với nhiều nghiên cứu khác của các tác giả khác trên thế giới [2][4][8]. Điều này có thể giải thích rằng tại bệnh viện Hùng Vương, công tác tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ và hướng dẫn thực hành cho con bú mẹ đã được đẩy mạnh tích cực ở khoa sinh và khoa hậu sản. Kết quả ở bảng 8 cũng cho thấy, những bà mẹ có trình độ văn hóa thấp, các bà mẹ sinh con so có thực hành NCBSM không tốt bằng các bà mẹ khác, sự khác biệt này

có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này phù hợp với thực tế, các bà mẹ sinh con ra có thể có cơ hội được tiếp cận với giáo dục truyền thông, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ nhiều hơn, cùng thêm một số kinh nghiệm nuôi con, nên thường tự tin, ít lúng túng hơn trong thực hành so với những bà mẹ sinh con lần đầu. Và cũng vậy, những bà mẹ có trình độ văn hóa cao, cơ hội tiếp nhận các nguồn thông tin nuôi con bằng sữa mẹ dễ dàng qua nhiều kênh truyền thông và khả năng tiếp thu vấn đề cũng cao hơn những mẹ có trình độ thấp. Kết quả trên cho chúng ta thấy nơi khám thai cũng đóng vai trò quan trọng trong thực hành nuôi con bằng sữa mẹ, ở những nơi khám thai có công tác tư vấn, truyền thông nuôi con bằng sữa mẹ tích cực sẽ giúp cho các bà mẹ có kiến thức, thái độ tích cực và thực hành nuôi con bằng sữa mẹ tốt hơn, điều này là phù hợp với kết quả của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chung có cho bú mẹ sau sinh tại Bệnh viện Hùng Vương là 100%. Trong đó, tỷ lệ cho bú mẹ trong 1 giờ sau sinh chiếm 56,63%.

Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức khá chiếm tỷ lệ 75,16%; tỷ lệ về thái độ tích cực NCBSM là 38,74%; tỷ lệ thực hành nuôi con bằng sữa mẹ đạt tỷ lệ khá 51,1%.

Có mối tương quan giữa thái độ tích cực NCBSM và nơi khám thai; giữa kiến thức và tiền sử sản khoa cũng như nơi khám thai; giữa thực hành và tiền sử sản khoa, trình độ học vấn cũng như nơi khám thai; và giữa tập huấn cho con bú mẹ và kiến thức, thái độ, thực hành.

KIẾN NGHỊ

1. Cần tăng cường tư vấn cho tất cả các bà mẹ trước và ngay sau sinh để nâng cao tỷ lệ cho con bú sớm trong 1 giờ đầu, cho bú hoàn toàn 6 tháng đầu và kéo dài đến 24 tháng.

2. Cần điều chỉnh và tăng cường chương trình tư vấn NCBSM để nâng cao chất lượng truyền thông và tư vấn. Công tác truyền thông tư vấn NCBSM nên được áp dụng với tất cả các bà mẹ trong thời gian trước và sau sinh tại Bệnh viện. Cần tập trung tư vấn, giáo dục các nội dung cốt lõi về NCBSM như lợi ích và phương pháp NCBSM. Cần lưu ý đến các bà mẹ sinh con lần đầu, các bà mẹ có độ tuổi dưới 25 hoặc trên 35 tuổi, các bà mẹ không khám thai tại Bệnh viện Hùng Vương, các bà mẹ có trình độ văn hóa thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Yến Phi (2009) "Kiến thức, thái độ và thực hành về nuôi con bằng sữa mẹ của sản phụ sau sanh tại BVHV năm 2009".

2. **Ali Mohamed Al-Binali (2012).** "Breastfeeding knowledge, attitude and practice among school teachers in Abha female education district, Southwestern Saudi arabia". *International Breastfeeding Journal*, 7:10
3. **Black RE, Victora CG, Walker SP (2013).** Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries, *Lancet*, published online.
4. **Chidozie E Mbada, Adekemi E Olowookere, Joel O Faronbi, Folasade C Oyinlola-Aromolaran, et al (2013).** "Knowledge, attitude and techniques of breastfeeding among Nigerian mothers from a semi-urban community". *BMC Research Notes*, 6:552
5. **Gupta A (2004).** Initiating breast feeding within one hour of birth. *Egypt Public health association*: 1-12.
6. **Kiranmai Tella, Shyamala Guruvare, Shripad Hebbar, Prashanth Adiga, Lavanya Rai, (2015)** "Knowledge, attitude, and practice of techniques of breast-feeding among postnatal mothers in a coastal district of Karnataka".
7. **Oche MO, Umar AS, Ahmed H (2011).** "Knowledge and practice of exclusive breastfeeding in Kware, Nigeria". *African Health Sciences Vol 11 No3*
8. **Poreddi Vijayalakshmi, Susheela T, Mythili D (2015)** "Knowledge, attitudes, and breast feeding practices of postnatal mothers": A cross sectional survey.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH TAI NẠN THƯƠNG TÍCH ĐẾN NHẬP VIỆN TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHÚ VANG, TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Ngô Viết Lộc*, Tôn Nữ Nhi Hoàng*

TÓM TẮT

Mở đầu: Ở Việt Nam, tai nạn thương tích là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, mỗi năm có hơn 35.000 trường hợp tử vong, cùng với hàng chục ngàn trường hợp bị tai nạn thương tích không tử vong cần được điều trị. Nguyên nhân tai nạn thương tích rất đa dạng bao gồm tai nạn giao thông, đuối nước, tự tử, ngã té, bỏng, v.v. **Mục tiêu:** Xác định các loại thương tổn, nguyên nhân, hoàn cảnh xảy ra tai nạn và tìm hiểu tình trạng sơ cấp cứu trước viện, việc điều trị bệnh nhân bị tai nạn thương tích tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 524 bệnh nhân tai nạn thương tích đến điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang từ ngày 01/09/2017 đến ngày 28/02/2018. **Kết quả:** Các loại thương tổn: trầy/ xước bên ngoài (60,7%), vết thương hở (45%), gãy xương (23,3%). Tai nạn giao thông (33,0%); ngã/té (20,6%); vật sắc nhọn (16,4%); bỏng (5,9%); ngộ độc hóa chất, thực phẩm (8,8%); nguyên nhân khác (4,2%). Hoàn cảnh xảy ra tai nạn thương tích: tại nhà (41,6%), đường đi lại (33,0%), nơi làm việc (14,9%), nơi công cộng (6,7%). Thời gian xảy ra tai nạn thương tích: 0 - <6 giờ (4,4%), 6 - <12 giờ (34,7%), 12 - <18 giờ (36,1%), 18 - <24 giờ (24,8%). Hoạt động khi tai nạn thương tích xảy ra: đang sinh hoạt thường ngày (38,4%), đang học tập, làm việc (18,3%), vui chơi giải trí (9,5%), đang tham gia giao thông (33,0%), khác (0,8%). Bệnh nhân được sơ cấp cứu trước viện chiếm 74,2%; phương tiện vận chuyển bằng xe máy (64,9%), ô tô (29,8%), xe cứu thương (4,2%). Phương pháp điều trị cho bệnh nhân: điều trị bảo tồn (58,4%); thời gian nằm viện

dưới 10 ngày chiếm 92,2%; số ngày nằm viện trung bình là $4,88 \pm 2,95$. **Kết luận:** cần tìm hiểu mối tương quan giữa nguyên nhân, hoàn cảnh xảy ra tai nạn thương tích với việc sơ cấp cứu, điều trị bệnh nhân để có biện pháp dự phòng thích hợp.

Từ khóa: tai nạn, thương tích, tai nạn thương tích.

SUMMARY

STUDY ON ACCIDENTAL INJURIES SITUATIONS AMONG PATIENTS AT PHU VANG DISTRICT MEDICAL CENTER, THUA THIEN HUE PROVINCE

Background: In Vietnam, injuries are one of the leading causes of death, each year there are more than 35,000 deaths, along with tens of thousands of people hospitalized for emergency or formal medical care due to various causes of injury such as traffic accidents, drowning, suicide, falls, burns, etc. **Objectives:** Identify types of injuries, causes, circumstances and find out about first - aid status before hospitalizing, treatment of injured patients at Phu Vang Ward Health Center, Thua Thien Hue province. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 524 hospitalized patients with accidental injuries at Phu Vang District Health Center from September 1st, 2017 to February 28th, 2018. **Result:** Types of injuries: external scratches (60,7%), open wounds (45%), fractures (23,3%). Traffic accidents (33,0%); falling / falling (20,6%); sharp objects (16,4%); burns (5,9%); chemical and food poisoning (8,8%); other causes (4,2%). Circumstances of injuries: home (41,6%), roads (33,0%), workplace (14,9%), public places (6,7%). Time of the accident: 0 - <6h (4,4%), 6h - <12h (34,7%), 12h - <18h (36,1%), 18h - <24h (24,8%). Activities when injuries occur: daily activities (38,4%), studying and working (18,3%), entertainment (9,5%), traffic (33,0%), other (0,8%). First-aid patients are 74,2%; transportation by motorbike (64,9%), cars (29,8%), ambulance (4,2%). Treatment method for patients: conservative treatment (58,4%); duration at the hospital stay less than 10 days accounted for 92,2%; the average

*Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Viết Lộc

Email: ngovietloc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2019

Ngày duyệt bài: 8.4.2019

number of hospitalized days is 4.88 ± 2.95 .

Conclusion: It is necessary to find out the correlation between causes and circumstances of the accidental injury and first-aid, treatments of patients to take the appropriate prevention.

Key words: Accident, injury, accident injuries.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai nạn thương tích là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới hiện nay. Ở Việt Nam, tai nạn thương tích là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, mỗi năm có hơn 35.000 trường hợp tử vong, cùng với hàng chục ngàn trường hợp bị tai nạn thương tích không tử vong cần được điều trị [2].

Tai nạn thương tích để lại hậu quả rất lớn về sức khỏe, thậm chí ảnh hưởng đến tính mạng, kinh tế cho gia đình và xã hội. Tình hình tai nạn thương tích vẫn tiếp tục gia tăng trong tất cả các lĩnh vực do quá trình đô thị hóa mạnh, phát triển mạng lưới giao thông và sử dụng rượu bia..., trong khi công tác phòng chống tai nạn thương tích còn chưa được sâu rộng.

Số thương vong do tai nạn thương tích gây ra chưa thực sự giảm nhanh và vẫn còn ở mức cao. Theo số liệu thống kê của Tổng cục Thống kê cho thấy, tỷ suất tử vong trung bình trên 100.000 dân vào năm 2011: 42,7, 2012: 43,37; 2013: 42,3; 2014: 40,6; 2015: 41,0 [2].

Phú Vang là một huyện đồng bằng ven biển và đầm phá của tỉnh Thừa Thiên Huế. Dân cư phân bố không đều, tập trung chủ yếu ở các đồng bằng ven thành phố Huế, thị trấn, ven biển và ven các trục đường giao thông. Nền kinh tế cũng như đời sống nhân dân chủ yếu là sản xuất nông nghiệp và khai thác, nuôi trồng thủy sản. Chính đây là những nguy cơ có thể dẫn đến các tai nạn thương tích trong đời sống và lao động. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Nghiên cứu tình hình tai nạn thương tích đến nhập viện điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế*", với 2 mục tiêu:

1. *Xác định các loại thương tổn, nguyên nhân và hoàn cảnh xảy ra tai nạn thương tích ở bệnh nhân bị tai nạn thương tích tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế.*

2. *Tìm hiểu tình trạng sơ cấp cứu trước khi đến Trung tâm Y tế huyện Phú Vang và việc điều trị bệnh nhân bị tai nạn thương tích tại địa bàn nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 524 bệnh nhân tai nạn thương tích đến điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang từ ngày 01/09/2017 đến ngày 28/02/2018.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Chúng tôi tiến hành xây dựng phiếu điều tra và thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu với phiếu điều tra đã xây dựng.

Từ đó mô tả các loại thương tổn, nguyên nhân, hoàn cảnh xảy ra tai nạn thương tích và tìm hiểu tình trạng sơ cấp cứu trước viện, việc điều trị bệnh nhân tai nạn thương tích tại Trung tâm Y tế huyện Phú Vang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=524)

Đặc điểm		Số người mắc TNTT	Tỷ lệ %
Giới	Nam	325	62,0
	Nữ	199	38,0
Tuổi	< 6 tuổi	40	7,6
	6 - 17 tuổi	60	11,5
	18 - 59 tuổi	305	58,2
	≥ 60 tuổi	119	22,7
Tuổi TB: 39,98 ± 23,86. Tuổi nhỏ nhất 1 tuổi, tuổi lớn nhất 107 tuổi			
Nghề nghiệp	HSSV	74	14,1
	CBCC, VC	9	1,7
	Nông dân	142	27,1
	Công nhân	117	22,3
	Buôn bán	29	5,6
	Già	91	17,4
	Khác	62	11,8
Trình độ học vấn	Mù chữ	27	5,2
	Chưa đi học	40	7,6
	Tiểu học	133	25,4
	Trung học (THCS, THPT)	297	56,6
	Trung cấp trở lên	27	5,2
Thành phần kinh tế	Nghèo, cận nghèo	63	12,0
	Trung bình trở lên	461	88,0

Tỷ lệ TNTT ở nam là 62% và nữ là 38%, tương tự với kết quả của Đặng Thị Anh Thư, Võ Viết Quang. Nhóm tuổi xảy ra tai nạn từ 18 đến 59 tuổi chiếm 58,2%; phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Dung và cộng sự, Đinh Hữu Long [4],[8]. Nhóm nghề nông chiếm 27,1%; công nhân (22,3%) và già (17,4%); kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Chinh, Nguyễn Trường Minh do địa điểm nghiên cứu khác nhau [3]. Tỷ lệ bệnh nhân TNTT có kinh tế gia đình trung bình trở lên chiếm 88%; tương tự với nghiên cứu của Lê Thái Bình [1].

2. Các loại thương tổn, nguyên nhân và hoàn cảnh xảy ra tai nạn thương tích

Bảng 2. Các loại thương tổn của đôi tượng nghiên cứu (n=524)

Tổn thương	Số người mắc TNTT	Tỷ lệ (%)
Trầy/ xước bên ngoài (tổn thương nông)	318	60,7
Vết thương hở	236	45,0
Sai khớp, bong gân, đứt/giãn dây chằng	51	9,7
Gãy xương, bong xương	122	23,3
Tổn thương dập nát da, cơ	11	2,1
Chấn thương cắt cụt chi	7	1,3
Chấn thương nội tạng	15	2,9
Chấn thương sọ não	12	2,3
Bỏng	31	5,9
Ngộ độc	46	8,8
Khác	70	13,4

Trầy xước bên ngoài chiếm tỷ lệ 60,7%; tiếp đến là vết thương hở (45%), gãy xương (23,3%). Các thương tổn khác như tổn thương dập nát da, cơ; chấn thương cắt cụt chi (đứt ngón),... chiếm tỷ lệ dưới 3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Đinh Hữu Long, Nguyễn Thúy Quỳnh, Đoàn Phước Thuộc và cộng sự [8].

Bảng 3. Nguyên nhân dẫn đến tai nạn thương tích

Nguyên nhân dẫn đến TNTT	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	173	33,0
Ngã/té	108	20,6
Động vật/côn trùng cắn	37	7,1
Vật sắc/nhọn	86	16,4
Bỏng	31	5,9
Điện giật	0	0
Ngộ độc hóa chất, thực phẩm	46	8,8
Đuối nước	0	0
Đánh nhau/hành hung	20	3,8
Tự tử	1	0,2
Khác (Vật chèn ép, cánh cửa đè)	22	4,2
Tổng	524	100

Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 33,0%; ngã té (20,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Chinh, Nguyễn Dung và cộng sự [3],[4].

Bảng 4. Địa điểm xảy ra tai nạn thương tích

Địa điểm xảy ra TNTT	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tại nhà	218	41,6
Trường học	18	3,2
Nơi công cộng	4	0,7
Đường đi lại	173	33,0
Nơi làm việc	78	14,9
Khác	3	0,6
Tổng	524	100

TNTT xảy ra tại nhà là 41,6%, đường đi lại là 33,0%. Tương tự với nghiên cứu của Tổng Quốc

Đăng Khoa, Võ Viết Quang, Trương Như Sơn [7]. Điều này chứng tỏ qua nhiều năm nghiên cứu, địa điểm thường xảy ra tai nạn không đổi đặt ra vấn đề cấp thiết về việc xây dựng các mô hình, giải pháp nhằm nâng cao ý thức của người dân về phòng tránh TNTT tại hai địa điểm nêu trên.

Bảng 5. Thời gian xảy ra tai nạn thương tích

Thời gian	Tần số	Tỷ lệ (%)
0 - < 6 giờ	23	4,4
6 - < 12 giờ	182	34,7
12 - < 18 giờ	189	36,1
18 - < 24 giờ	130	24,8
Tổng	524	100

Tai nạn thương tích xảy ra từ khoảng 6 giờ đến 18 giờ (70,8%). Đây là khoảng thời gian người dân sinh hoạt và làm việc nên tỷ lệ TNTT xảy ra trong khoảng thời gian này là hợp lý.

Bảng 6. Hoạt động trước khi tai nạn thương tích xảy ra

Hoạt động	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sinh hoạt thường ngày	201	38,4
Học tập/làm việc	96	18,3
Vui chơi/giải trí	50	9,5
Tham gia giao thông	173	33,0
Khác	4	0,8
Tổng	524	100

TNTT xảy ra khi đang sinh hoạt thường ngày là 38,4%; đang tham gia giao thông là 33,0%; đang học tập/làm việc là 18,3%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Trường Minh, Võ Viết Quang.

3. Sơ cấp cứu trước viện và điều trị bệnh nhân bị tai nạn thương tích

Bảng 7. Sơ cấp cứu cho bệnh nhân trước khi nhập viện

Sơ cấp cứu trước viện	Tần số	Tỷ lệ (%)
Được sơ cấp cứu	389	74,2
Không được sơ cấp cứu	135	25,8
Tổng	524	100

Bệnh nhân được sơ cấp cứu trước viện chiếm 74,2%; khác với nghiên cứu của Đồng Ngọc Đức và cộng sự, Phạm Hồng Thái [6].

Bảng 8. Phương tiện vận chuyển nạn nhân

Phương tiện	Tần số	Tỷ lệ (%)
Xe cứu thương	22	4,2%
O tô	156	29,8%
Xe máy	340	64,9%
Khác	6	1,2%
Tổng	524	100

Bệnh nhân được vận chuyển bằng xe máy chiếm 64,9%; tương tự nghiên cứu của Phạm Thị Mỹ Ngọc. Tỷ lệ vận chuyển bằng xe cứu thương còn thấp (4,2%).

Bảng 9. Phương pháp điều trị cho bệnh nhân

Phương pháp điều trị	Tần số	Tỷ lệ (%)
Điều trị bảo tồn	306	58,4

Có phẫu thuật/ thủ thuật	218	41,6
Tổng	524	100

Phương pháp điều trị bảo tồn chiếm 58,4%, tương tự với nghiên cứu của Tổng Quốc Đăng Khoa, Nguyễn Trường Minh [7].

Bảng 10. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Tần số	Tỉ lệ (%)
Dưới 10 ngày	483	92,2%
Từ 10 ngày trở lên	41	7,8%
Tổng	524	100
Thời gian nằm viện trung bình: 4,88 ± 2,95		

Tỷ lệ bệnh nhân nằm viện dưới 10 ngày là 92,2%; thời gian nằm viện trung bình là 4,88 ± 2,95; kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Chinh, Nguyễn Đức Đồng [3], [5].

V. KẾT LUẬN

Các loại thương tổn: trầy/ xước bên ngoài (60,7%), vết thương hở (45%), gãy xương (23,3%).

Tai nạn giao thông (33,0%); ngã/té (20,6%); động vật/côn trùng cắn (7,1%); vật sắc nhọn (16,4%); bỏng (5,9%); ngộ độc hóa chất, thực phẩm (8,8%); đánh nhau/hành hung (3,8%); tự tử (0,2%); nguyên nhân khác (4,2%).

Hoàn cảnh xảy ra tai nạn thương tích: tại nhà (41,6%), đường đi lại (33,0%), nơi làm việc (14,9%), nơi công cộng (6,7%). Thời gian xảy ra tai nạn thương tích: 0 - <6 giờ (4,4%), 6 - <12 giờ (34,7%), 12 - <18 giờ (36,1%), 18-<24 giờ (24,8%). Hoạt động khi tai nạn thương tích xảy ra: đang sinh hoạt thường ngày (38,4%), đang học tập, làm việc (18,3%), vui chơi giải trí (9,5%), đang tham gia giao thông (33,0%), khác (0,8%).

Bệnh nhân được sơ cấp cứu trước viện chiếm 74,2%; phương tiện vận chuyển bằng xe máy

(64,9%), ô tô (29,8%), xe cứu thương (4,2%). Phương pháp điều trị cho bệnh nhân: điều trị bảo tồn (58,4%); thời gian nằm viện dưới 10 ngày chiếm 92,2%; số ngày nằm viện trung bình là 4,88 ± 2,95.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thái Bình (2013)**, Nghiên cứu tình hình tai nạn thương tích tại thị xã An Nhơn tỉnh Bình Định năm 2012, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. **Bộ Y tế (2017)**, Niên giám Thống kê Y tế năm 2015, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Chinh (2013)**, "Thực trạng tai nạn thương tích của các trường hợp nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Đức Giang năm 2013", Tạp chí Y học thực hành, 879(9), tr. 55-60.
4. **Nguyễn Dung, Dương Quang Minh, Võ Đại Tự Nhiên và cs (2010)**, "Đánh giá tình hình mắc và chết do tai nạn thương tích tại 12 xã thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế", Tạp chí Y học thực hành, (699+700).
5. **Nguyễn Đức Đồng, Trịnh Xuân Đan (2015)**, "Thực trạng tai nạn thương tích ở bệnh nhân đến khám điều trị tại bệnh viện huyện Lương Sơn tỉnh Hòa Bình năm 2014 - 2015", Bản tin Y Dược miền núi, (4/2015), tr 3 - 9.
6. **Đông Ngọc Đức, Nguyễn Quốc Triệu, Trần Danh Lợi (2009)**, "Thực trạng sơ cấp cứu người điều khiển xe máy bị tai nạn giao thông đường bộ trước bệnh viện khu vực Hà Nội và đề xuất giải pháp can thiệp", Tạp chí Y học thực hành, 678(9), tr. 65-72.
7. **Tổng Quốc Đăng Khoa (2015)**, Nghiên cứu tình hình tai nạn thương tích tại huyện Bình Chánh, thành phố Hồ Chí Minh năm 2014, Luận án chuyên khoa cấp II, chuyên ngành quản lý y tế, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. **Đinh Hữu Long (2014)**, Nghiên cứu tình hình tai nạn thương tích tại huyện Quế Sơn, tỉnh Quảng Nam năm 2014, Luận án chuyên khoa cấp II, chuyên ngành quản lý y tế, Trường Đại học Y Dược Huế.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG TỬ SỔNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỈNH SƠN LA NĂM 2018

Mai Hồng Nhung¹, Đỗ Đào Vũ², Trần Thị Thanh Hương³,
Nguyễn Hà Lâm³, Nguyễn Ngọc Khánh³, Nguyễn Hữu Thắng³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Sơn La

²Bệnh viện Bạch Mai

³Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Mai Hồng Nhung

Email: dr.nhungphcn@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2019

Ngày duyệt bài: 11.4.2019

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh chấn thương tủy sống tại bệnh viện phục hồi chức năng tỉnh Sơn La năm 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 100 người bệnh chấn thương tủy sống đang điều trị tại bệnh viện phục hồi chức năng Sơn La bằng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30. **Kết quả:** Điểm trung bình lĩnh vực chức năng là 51,2±17,0. Điểm trung bình sức khỏe tổng quát đạt 54,8±14,8. Điểm trung bình lĩnh vực triệu chứng là thấp nhất (17,5±7,0). Điểm ở lĩnh vực tài chính đạt mức cao nhất (63,7±16,8). Tỷ lệ người bệnh chấn thương tủy sống có chất lượng cuộc

sống ở mức tốt chiếm 22%, chất lượng cuộc sống không tốt chiếm 78%. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống người bệnh chấn thương tủy sống điều trị tại bệnh viện phục hồi chức năng tỉnh Sơn La năm 2018 theo thang điểm EORTC QLQ-C30 ở mức tốt chiếm tỷ lệ 22%.

Từ khóa: Liệt tủy sống; Chất lượng cuộc sống; EORTC QLQ-C30; Bệnh viện phục hồi chức năng; Tỉnh Sơn La.

SUMMARY

EVALUATE THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY TREAT IN SON LA REHABILITATION HOSPITAL IN 2018

Abstract: To describes the quality of life of spinal cord injury patients in the Son La rehabilitation hospital, 2018. **Methodology:** A cross-sectional study was conducted by using EORTC QLQ-C30 on 100 spinal cord injury patients who treated at Son La rehabilitation hospital in 2018. **Results:** The functional score was 51.2 ± 17.0 . Global health status was 54.8 ± 14.8 . The symptom was 17.5 ± 7.0 . The financial sector score was 63.7 ± 26.8 . 78% of patients were in low quality of life, and 22% of patients were in high quality of life. **Conclusion:** 22% of patients were in high quality of life at Son La rehabilitation hospital, 2018.

Keywords: Spinal Cord Injury, quality of life, EORTC QLQ-C30 Scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo trung tâm thống kê chấn thương tủy sống quốc gia Hoa Kỳ, ước tính năm 2012 tỷ lệ chấn thương cột sống khoảng 40 trường hợp trên 1 triệu dân hay khoảng 12000 ca mắc mới mỗi năm. Kể từ năm 2005, độ tuổi trung bình của người bệnh chấn thương tủy sống là 41 tuổi và 80,6% trường hợp được báo cáo là ở nam giới. Theo báo cáo thống kê, kể từ năm 2005, loại chấn thương thường gặp nhất là liệt tứ chi (56,6%), liệt hai chi dưới chiếm 43%, chỉ dưới 1% người bệnh phục hồi thần kinh hoàn toàn khi xuất viện [1]. Chấn thương tủy sống tác động đến hàng nghìn người mỗi năm, gây ảnh hưởng lớn tới sức khỏe, làm mất chức năng vận động, rối loạn cảm giác và các cơ quan khác, loét do tỳ đè dẫn đến giảm CLCS, làm người bệnh mất cơ hội việc làm, mất khả năng độc lập trong cuộc sống và thay đổi tâm lý sức khỏe nặng nề [2], [3]. Theo số liệu điều tra dịch tễ học, tỷ lệ CTTS thay đổi theo vùng và có xu hướng gia tăng, với 80% nạn nhân là nam giới, đang trong độ tuổi lao động [4]. Chất lượng cuộc sống của NB sau CTTS là vấn đề rất quan trọng, cần có đánh giá tổng thể từ đó giúp cho NB có nhiều cơ hội được PHCN, giảm các thương tật thứ cấp, độc lập trong sinh hoạt và hội nhập xã hội, từng bước cải thiện chất lượng cuộc sống. Tuy vậy, tại Việt Nam nói chung và tỉnh Sơn La nói riêng, chưa có

nhiều nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của người bệnh CTTS. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh chấn thương tủy sống điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Tỉnh Sơn La năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 18-75 tuổi chấn thương tủy sống có liệt tứ chi hoặc hai chân đang điều trị tại Bệnh viện PHCN tỉnh Sơn La tối thiểu 2 tuần; Người bệnh giao tiếp được, đồng ý tham gia đầy đủ quá trình nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có bệnh lý bẩm sinh hoặc mắc phải ở tứ chi hoặc hai chi dưới gây ảnh hưởng đến vận động; Người bệnh có liệt không do chấn thương cột sống như: u tủy, viêm tủy cắt ngang, tai biến mạch máu não, gãy xương chi...

2.2 Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn toàn bộ số người bệnh đủ tiêu chuẩn đang điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Sơn La với tổng số 100 bệnh nhân.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ 01/06/2018 đến 01/03/2019.

2.2.4. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện phục hồi chức năng tỉnh Sơn La.

2.2.5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu: Dựa vào bệnh án tác giả thu thập các thông tin chung của người bệnh: tuổi, giới, vị trí tổn thương, mức độ tổn thương theo thang điểm đánh giá ASIA (American Spinal Injury Association); Đánh giá chất lượng cuộc sống thông qua bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 của Tổ chức Châu Âu về chất lượng cuộc sống. Thang đo này đã trở thành một công cụ tiêu chuẩn để đo chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe ở người bệnh dưới mọi hình thức, bao gồm 30 câu với các thang điểm đánh giá về chức năng (thể chất, vai trò, cảm xúc, nhận thức, xã hội), triệu chứng (mệt mỏi, buồn nôn/nôn, đau, mất cảm giác ngon miệng, táo bón, tiêu chảy, khó thở, rối loạn giấc ngủ), tác động tài chính và tình trạng sức khỏe tổng quát [5].

2.4. Phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20. Áp dụng các phương pháp phân tích mô tả, tỷ lệ phần trăm và trung bình. Bộ câu hỏi sử dụng thang đo Likert 4 và 7 mức độ, sau đó điểm số sẽ được quy đổi ra thang điểm 0-100. Điểm trong lĩnh vực chức năng và sức khỏe càng cao thì người

bệnh có chất lượng cuộc sống càng tốt. Ngược lại, trong lĩnh vực triệu chứng và tài chính, người bệnh điểm càng thấp thì chất lượng cuộc sống càng tốt. Chất lượng cuộc sống chung được đánh giá là tốt nếu điểm trung bình ≥ 50 điểm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng cứu là $42,5 \pm 15,9$, tập trung ở nhóm tuổi 31-55 tuổi (41%). Trong 100 đối tượng nghiên cứu có 26% người bệnh là nữ và 74% là nam. Chiếm 82% người có vợ/chồng. Trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống chiếm đa số (66%), trình độ đại học/sau đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất (11%). Đối tượng là nông dân, công nhân chiếm 67%, cán bộ viên chức chiếm 24% còn lại là kinh doanh, sinh viên. Điều kiện kinh tế: 53% nghèo/cận nghèo, 47% khá giả/đủ ăn.

Người bệnh chủ yếu là liệt không hoàn (90%), liệt hoàn toàn chiếm 10%. 76% người bệnh bị liệt hai chân, 24% bị liệt tứ chi. Nguyên nhân chấn thương phổ biến là TNGT chiếm 42%, tai nạn lao động chiếm 36%, nạn sinh hoạt chiếm 22%.

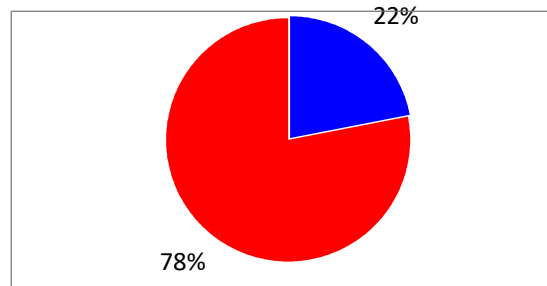
3.2. Chất lượng cuộc sống của người bệnh chấn thương tủy sống

Bảng 1. Chất lượng cuộc sống người bệnh theo thang điểm EORTC QLQ-C30

Lĩnh vực	TB $\pm$ ĐLC
Chức năng: Thể chất	$35,1 \pm 12,9$
Vai trò	$32,8 \pm 10,9$
Cảm xúc	$59,9 \pm 20,4$
Nhận thức	$93,0 \pm 10,9$
Xã hội	$35,2 \pm 17,0$
Điểm trung bình chức năng	$51,2 \pm 17,0$
Triệu chứng: Mệt mỏi	$35,2 \pm 11,4$
Buồn nôn/Nôn	$0,2 \pm 1,7$
Đau	$34,0 \pm 20,9$
Mất cảm giác ngon miệng	$6,0 \pm 1,5$
Táo bón	$47,0 \pm 15,6$
Tiêu chảy	$0,3 \pm 0,1$
Khó thở	$3,0 \pm 1,6$
Rối loạn giấc ngủ	$14,3 \pm 4,8$
Điểm trung bình triệu chứng	$17,5 \pm 7,0$
Tác động tài chính	$63,7 \pm 16,8$
Sức khỏe tổng quát	$54,8 \pm 14,8$

Ở lĩnh vực chức năng, điểm nhận thức đạt mức cao nhất 93,0 điểm, điểm cảm xúc đạt mức trung bình 59,9 điểm, điểm thể chất, vai trò và xã hội thấp ($32,8 - 35,2$). Điểm sức khỏe tổng quát đạt mức trung bình (54,8). Ở lĩnh vực triệu chứng, điểm người bệnh đạt được tương đối thấp (0,2– 47,0), đặc biệt là nôn/buồn nôn (0,2) và tiêu chảy (0,3). Điểm trung bình về triệu chứng là 17,5. Điểm ở lĩnh vực tài chính đạt mức

khá cao (63,7). Điểm trung bình lĩnh vực chức năng là $51,2 \pm 17,0$ điểm với 51% đối tượng đạt trên 50 điểm. Điểm trung bình lĩnh vực triệu chứng thấp $17,5 \pm 7,0$ điểm. Sức khỏe tổng quát đạt $54,8 \pm 14,8$.



Biểu đồ 1. Phân loại chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC QLQ-C30.

Tỷ lệ người bệnh chấn thương tủy sống có chất lượng cuộc sống tốt chiếm 22%, còn lại là không tốt, chiếm 78%.

IV. BÀN LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người bệnh chấn thương tủy sống được đánh qua khả năng hô hấp và cơ tròn, tự chăm sóc, khả năng di chuyển, khả năng làm việc và hòa nhập cộng đồng sau điều trị... Nghiên cứu của chúng tôi tập trung đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sử dụng thang điểm gồm 30 câu EORTC QLQ-C30. Thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh trên các lĩnh vực là chức năng, triệu chứng, tài chính và sức khỏe tổng quát [5].

Ở lĩnh vực chức năng, điểm nhận thức đạt mức cao nhất 93,0 điểm, điểm cảm xúc đạt mức trung bình 59,9 điểm, điểm thể chất (35,1), vai trò (32,8) và xã hội thấp (35,2). Điểm trung bình lĩnh vực chức năng là $51,2 \pm 17,0$ điểm với 51% đối tượng đạt trên 50 điểm. Điểm sức khỏe tổng quát đạt mức trung bình (54,8).

Ở lĩnh vực triệu chứng, điểm thấp ở tất cả các mặt (0,2– 47,0), đặc biệt là nôn/buồn nôn (0,2) và tiêu chảy (0,3). Điểm trung bình lĩnh vực triệu chứng thấp $17,5 \pm 7,0$ điểm. Khác với các mục khác, điểm trung bình về lĩnh vực triệu chứng càng thấp thì chất lượng cuộc sống càng cao.

Điểm ở lĩnh vực tài chính đạt mức khá cao (63,7). Kết quả cho thấy chất lượng cuộc sống người bệnh xét về lĩnh vực tài chính là cao nhất, như vậy, có thể thấy, yếu tố tài chính đóng vai trò quan trọng trong chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 22% người bệnh có chất lượng cuộc sống tốt, 78% có chất lượng cuộc sống chưa tốt. Điều này cho thấy, việc chăm sóc, phục hồi chức năng cho người

bệnh trong quá trình điều trị tại bệnh viện phục hồi chức năng tỉnh Sơn La giai đoạn tiếp theo là hết sức quan trọng, bên cạnh đó cần có vai trò tích cực của cộng đồng và gia đình nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh chấn thương tủy sống.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống người bệnh chấn thương tủy sống điều trị tại bệnh viện phục hồi chức năng tỉnh Sơn La năm 2019 theo thang điểm EORTC QLQ-C30 ở mức đạt chiếm tỷ lệ 22%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Home Page - NSCISC Application, <<https://www.nscisc.uab.edu/>>, accessed: 04/04/2019.

2. Duggan C.H. và Dijkers M. (2001), Quality of life after spinal cord injury: A qualitative study. Rehabil Psychol, 46(1), 3-27.
3. Krause J.S. (1992). Life satisfaction after spinal cord injury: A descriptive study. Rehabil Psychol, 37(1), 61-70.
4. Schoenfeld A.J., McCrisky B., Hsiao, et al (2011), Incidence and epidemiology of spinal cord injury within a closed American population: the United States military (2000-2009). Spinal Cord, 49(8), 874-879.
5. Van der Kloot W.A., Kobayashi K., Yamaoka K. et al. (2014), Summarizing the Fifteen Scales of the EORTC QLQ-C30 Questionnaire by Five Aggregate Scales with Two Underlying Dimensions: A Literature Review and an Empirical Study. J Psychosoc Oncol, 32(4), 413-430.

THỰC TRẠNG DINH DƯỠNG HỌC SINH TIỂU HỌC 7- 9 TUỔI TẠI 6 XÃ CỦA HUYỆN LỤC YÊN VÀ YÊN BÌNH, TỈNH YÊN BÁI, NĂM 2017

Nguyễn Song Tú¹, Nguyễn Thị Lâm¹,
Trần Thúy Nga¹, Nguyễn Thị Vân Anh¹

TÓM TẮT

Tình trạng suy dinh dưỡng nhẹ cân và thấp còi ở trẻ em lứa tuổi tiểu học ở vùng nông thôn miền núi vẫn là vấn đề tồn tại đáng quan tâm. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 1.260 học sinh để xác định tình trạng dinh dưỡng của học sinh tiểu học từ 7 – 9 tuổi ở 6 xã thuộc huyện Lục Yên và Yên Bình, tỉnh Yên Bái. Kết quả cân nặng và chiều cao TB của học sinh nam tương ứng là $22,4 \pm 4,7$ kg và $121,3 \pm 6,9$ cm; nữ là $21,8 \pm 3,9$ kg và $121,1 \pm 6,5$ cm; Cân nặng ở học sinh nam cao hơn nữ có khác biệt có ý nghĩa ở 8 và 9 tuổi ($p < 0,05$). Tỷ lệ SDD thấp còi và nhẹ cân cao hơn so với nhiều vùng nông thôn khác của Việt Nam; Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ SDD thấp còi giữa các trường ($p < 0,05$). Tỷ lệ thấp còi là 26,3%; cao nhất là học sinh xã Phúc Lợi (34%). Tỷ lệ nhẹ cân là 29,3%; tại xã Đông Quan, Khánh Hòa và Phúc lợi đều cao hơn 30%. Tỷ lệ gầy còm là 8,7%; Thừa cân, béo phì là 5,3%. Cần có những giải pháp can thiệp đặc hiệu cải thiện tình trạng dinh dưỡng góp phần nâng cao tầm vóc học sinh tiểu học tại các huyện miền núi.

Từ khóa: học sinh tiểu học, suy dinh dưỡng, dinh dưỡng học đường, suy dinh dưỡng thấp còi

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AMONG PRIMARY SCHOOL CHILDREN AGED 7-9 YEARS IN 6

COMMUNES OF LUC YEN AND YEN BINH DISTRICT, YEN BAI PROVINCE, IN 2017

The underweight and stunting status among primary school children in rural mountainous areas remains a significant problem. Cross-sectional study was conducted on 1,260 primary students to determine the nutritional status of children aged 7-9 years in 6 communes of Luc Yen and Yen Binh districts, Yen Bai province. The result showed that the average weight and height of male students were 22.4 ± 4.7 kg and 121.3 ± 6.9 cm, respectively; girl were 21.8 ± 3.9 kg and 121.1 ± 6.5 cm. There were significant differences in weight between male and female students in ages 8 and 9 ($p < 0.05$). The prevalence of stunting and underweight were higher than in many other rural areas. There were significant differences in the prevalence of stunting among schools ($p < 0.05$). Stunting rate was 26.3%, but the highest is Phuc Loi students (34%). The underweight rate was 29.3%; In Dong Quan, Khanh Hoa and Phuc Loi communes, the rate was higher than 30%. The waste rate was 8.7%; Overweight, obesity was 5.3%. There should be specific interventions to improve nutritional status, contributing to improving the stature of primary school students in mountainous districts.

Keyword: primary students, malnutrition, school nutrition, stunting

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tình trạng thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học ở các thành phố gia tăng nhanh nhưng đồng thời, tình trạng nhẹ cân và thấp còi của học sinh ở vùng nông thôn vẫn còn tồn tại [1]. Giai đoạn trẻ tiền học đường và học đường là giai đoạn quyết định sự phát

¹Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Song Tú

Email: nguyensongtu@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2019

Ngày duyệt bài: 15.4.2019

triển tới đa các tiềm năng di truyền liên quan đến tầm vóc thể lực và trí tuệ, đây là giai đoạn rất dễ bị tổn thương về dinh dưỡng. Theo kết quả một số cuộc điều tra trên 1.229 trẻ tiểu học từ lớp 1 đến lớp 3 ở một số xã nông thôn miền Bắc, Việt Nam cho thấy, tỷ lệ SDD thấp còi là 30%, nhẹ cân là 27,5%, gày còm là 9% [2]; tại 6 tỉnh thành của Việt Nam năm 2011, tỷ lệ thấp còi của trẻ em lứa tuổi 6-9 tuổi là 13,7% và ở lứa tuổi 9-11 tuổi là 18,2% [3]. Nghiên cứu trên 2425 trẻ tại 6 trường tiểu học của Huyện Nghĩa Đàn năm 2014, tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ trai là 18,9% và ở trẻ gái 16,7%, tỷ lệ chung của cả 2 giới là 17,8% [4]. Tại Thái Nguyên 2017 trên 2.008 trẻ 7 – 9 tuổi tại 6 trường tiểu học của huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên SDD thể nhẹ cân là 24,3%; SDD thể thấp còi là 17,5% và SDD thể gầy còm cũng khá cao (8,1%) [1]. Một trong các nguyên nhân quan trọng nhất gây thiếu dinh dưỡng ở trẻ em học đường là do chế độ ăn thiếu về số lượng và kém về chất lượng. Điều tra khẩu phần ăn của trẻ từ 6-11 tuổi tại 6 tỉnh thành năm 2011 cho thấy năng lượng đạt khoảng 76% nhu cầu khuyến nghị, can xi ở nhóm tuổi 6-9 tuổi đạt 59% và ở nhóm tuổi 9-11 tuổi đạt 45% nhu cầu khuyến nghị; sắt của nhóm tuổi 6-9 tuổi đạt 68% và nhóm tuổi 9-11 tuổi đạt 54% nhu cầu khuyến nghị; vitamin A của nhóm tuổi 6-9 tuổi đạt 54% và nhóm tuổi 9-11 tuổi đạt 43% nhu cầu khuyến nghị; vitamin D của nhóm tuổi 6-9 tuổi đạt 18% nghị và nhóm tuổi 9-11 tuổi đạt 13% nhu cầu khuyến nghị [5]. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích khảo sát thực trạng dinh dưỡng ở học sinh tiểu học từ lớp 2 đến lớp 4 (trong độ tuổi từ 7-9) ở 6 xã nông thôn miền núi của huyện Yên Bình và Lục Yên, tỉnh Yên Bái để đề xuất can thiệp nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng học sinh tiểu học vùng nông thôn miền núi nói chung và huyện Yên Bình và Lục Yên nói riêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Đối tượng: Nghiên cứu được tiến hành trên nền một nghiên cứu can thiệp, nên đã lựa chọn toàn bộ học sinh tiểu học (từ lớp 2 đến lớp 4) trong độ tuổi từ 7-9, đáp ứng các tiêu chí: ở 6 xã thuộc địa bàn nghiên cứu; Gia đình tự nguyện đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại 6 trường tiểu học của 6 xã của huyện Lục Yên (Xã Động Quan, Khánh Hòa, Phúc Lợi) và Yên Bình (Yên Thành, Tân Nguyên, Vũ Linh), tỉnh Yên Bái trong thời gian tháng 11/ 2017.

2.2 Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang tiến hành trên toàn bộ học sinh tiểu học từ lớp 2 đến lớp 4 tại 6 trường thuộc 6 xã.

2.4 Phương pháp chọn mẫu: Trước hết chọn chỉ định 3 xã của huyện Lục Yên và 3 xã của huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái là một tỉnh thuộc vùng miền núi phía Bắc.

Chọn trường: Chọn toàn bộ 6 trường tiểu học tại 6 xã được chọn.

Chọn đối tượng nghiên cứu: toàn bộ 1.260 trẻ từ 84-120 tháng (thuộc lớp 2 đến lớp 4).

2.5 Phương pháp và công cụ thu thập số liệu, tiêu chuẩn đánh giá

Các thông tin được thu thập (tuổi, giới, địa chỉ) được phỏng vấn trực tiếp bởi cán bộ Viện Dinh dưỡng.

Thông tin chỉ số nhân trắc được thu thập bởi cán bộ Viện Dinh dưỡng

+ Cân nặng: bằng cân điện tử TANITA SC 330 với độ chính xác 0,1 kg, được kiểm tra và chỉnh trước khi sử dụng.

+ Xác định chiều cao: Sử dụng thước gỗ với độ chính xác 0,1 cm để đo chiều cao đứng. Kết quả được ghi với đơn vị là cm và 1 số lẻ sau dấu phẩy.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ em từ 7-9 tuổi: Dựa vào quần thể tham khảo của Tổ chức Y tế thế giới -WHO 2006. SDD nhẹ cân khi Zscore CN/T <-2; SDD thấp còi khi Zscore CC/T <-2; SDD gày còm khi Zscore CN/CC <-2; thừa cân Zscore CN/CC >1 và béo phì Zscore CN/CC >2.

2.6 Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu về nhân trắc học được xử lý bằng phần mềm Anthro Plus của WHO, 2006. Sử dụng phần mềm Epi Data để nhập liệu và phần mềm SPSS 18.0 để phân tích. Test kiểm định thống kê là χ^2 test, t - test. Giá trị $p < 0,05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

2.7 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng trước khi triển khai theo quyết định số 1131/QĐ-VDD ngày 07/09 /2017.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 1.260 học sinh vào tháng 11/2017 tại 6 trường tiểu học của 3 xã của huyện Lục Yên (Xã Động Quan, Khánh Hòa, Phúc Lợi) và 3 xã của huyện Yên Bình (Yên Thành, Tân Nguyên, Vũ Linh), tỉnh Yên Bái. Trong đó có 670 học sinh nam và 590 học sinh nữ; độ tuổi trung bình của học sinh tham gia là $101,1 \pm 10,1$ tháng. Các học sinh có mẹ dân tộc Dao chiếm chủ yếu 56,2%, Kinh 17,0%, Tày 16,0%, còn lại dân tộc khác (Nùng, Cao Lan, Thái...)

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc của học sinh tiểu học tại 6 xã của tỉnh Yên Bái

Chỉ số nhân trắc	Tuổi	Học sinh nam		Học sinh nữ	
		n	(TB $\pm$ SD)	n	(TB $\pm$ SD)
Thăng tuổi	7-9	670	100,9 $\pm$ 10,2	590	101,3 $\pm$ 9,9
Cân nặng (kg)	7-9	670	22,4 $\pm$ 4,7 ^{3*} , 1a	590	21,8 $\pm$ 3,9 ^{3*}
	7	235	20,1 $\pm$ 3,4	189	19,9 $\pm$ 3,9
	8	224	22,9 $\pm$ 4,8 ^{1a}	218	22,1 $\pm$ 3,5
Chiều cao (cm)	9	211	24,5 $\pm$ 4,6 ^{1a}	183	23,4 $\pm$ 3,6
	7-9	670	121,3 $\pm$ 6,9 ^{3*}	590	121,1 $\pm$ 6,5 ^{3*}
	7	235	116,3 $\pm$ 4,9	189	116,3 $\pm$ 5,2
	8	224	122,3 $\pm$ 6,4	218	121,6 $\pm$ 5,1
	9	211	125,9 $\pm$ 5,6	183	125,3 $\pm$ 5,9

*ANOVA-test và Post hoc test khi so sánh các giá trị giữa các lớp tuổi (7, 8, 9) ³:p<0,001

a) t-test khi so sánh các chỉ số giữa trẻ trai và gái ¹:p<0,05; ²:p<0,01; ³:p<0,001

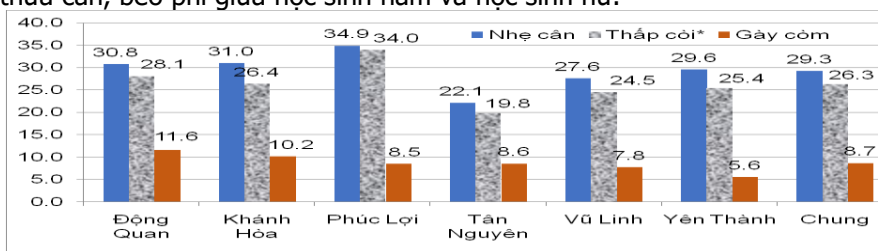
Bảng trên, cho thấy cân nặng TB (trung bình) của học sinh nam là 22,4 $\pm$ 4,7 kg và học sinh nữ là 21,8 $\pm$ 3,9 kg; chiều cao TB của học sinh nam là 121,3 $\pm$ 6,9 cm và học sinh nữ là 121,1 $\pm$ 6,5cm; Cân nặng và chiều cao của học sinh hai giới tăng dần theo nhóm tuổi tăng dần (Post hoc test, p<0,001); Cân nặng của học sinh nam cao hơn học sinh nữ khác biệt có ý nghĩa ở nhóm học sinh 8 và 9 tuổi (p<0,05); nhóm học sinh 7 tuổi không có sự khác biệt về cân nặng giữa nam giới và nữ giới. Tương tự chiều cao của học sinh nam và nữ không có sự khác biệt theo từng nhóm tuổi (p> 0,05).

Bảng 2. Tỷ lệ SDD, thừa cân và béo phì của học sinh tiểu học 6 trường, tỉnh Yên Bái chung và theo giới tính

Tình trạng SDD	Học sinh nam (n=670)(n,%)	Học sinh nữ (n=570) (n,%)	Chung (n=1260) (n,%)
SDD thể nhẹ cân	204 (30,4 %)	165 (28,0%)	369 (29,3%)
SDD thể thấp còi	183 (27,3%)	149 (25,3 %)	332 (26,3%)
SDD thể gầy còm	62 (9,3 %)	48 (8,1%)	110 (8,7%)
Thừa cân	18 (2,7 %)	21 (3,6%)	39 (3,1%)
Béo phì	19 (2,8%)	9 (1,5%)	28 (2,2%)

χ^2 test, p>0,05 khi so sánh tỷ lệ SDD từng thể giữa học sinh nam và học sinh nữ

Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở học sinh nam là 30,4% và ở học sinh nữ là 28,0% (Bảng 2). Tỷ lệ SDD thể thấp còi ở học sinh nam là 27,3% và ở học sinh nữ 25,3%; Tỷ lệ SDD thể gầy còm ở học sinh nam là 9,3% và ở học sinh nữ là 8,1%; tỷ lệ thừa cân ở học sinh nam là 2,7% và ở học sinh nữ là 3,6%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh tỷ lệ SDD thể nhẹ cân, thấp còi, gầy còm và tỷ lệ thừa cân, béo phì giữa học sinh nam và học sinh nữ.



*) χ^2 test so sánh tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa các trường với p<0,05;

Hình 1. Tình trạng dinh dưỡng các thể ở trẻ tiểu học tại 6 xã của tỉnh Yên Bái

Kết quả hình trên cho thấy tỷ lệ SDD nhẹ cân cao nhất ở trẻ trường tiểu học xã Phúc Lợi (34,9%) và tiếp theo là Khánh Hòa (31,0%); Động Quan (30,8%), Yên Thành (29,6%); thấp nhất ở Tân Nguyên (22,1%). Tỷ lệ SDD thấp còi cũng cao nhất ở trẻ trường tiểu học xã Phúc Lợi (34,0%), tiếp theo là Động Quan (28,1%), Khánh Hòa (26,4%); thấp nhất ở trường tiểu học Tân Nguyên (19,8%). Tình trạng SDD thấp còi có sự khác biệt giữa các trường (p< 0,05)

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng thể nhẹ cân và thể thấp còi theo mức độ của học sinh 6 trường tiểu học tỉnh Yên Bái

Trường tiểu học	SDD thể nhẹ cân (n,%)		SDD thể thấp còi (n,%) *	
	SDD nặng	SDD vừa, nhẹ	SDD nặng	SDD vừa, nhẹ
Động Quan	13 (5,8%)	56 (25,0%)	11 (4,9%)	52 (23,2%)

Khánh Hòa	14 (7,1%)	47 (23,9%)	9 (4,6%)	43 (21,8%)
Phúc Lợi	17 (8,0%)	57 (26,9%)	10 (4,7%)	62 (29,2%)
Tân Nguyên	8 (3,6%)	41 (18,5%)	2 (0,9%)	42 (18,9%)
Vũ Linh	7 (3,6%)	46 (24,0)	5 (2,6%)	42 (21,9%)
Yên Thành	5 (2,3%)	58 (27,2%)	2 (0,9%)	52 (24,4%)
Chung	64 (5,1%)	305 (24,2%)	39 (3,0%)	293 (23,3%)

*) χ^2 test, $p < 0,05$

Phân tích tình trạng SDD thể thấp còi về mức độ cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi ở mức nặng (Zscore chiều cao theo tuổi < -3) cao nhất ở xã Động Quan (4,9%), tiếp theo Phúc Lợi (4,7%), Khánh Hòa (4,6%); SDD thấp còi mức độ vừa, nhẹ cao nhất ở trường tiểu học Phúc Lợi (29,2%), thấp nhất ở trường tiểu học Tân Nguyên (18,9%).

Tình trạng SDD thể nhẹ cân cho thấy tỷ lệ SDD nặng (Zscore cân nặng theo tuổi < -3) cao nhất ở trường tiểu học Phúc Lợi (8,0%) và Khánh Hòa (7,1%); thể nhẹ cân mức độ nhẹ, vừa cao nhất ở Yên Thành (27,2%); tiếp theo ở Phúc Lợi (26,9%); thấp nhất ở Tân Nguyên (18,5%).

IV. BÀN LUẬN

Điều tra 1.260 học sinh tiểu học từ lớp 2 đến lớp 4 tại 6 trường tiểu học của 6 xã của huyện Lục Yên (Xã Động Quan, Khánh Hòa, Phúc Lợi) và Yên Bình (Yên Thành, Tân Nguyên, Vũ Linh), tỉnh Yên Bái cho thấy tuổi trung bình của học sinh tiểu học là $101,0 \pm 10,1$ tháng tuổi. Cân nặng trung bình của học sinh nam là $22,4 \pm 4,7$ kg, nữ là $21,8 \pm 3,9$ kg. Kết quả trên cao hơn so với kết quả điều tra năm 2011 tại Phổ Yên, Thái Nguyên (21,4 kg) [6], nhưng thấp hơn học sinh tiểu học huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên cùng lớp tuổi với cân nặng trẻ trai là $22,9 \pm 3,9$ kg, gái là $22,5 \pm 4,3$ kg [1]. Chiều cao TB của học sinh nam là $121,3 \pm 6,9$ cm và nữ là $121,1 \pm 6,5$ cm thấp hơn so với chiều cao trung bình của học sinh 7-10 tuổi huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên (năm 2017) (tương ứng nam là $123,3 \pm 6,6$ cm; nữ là $123,3 \pm 6,9$ cm) [1]; và cũng tương tự so với kết quả điều tra của Lê Văn Giang ($121,1$ cm) [6].

Tỷ lệ SDD thể thấp còi chung ở học sinh 6 trường tiểu học của 2 huyện, tỉnh Yên Bái là 26,3% cao hơn so với tỷ lệ chung toàn quốc (24,3%) ở trẻ dưới 5 tuổi năm 2016 [7]. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ SDD thấp còi tại 6 trường của huyện Phú Bình (17,2%) [1] và cao hơn kết quả nghiên cứu Bùi Thị Nhung trên trẻ tiểu học là 17,8%, cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ thấp còi của trẻ lứa tuổi 6-9 tuổi của 6 tỉnh thành của Việt Nam (15,6%, điều tra SEANUTS năm 2011) [5]. Tỷ lệ thấp còi theo giới cũng cho kết quả tương tự tỷ lệ ở học sinh nam (27,3%) và nữ (25,3%) cao hơn so với học sinh tại trường tiểu

học của huyện Nam Đàn, Nghệ An (18,9% và 16,7%, tương ứng) [4]. So sánh tỷ lệ thấp còi giữa các trường học sinh tại trường tiểu học cho thấy tỷ lệ ở trường xã Phúc Lợi cao nhất 34,0%, là tỷ lệ rất cao so với các nghiên cứu tham khảo gần đây, nên cần quan tâm đặc biệt về vấn đề dinh dưỡng ở trường này [1], [4], [5].

Về tỷ lệ SDD nhẹ cân là 29,3%, trong đó ở học sinh nam là 30,4% và nữ là 28,0%; ở mức rất cao nếu so với tỷ lệ SDD nhẹ cân (13,8%) ở trẻ dưới 5 tuổi năm 2016 [7], cao hơn tỷ lệ 25,5% ở học sinh nam và 23,4% ở nữ (chung 2 giới là 24,5%) tại học sinh 6 trường tiểu học Phú Bình [1]; cao hơn tỷ lệ 21,6% ở học sinh nam tiểu học và 21,4% ở học sinh nữ của huyện Nam Đàn, Nghệ An [4]. Kết quả trên cũng đồng thời cao hơn với kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009 với tỷ lệ SDD thể nhẹ cân 25,9% ở trẻ trai và 22,6% ở trẻ gái; chung 2 giới trẻ từ 5-10 tuổi là 24,2%. Xét về mức độ SDD thể nhẹ cân giữa các trường, trẻ em ở 3 xã Động Quan, Khánh Hòa và Phúc Lợi có tỷ lệ đều cao hơn 30%, rất cao so với tỷ lệ nhẹ cân trẻ dưới 5 tuổi chung toàn quốc [7].

Như vậy, cân nặng và chiều cao trung bình của trẻ ở 6 trường thuộc 2 huyện nghiên cứu đều thấp hơn, đồng thời tỷ lệ suy dưỡng thể thấp còi, nhẹ cân đều cao hơn so với kết quả của các tác giả khác, thậm chí các nghiên cứu đã triển khai ở những năm trước [4], [5], [7] cũng như nghiên cứu cùng năm ở tỉnh khác [1], điều đó cho thấy, cần chú ý tới thể lực cũng như tình trạng dinh dưỡng ở học tại 2 huyện này, đặc biệt chú ý tới học sinh trường tiểu học xã Phúc Lợi và Động Quan ở cả 2 thể SDD, tiếp đó là tình trạng SDD thể nhẹ cân ở trường tiểu học Khánh Hòa.

Tỷ lệ SDD thể gầy còm ở trẻ trai là 9,3% và trẻ gái là 8,1%, chung cả 2 giới là 8,7% cao hơn nghiên cứu tại Phú Bình năm 2017 là 7,9% ở trẻ trai và 8,2% ở trẻ nữ [1]; và thấp hơn tại Nghĩa Đàn năm 2014 là 10,4% ở trẻ trai và trẻ gái là 9,7%, tỷ lệ chung là 10,1% [4]. Kết quả trên đồng thời, thấp hơn kết quả của Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009 với tỷ lệ SDD gầy còm (14,9%) ở trẻ trai, (18,6%) ở trẻ gái và 2 giới chung ở trẻ 5 – 10 tuổi là (16,8%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh tỷ lệ

SDD thể nhẹ cân, thấp còi, gầy còm và tỷ lệ TCBP giữa trẻ trai và trẻ gái. Kết luận này tương tự như nghiên cứu tại Nghệ An năm 2014 [4] và nghiên cứu tại Thái Nguyên năm 2017 [1].

Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ trai 6 trường tiểu học 6 xã thuộc 2 huyện của tỉnh Yên Bái là 5,5% và trẻ gái là 5,1%, chung 2 giới là 5,3%; cao hơn tỷ lệ thừa cân (2,6%) và béo phì (0,8%) ở 6 trường tiểu học huyện Phú Bình [1]; cao hơn tỷ lệ ở trẻ trai là 2,2% và ở trẻ gái là 1,2%, tỷ lệ chung là 1,7% của nghiên cứu Bùi Thị Nhung [4]. Điều đó cho thấy, bên cạnh việc quan tâm tới suy dinh dưỡng đồng thời cũng phải chú ý tới tình trạng béo phì của học sinh tại nơi đây.

Do vậy, tình trạng dinh dưỡng học sinh tiểu học tại 6 xã của 2 huyện miền núi của tỉnh Yên Bái với tỷ lệ nhẹ cân 29,3%, thấp còi 26,3% và gầy còm 8,7% có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng, cần có những giải pháp can thiệp cải thiện tình trạng dinh dưỡng góp phần nâng cao tầm vóc học sinh tiểu học vùng miền núi.

V. KẾT LUẬN

Cân nặng và chiều cao TB của học sinh nam tương ứng là $22,4 \pm 4,7$ kg và $121,3 \pm 6,9$ cm; học sinh nữ là $21,8 \pm 3,9$ kg và $121,1 \pm 6,5$ cm; Cân nặng và chiều cao của học sinh hai giới tăng dần theo nhóm tuổi tăng dần ($p < 0,001$); Cân nặng ở học sinh nam cao hơn nữ, có sự khác biệt có ý nghĩa ở 8 và 9 tuổi ($p < 0,05$). Suy dinh dưỡng thể thấp còi và nhẹ cân của học sinh tại 6 trường tiểu học tại 2 huyện của tỉnh Yên Bái cao hơn so với nhiều vùng nông thôn khác; Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ SDD thấp còi giữa các trường ($p < 0,05$). Tỷ lệ SDD thể thấp còi chung là 26,3%; cao nhất là học sinh tại trường

tiểu học xã Phúc Lợi (34%). Tỷ lệ SDD nhẹ cân chung là 29,3%; học sinh tại trường thuộc xã Đông Quan, Khánh Hòa và Phúc lợi đều cao hơn 30%. Tỷ lệ SDD thể gầy còm chung là 8,7%; Tỷ lệ thừa cân, béo phì là 5,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Song Tú, Trần Thúy Nga, Hoàng Văn Phương, Lê Danh Tuyên và CS**, Thực trạng dinh dưỡng học sinh tiểu học 7- 10 tuổi tại 5 xã của huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên, năm 2017 Tạp chí Y học dự phòng, 2017, Tập 27(6): p. 172-178.
2. **Trần Thúy Nga, Nguyễn Xuân Ninh, Nguyễn Thị Lâm và CS**, Thực trạng dinh dưỡng, thiếu máu và một số bệnh nhiễm khuẩn của trẻ em 6-9 tuổi ở một số xã nông thôn miền Bắc. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2006, 2(3+4): p. 24-28.
3. **Bùi Thị Nhung, Lê Nguyễn Bảo Khanh, Nguyễn Đỗ Văn Anh**, Thực trạng dinh dưỡng của trẻ em tuổi học đường và tiền học đường tại 1 số trường mẫu giáo ở nông thôn và thành thị của Hải Dương, Huế và thành phố Hồ Chí Minh. Báo cáo hội thảo xây dựng đề án dinh dưỡng học đường, 2010.
4. **Viện Dinh dưỡng**, Hiệu quả cải thiện tình trạng dinh dưỡng và vi chất dinh dưỡng của sử dụng sữa tươi TH True milk bổ sung vi chất "Sữa tươi tiết trùng sữa học đường - có đường" của học sinh mẫu giáo và tiểu học của huyện Nghĩa Đàn. Báo cáo kết quả nghiên cứu khoa học, 2014.
5. **Le Nguyen BK, Le Thi H, Nguyen Do VA, Tran Thuy N, Nguyen Huu C, Thanh Do T, Deurenberg P, Khouw I**. Double burden of undernutrition and overnutrition in Vietnam in 2011: results of the SEANUTS study in 0-5-11-year-old children. Br J Nutr, 2013. 110 Suppl 3:S45-56. doi: 10.1017/S0007114513002080.
6. **Lê Văn Giang**, Hiệu quả bổ sung sắt phối hợp với Selen đến tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu ở học sinh tiểu học 7-10 tuổi tại Phố Yên, Thái Nguyên. Luận án tiến sĩ y tế công cộng, 2014.
7. **Viện Dinh dưỡng**, Số liệu thống kê tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em Việt Nam 2016. Số liệu hệ thống giám sát dinh dưỡng 2017.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG THỂ THẦN KINH NỘI TIẾT GIAI ĐOẠN IB1 – IIA1 TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình*, Lê Trí Chính*, Nguyễn Trọng Diệp*

TÓM TẮT

Ung thư cổ tử cung là ung thư thường gặp ở phụ nữ, đứng thứ 4 và chiếm khoảng 13% ung thư ở nữ giới. Ung thư thần kinh nội tiết (TKNT) là một thể hiếm gặp trong ung thư cổ tử cung, chiếm khoảng

2%. Điều trị và tiên lượng ung thư TKNT cổ tử cung có những điểm khác biệt so với thể thông thường. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị ung thư TKNT cổ tử cung giai đoạn IB1-IIA1. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ 1/2013 đến 9/2018, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 29 bệnh nhân ung thư TKNT cổ tử cung giai đoạn IB1-IIA1. Bệnh nhân được đánh giá các đặc điểm về thời gian sống thêm và tái phát di căn. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, tất cả 29 bệnh nhân đều được trải qua phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu và đều được điều trị bổ trợ sau phẫu thuật, trong đó 20 bệnh nhân (69%) được hóa-xạ trị đồng thời, 9 bệnh nhân được hóa trị đơn thuần sau phẫu thuật (31%). Với thời gian

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 24.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.4.2019

Ngày duyệt bài: 10.4.2019

theo dõi trung bình là $22,03 \pm 10,86$ tháng, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $37,4 \pm 4,2$ tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 2 năm là 67,1%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $33,9 \pm 4,5$ tháng, tỷ lệ sống thêm không bệnh 2 năm là 62,2%. Thời gian tái phát trung bình là $16,7 \pm 2,3$ tháng, sớm nhất là 6 tháng, muộn nhất là 22 tháng. Tỷ lệ tái phát và hoặc di căn là $9/29 = 31\%$. Di căn các tạng xa (phổi, gan, xương, não) là phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 77,8%. **Kết luận:** Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy ung thư TKNT cổ tử cung có tiên lượng xấu và kết quả điều trị hạn chế mặc dù được điều trị ở giai đoạn sớm.

SUMMARY

ASSESSMENT OF TREATMENT FOR FIGO IB1-IIA1 NEUROENDOCRINE CERVICAL CARCINOMA IN NATIONAL CANCER HOSPITAL

Cervical cancer is a common cancer in women, ranking fourth and accounting for about 13% of cancer in women. Neuroendocrine cancer is a rare disease, accounting for about 2%. Treatment for neuroendocrine carcinoma of cervical has differences compared to the normal form. Our study aims to evaluate the results of treatment for FIGO IB1-IIA1 neuroendocrine cervical cancer. **Method:** From 1/2013 to 9/2018, we studied on 29 patients with FIGO IB1-IIA1 neuroendocrine of cervical cancer. The patient was evaluated for the characteristics of survival and metastatic recurrence. **Results:** In our study, all patients underwent curative surgery and postoperative adjuvant therapy, of which 20 patients (69%) received concurrent chemoradiotherapy and 9 patients (31%) received chemotherapy alone. With an average follow-up time of 22.03 ± 10.86 months, the average overall survival was 37.4 ± 4.2 months, 2-year overall survival rate was 67.1%. The average disease-free survival time was 33.9 ± 4.5 months, the 2-year disease-free survival rate was 62.2%. The average recurrent interval was 16.7 ± 2.3 months, 6 months at the earliest, 22 months at the latest. The rate of recurrence or metastasis was $9/29 = 31\%$. Distant metastasis (lungs, liver, bone, brain) was the most common, accounting for 77.8%. **Conclusion:** In the study, we found that neuroendocrine cervical carcinoma has a poor prognosis and limited treatment results despite early treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là ung thư thường gặp ở phụ nữ, đứng thứ 4 và chiếm khoảng 13% trong tổng số các bệnh ung thư ở nữ giới [1],[2],[3]. Ung thư cổ tử cung bao gồm một số loại mô học, trong đó phổ biến nhất là ung thư biểu mô tế bào vảy (70%). Các khối u thần kinh nội tiết (TKNT) cổ tử cung bao gồm: u carcinoid điển hình, u carcinoid không điển hình, ung thư tế bào lớn và ung thư tế bào nhỏ. Đây là thể ung thư hiếm gặp, chiếm khoảng 2% tổng số khối u ác tính cổ tử cung. Ung thư tế bào nhỏ biểu thị một biến thể ngoài phổi của ung thư phổi tế bào nhỏ và là thể phổ biến nhất trong các khối u TKNT của cổ tử cung. Do đặc điểm mô học và

nguồn gốc tương tự với ung thư TKNT tế bào nhỏ của phổi nên bệnh tiến triển nhanh và di căn nhanh hơn nhiều so với các typ mô học phổ biến khác (ung thư biểu mô vảy và ung thư biểu mô tuyến), vì vậy đây là thể mô học có tiên lượng xấu nhất trong ung thư cổ tử cung. Điều trị ung thư TKNT của cổ tử cung có những điểm khác biệt so với các ung thư biểu mô phổ biến của cổ tử cung [5],[6]. Đây là thể bệnh ít gặp lại có đặc điểm tiến triển, tiên lượng và phác đồ điều trị có những điểm khác biệt so với các thể mô học phổ biến khác của cổ tử cung, hiện bệnh viện K chưa có một đề tài khoa học nào nghiên cứu về thể bệnh này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị ung thư cổ tử cung thể thần kinh nội tiết giai đoạn IB1-IIA1 tại bệnh viện K*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư cổ tử cung thể TKNT giai đoạn IB1-IIA1, điều trị tại bệnh viện K từ 1/2013 đến 9/2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

+ Được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học (có hóa mô miễn dịch) là ung thư cổ tử cung thể TKNT.

+ Giai đoạn IB1-IIA1 theo phân loại FIGO 2008.

+ Thể trạng chung khá trở lên (PS: 0,1)

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân đã điều trị ở tuyến trước.

+ Mặc bệnh ung thư khác kèm theo hoặc các bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ gây tử vong gần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Cỡ mẫu

- **Cỡ mẫu thuận tiện; Trong nghiên cứu chúng tôi đã thu thập được 29 bệnh nhân.**

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiến cứu.

2.2.3. Đánh giá kết quả điều trị

➤ **Phác đồ điều trị:** Chúng tôi áp dụng phác đồ điều trị dựa theo phác đồ Khuyến cáo của 2 tổ chức ung thư phụ khoa Mỹ (Society of Gynecologic Oncology và Gynecologic Cancer Intergroup) và kết quả nghiên cứu của Chan, đây là phác đồ đã được đồng thuận và nhiều quốc gia áp dụng [6],[7].

➤ **Kết quả điều trị**

- Đánh giá thời gian sống thêm
- Sống thêm toàn bộ (OS) 2 năm, 5 năm.
- Sống thêm không bệnh (DFS) 2 năm, 5 năm.
- Đánh giá tái phát và di căn
- Tỷ lệ tái phát và di căn

- Thời gian tái phát và di căn
- Vị trí tái phát và di căn

2.3. Xử lý số liệu

- Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Phân tích thời gian sống thêm sử dụng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan - Meier, khi so sánh sử dụng Logrank test (test kiểm định giả thuyết về sự khác biệt trong thời gian sống của nhóm đối tượng).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp điều trị

Bảng 1: Phương pháp điều trị

Các phương pháp điều trị	N	Tỷ lệ %
Phẫu thuật + Hóa chất đơn thuần sau mổ	9	31,0
Phẫu thuật + Hóa-xạ đồng thời sau mổ	20	69,0
Tổng	29	100

Nhận xét: Tất cả 29 bệnh nhân đều được trải qua phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu và đều được điều trị bổ trợ sau phẫu thuật, trong đó 20 bệnh nhân (69%) được hóa-xạ trị đồng thời, 9 bệnh nhân được hóa trị đơn thuần sau phẫu thuật (31%).

Bảng 2: Kết quả theo dõi sau điều trị

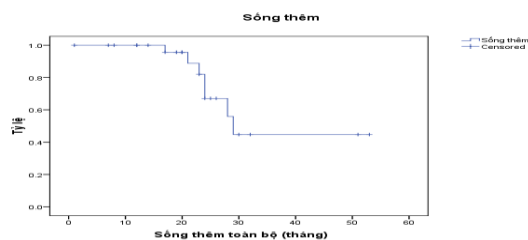
Kết quả theo dõi	
Thời gian theo dõi trung bình	22,03±10,86t
Thời gian theo dõi dài nhất	53 tháng
Thời gian theo dõi ngắn nhất	1 tháng
Số bệnh nhân còn sống	22
Số bệnh nhân đã tử vong	7
Số bệnh nhân tái phát và/di căn	9

Nhận xét: -Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được theo dõi đầy đủ đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

- Thời gian theo dõi trung bình là 22,03±10,86 tháng, dài nhất là 53 tháng, ngắn nhất là 1 tháng.

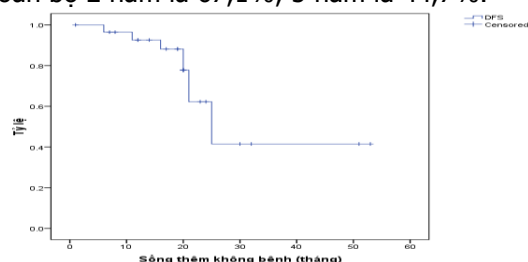
- Kết thúc nghiên cứu: 9 bệnh nhân tái phát và/di căn, trong số 9 bệnh nhân này 7 trường hợp đã tử vong, 22 bệnh nhân còn sống.

3.2. Sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh



Biểu đồ 1: Sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 37,4±4,2 tháng; Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 2 năm là 67,1%, 5 năm là 44,7%.



Biểu đồ 2: Sống thêm không bệnh

Nhận xét: Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 33,9±4,5 tháng; Tỷ lệ sống thêm không bệnh 2 năm là 62,2%, 5 năm là 41,5%.

3.3. Tình trạng tái phát và di căn

Bảng 3: Tình trạng tái phát, di căn

Tình trạng tái phát, di căn	N	Tỷ lệ %
Tái phát	1	3,4
Di căn	8	27,6
Không tái phát/di căn	20	69,0
Tổng	29	100
Vị trí tái phát/di căn		
Tiểu khung	1	11,1
Hạch thượng đòn	1	11,1
Di căn tạng	7	77,8
Tổng	9	100
Thời gian tái phát, di căn		
Trung bình: 16,7±2,3 tháng (khoảng biến thiên 6-22)		

Nhận xét: Có 1 bệnh nhân tái phát và 8 bệnh nhân di căn, tỷ lệ tái phát và hoặc di căn là 9/29=31%. Thời gian tái phát trung bình là 16,7±2,3 tháng, sớm nhất là 6 tháng, muộn nhất là 22 tháng. Di căn các tạng xa (phổi, gan, xương, não) là phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 77,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Lựa chọn phác đồ bổ trợ sau phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật triệt căn sau đó tất cả những bệnh nhân đều được điều trị bổ trợ, trong đó 20 bệnh nhân (69%) được hóa-xạ trị đồng thời, 9 bệnh nhân được hóa chất đơn thuần sau phẫu thuật (31%).

Phác đồ chẩn đoán và điều trị ung thư cổ tử cung TKNT độ ác tính cao về cơ bản cũng dựa trên nguyên tắc của ung thư cổ tử cung nói chung, điểm khác biệt quan trọng nhất đó là: **thứ nhất** việc đánh giá giai đoạn chính xác bằng cách thực hiện hệ thống các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có độ phân giải cao (MRI, CTOB 64 dãy) và đặc biệt là PET-CT, **thứ hai** vai trò của hóa chất là rõ ràng được chỉ định cho tất cả các giai đoạn và thường lựa chọn phác đồ EP

giống trong điều trị ung thư phổi tế bào nhỏ.

Chúng tôi áp dụng phác đồ điều trị dựa theo phác đồ Khuyến cáo của 2 tổ chức ung thư phụ khoa Mỹ (Society of Gynecologic Oncology và Gynecologic Cancer Intergroup) và kết quả nghiên cứu của Chan, đây là phác đồ đã được đồng thuận và nhiều quốc gia áp dụng [6],[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả những bệnh nhân giai đoạn IB1-IIA1 sau khi phẫu thuật triệt căn, nếu có một trong 3 yếu tố (hạch chậu, parametre, vành âm đạo) dương tính bệnh nhân sẽ được hóa-xạ trị đồng thời sau mổ theo phác đồ EP x 4 chu kỳ (50 mg/m² ngày 1 và etoposide 100 mg/m² ngày 1-3), mỗi 3 tuần, xạ trị khung chậu 45-50 Gy, hóa chất 2 chu kỳ đầu EP vào ngày 1 và ngày 22 của xạ trị, 2 chu kỳ còn lại sau khi kết thúc xạ trị. Ở những bệnh nhân có bộ 3 yếu tố hạch chậu, parametre, vành âm đạo đều âm tính sẽ xét đến các yếu tố nguy cơ cao theo tiêu chuẩn của Sedlis: kích thước u trên 4 cm, xâm lấn >1/3 chiều sâu mô đệm, xâm nhập bạch mạch; nếu có từ 2 trong 3 yếu tố trên thì sẽ được hóa –xạ trị đồng thời sau mổ với phác đồ ở trên. Tất cả những bệnh nhân còn lại (hạch chậu, parametre, vành âm đạo âm tính) và có ít hơn 2 yếu tố nguy cơ cao trong tiêu chuẩn Sedlis

sẽ được điều trị hóa chất bổ trợ đơn thuần sau mổ phác đồ Ep x 4 chu kỳ.

4.2. Sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được theo dõi đầy đủ đến thời điểm kết thúc nghiên cứu. Thời gian theo dõi trung bình là 22,03±10,86 tháng, dài nhất là 53 tháng, ngắn nhất là 1 tháng. Kết thúc nghiên cứu: 9 bệnh nhân tái phát và/di căn, trong số 9 bệnh nhân này 7 trường hợp đã tử vong vì bệnh, 22 bệnh nhân còn sống trong đó có 2 bệnh nhân tái phát và di căn.

Thời gian tái phát, di căn trung bình là 16,7±2,3 tháng, sớm nhất là 6 tháng và muộn nhất là 22 tháng. Như vậy tái phát và di căn xuất hiện hoàn toàn trong 2 năm đầu, đa số là di căn tạng xa (77,8%): 1 bệnh nhân tái phát tiểu khung, 1 bệnh nhân di căn hạch thượng đòn, 7 bệnh nhân di căn xa (trong đó 4 bệnh nhân di căn phổi, 2 bệnh nhân di căn gan, 1 bệnh nhân di căn não).

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 37,4±4,2 tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 2 năm là 67,1%, sau 5 năm là 44,7%.

Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 33,9±4,5 tháng, tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 2 năm là 62,2%, sau 5 năm là 41,5%.

Bảng 4: Kết quả sống thêm của bệnh nhân ung thư CTC của một số tác giả trong và ngoài nước

Tác giả	Tỷ lệ sống thêm (%)	
Nguyễn Văn Tuyên [3], n =331	85,1 (IB-IIA-IIBp, u < 4cm)-5 năm	97,6% là UTBM vảy và UTBM tuyến
Nguyễn Văn Hà [4], n=134	93,0 (IB1)-5 năm	96% là UTBM vảy và UTBM tuyến
Cohen JG [5], n=188	36,8 (I-IIA)-5 năm	Ung thư TKNT
Wang Z [6], n=32	44,9 (IB-IIA)-5 năm	Ung thư TKNT
David M [7], n=34	38,0 (IB-IIA)-2 năm	Ung thư TKNT
Nghiên cứu chúng tôi, n=29.	44,7 (IB1-IIA1)- 5 năm	Ung thư TKNT

Quan sát các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước chúng tôi đưa ra 2 nhận xét: **thứ nhất** thời gian sống thêm sau 5 năm của ung thư TKNT thấp hơn nhiều so với ung thư cổ tử cung nói chung (phần lớn các nghiên cứu này là ung thư biểu mô vảy và biểu mô tuyến) [4],[5], **thứ hai** kết quả nghiên cứu chúng tôi là gần tương đương với các tác giả trên thế giới về ung thư TKNT cổ tử cung [1];[2];[3];[7].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy ung thư TKNT cổ tử cung có tiên lượng xấu và kết quả điều trị hạn chế mặc dù được điều trị ở giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cohen JG, Kapp DS, Shin JY, et al. (2010) "Small cell carcinoma of the cervix: treatment and survival outcomes of 188 patients". Am J Obstet

Gynecol ; 203:347.e1.

2. David M Boruta II, John O Schorge, Linda A Duska, et al (2000) "Carcinoma of the Uterine Cervix". DOI: <https://doi.org/10.1006/gyno.6118>.
3. Ginger J.G, Reidy-Lagune.D (2011) "Neuroendocrine tumors of the gynecologic tract: A Society of Gynecologic Oncology (SGO) clinical document". Gynecologic Oncology 122; 10-198.
4. Nguyễn Văn Hà (2016), "Đánh giá kết quả điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn FIGO IB1 bằng phẫu thuật triệt căn". Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Tuyên (2008), "Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng và kết quả điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn IB-II bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp với xạ trị". Luận văn tốt nghiệp tiến sỹ, Học viện Quân Y.
6. Uptodate version (2017). Small cell neuroendocrine carcinoma of the cervix
7. Wang Z, Wu L, Yao H, Sun Y, et al.(2012) "Clinical analysis of 32 cases with neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix in early-stage disease". Gynecologic Oncology 140; 112-120.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY GIẢM NHẬN THỨC NHẸ TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Văn Hường*, Lê Quang Cường*

complex epilepsy, many crise epilepsy and patients using phenobarbital antiepileptic drugs.

Keywords: Epilepsy, Mild Cognitive Impairment

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá các yếu tố liên quan như: thể động kinh, tuổi khởi phát, tần suất cơn, thuốc kháng động kinh đến suy giảm nhận thức nhẹ trên bệnh nhân động kinh vô căn người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên 154 bệnh nhân được chẩn đoán xác định động kinh vô căn ở người trưởng thành theo tiêu chuẩn của hội Chẩn Đoán kinh quốc tế. Các bệnh nhân sẽ được làm trắc nghiệm đánh giá suy giảm nhận thức nhẹ của Petersen và cộng sự. **Kết quả:** Suy giảm nhận thức nhẹ ở nhóm động kinh cục bộ phức hợp cao gấp 9,5 lần so với nhóm động kinh toàn thể cơn lớn với $p = 0,001$, cao gấp 24 lần so với nhóm động kinh cục bộ đơn giản với $p = 0,000$ và gấp 10 lần so với nhóm động kinh cục bộ toàn thể hóa với $p = 0,013$. Suy giảm nhận thức nhẹ ở nhóm động kinh cơn dài cao gấp 4,5 đến 12 lần so với nhóm khác với $p < 0,05$. Nhóm dùng thuốc kháng động kinh phenobarbital suy giảm nhận thức nhẹ cao gấp 11,3 lần so với nhóm thuốc kháng động kinh khác với $p = 0,000$. **Kết luận:** Suy giảm nhận thức nhẹ thường gặp trên bệnh nhân động kinh cục bộ phức hợp, động kinh cơn dài và nhóm bệnh nhân sử dụng thuốc kháng động kinh phenobarbital.

Từ khóa: Động kinh, suy giảm nhận thức nhẹ

SUMMARY

SOME TO EVALUATE RELATED FACTORS TO MILD COGNITIVE IMPAIRMENT IN EPILEPSY IN ADULT

Objective: The study aims to evaluate related factors such as epilepsy, age of onset, frequency of seizures, antiepileptic drugs to mild cognitive impairment (MCI) in adult idiopathic patients. **Object and method:** The study on 154 patients was diagnosed with idiopathic seizures in adults according to the criteria of the International Epilepsy Association. Patients will be given a MCI test by Petersen and his colleagues. **Results** - Mild cognitive impairment in complex local epilepsy group was 9.5 times higher than for large epileptic epilepsy group with $p = 0.001$, 24 times higher than simple local epileptic group with $p = 0.000$ and 10 times more than the localized epileps group with $p=0.013$. Mild cognitive impairment in epilepsy episodes is 4.5 to 12 times higher than in other groups with $p < 0.05$. The mild antiepileptic phenobarbital group was 11.3 times higher than the other antiepileptic drugs with $p = 0.000$. **Conclusion:** Mild cognitive impairment is common in patients with

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhận thức là chức năng cao cấp của não. Động kinh là bệnh lý xuất phát từ tổn thương ở não nên ngoài hậu quả biểu hiện trực tiếp và rõ ràng là các cơn động kinh, động kinh còn có thể gây tổn thương các chức năng cao cấp của não trong đó có chức năng nhận thức [1;2]. Các nghiên cứu về sinh lý bệnh học và thần kinh tâm thần cho biết sự chuyển biến từ hoạt động nhận thức bình thường sang rối loạn nhận thức thường diễn ra với tính chất nối tiếp [3]. Quá trình chuyển biến từ chức năng nhận thức bình thường sang rối loạn nhận thức bao giờ cũng qua một giai đoạn trung gian là suy giảm nhận thức nhẹ. Nói cách khác suy giảm nhận thức nhẹ là trạng thái trung gian từ lão hoá não bình thường sang sa sút trí tuệ [4]. Mức độ suy giảm nhận thức nhẹ thường khó xác định trên lâm sàng, người ta chỉ phát hiện tình cờ khi có một biểu hiện nào đó mà gây sự khác lạ hoặc khó chịu cho bệnh nhân mà hay gặp nhất là rối loạn về trí nhớ, chóng quên. Một số tác giả cho thấy chỉ phát hiện rối loạn nhận thức nhẹ thông qua làm trắc nghiệm ngẫu nhiên về nhận thức và biểu hiện bằng các triệu chứng như: bệnh nhân than phiền về rối loạn trí nhớ, giảm khả năng nhớ khách quan so với tuổi và trình độ học vấn, trạng thái nhận thức chung được duy trì, các hoạt động hàng ngày không bị ảnh hưởng, không sa sút trí tuệ. Dodril cho thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức nhẹ ở nhóm bệnh nhân động kinh người trưởng thành chiếm tỷ lệ cao vào khoảng 34% [6;7]. Tập trung chủ yếu vào động kinh thái dương và động kinh thùy trán. Thấp hơn ở nhóm động kinh cục bộ đơn giản. Động kinh toàn thể khoảng 25%. Về nghiên cứu ảnh hưởng của động kinh đến lĩnh vực nhận thức ở Việt Nam còn rất khiêm tốn. Ở Việt Nam và Trên thế giới đánh giá về suy giảm nhận thức nhẹ được đánh giá dựa vào bộ trắc nghiệm theo tiêu chuẩn của Petersen và cộng sự [5]. Đây là bộ trắc nghiệm tương đối chính xác có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Trên cơ sở đó, nhằm mục đích tìm hiểu bước đầu và đánh giá suy giảm nhận thức nhẹ dựa vào trắc nghiệm tâm thần tối thiểu trên bệnh nhân động kinh là người trưởng thành nhằm mục tiêu: "Mô tả một số yếu tố liên quan

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hường

Email: vanhuong73@hotmail.com

Ngày nhận bài: 26.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.4.2019

Ngày duyệt bài: 15.4.2019

đến suy giảm về nhận thức nhẹ trên bệnh nhân động kinh vô căn là người trưởng thành”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 154 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là động kinh có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên theo tiêu chuẩn hội kháng Động kinh Quốc tế [7]. Loại trừ các trường hợp động kinh có nguyên nhân cấp tính như đột quỵ não giai đoạn cấp, viêm não, apxe não, chấn thương sọ não, ngộ độc. các trường hợp nghi ngờ động kinh, bệnh nhân mù chữ, khiếm thị hoặc khiếm thính. Các trường hợp không hợp tác khám bệnh và làm trắc nghiệm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả, cắt ngang.
- Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỉ lệ trong quần thể

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

Trong đó: α : mức ý nghĩa thống kê (được quy ước bởi người nghiên cứu)

$Z_{\alpha/2}$: giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị α được chọn; P: tỉ lệ rối loạn nhận thức ở bệnh nhân động kinh

ε : được chọn là một tỉ lệ so với tỉ lệ bệnh p

- Áp dụng phần mềm Stata 8.0 với tỉ lệ rối loạn nhận thức của bệnh nhân động kinh theo phân loại tỉ lệ các bệnh không lây nhiễm của thế giới, ta có $p=0,1$.

$$\alpha = 0,5, \varepsilon = 0,3 \text{ tính được } n = 150$$

Tiêu chuẩn chẩn đoán suy giảm nhận thức nhẹ

+ Bệnh nhân than phiền về rối loạn trí nhớ và được một người thân thừa nhận.

+ Giảm khả năng nhớ khách quan so với tuổi và trình độ học vấn (được khẳng định bằng các trắc nghiệm thần kinh tâm lý).

+ Trạng thái nhận thức chung được duy trì.

+ Hoạt động hàng ngày không bị ảnh hưởng.

+ Không sa sút trí tuệ.

+ **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 20.0.

So sánh trung bình của hai tổng thể dựng test T cho trường hợp hai mẫu độc lập. So sánh trung bình của ba tổng thể dựng. So sánh các tỉ lệ dựng trắc nghiệm χ^2 . Mỗi liên quan giữa suy giảm nhận thức và các yếu tố ảnh hưởng được tính qua tỉ suất chênh OR.

- **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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Liên quan về thể động kinh đến suy giảm nhận thức nhẹ

	Suy giảm nhận thức nhẹ		Không suy giảm nhận thức nhẹ		Tổng
	n	%	n	%	n
Động kinh toàn thể cơn lớn (1)	16	20,8	61	79,2	77
ĐK cục bộ phức tạp (2)	10	71,4	4	28,6	14
Động kinh cục bộ đơn giản (3)	5	9,4	48	90,6	53
Động kinh cục bộ toàn thể hóa (4)	2	20,0	8	80,0	10
Tổng	33		121		154

Nhận xét: Suy giảm nhận thức nhẹ ở nhóm động kinh cục bộ phức tạp cao gấp 9,5 lần so với nhóm động kinh toàn thể cơn lớn với $p(1,2) = 0,001$ (OR = 9,5 95%CI 2,29 - 45,76), cao gấp 24 lần so với nhóm động kinh cục bộ đơn giản với $p(1,3) = 0,000$ (OR = 24 95%CI 4,49 - 90,32) và gấp 10 lần so với nhóm động kinh cục bộ toàn thể hóa với $p(1,4) = 0,013$ (OR = 10, 95%CI 1,12 - 23,37). Khi so sánh các nhóm động kinh cơn lớn với nhóm động kinh cục bộ đơn giản, hay động kinh cơn lớn với nhóm động kinh cục bộ toàn thể hóa thì không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p(2,3) = 0,13$; $p(2,4) = 0,091 > 0,05$.

3.2 Liên quan giữa tần suất cơn với suy giảm nhận thức nhẹ

	Suy giảm nhận thức nhẹ		Không suy giảm nhận thức nhẹ		Tổng
	n	%	n	%	n
Cơn dày (1)	16	61,5	10	38,5	26
Cơn trung bình (2)	6	26,1	17	73,9	23
Cơn thưa (3)	11	11,6	84	88,4	95
Tổng	33	21,4	121	78,6	154

Nhận xét: Suy giảm nhận thức nhẹ ở nhóm động kinh cơn dày cao gấp 4,5 lần so với nhóm cơn trung bình với $p(1,2) = 0,012$ (OR 4,5 95%CI 1,16 - 18,68) và cao gấp 12,2 lần so với nhóm động kinh cơn thưa với $p(1,3) = 0,000$ (OR = 12,2 95% CI 3,98 - 37,89). Ở nhóm tần suất cơn trung bình

cao hơn nhóm tần suất cơn thưa, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p(2,3) = 0,07 > 0,05$.

3.3. Liên quan giữa tuổi khởi phát với đến suy giảm nhận thức nhẹ

	Suy giảm nhận thức nhẹ		Không suy giảm nhận thức nhẹ		Tổng
	n	%	n	%	n
Dưới 6 tuổi (1)	11	68,8	5	31,2	16
6 đến 17 tuổi (2)	13	39,4	20	60,6	33
≥ 18 tuổi (3)	9	8,6	96	91,4	105
Tổng	33	21,4	121	78,6	154

Nhận xét: Suy giảm nhận thức nhẹ ở nhóm khởi phát dưới 6 tuổi cao hơn so với nhóm khởi phát từ 6 đến 17 tuổi tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p(1,2) = 0,056 > 0,05$. Nhóm khởi phát dưới 6 tuổi cao gấp 21 lần so với nhóm khởi phát từ 18 tuổi trở lên với $p(1,3) = 0,000$ (OR = 21; 95%CI 3,12 - 98,72) và nhóm khởi phát từ 6 đến 17 tuổi cao gấp 6,9 lần so với nhóm khởi phát từ 18 tuổi trở lên với $p(2,3) = 0,000$ (OR = 6,9; 95%CI 2,31 - 20,78)

3.4 Liên quan thời gian mắc bệnh đến suy giảm nhận thức nhẹ

	Suy giảm nhận thức nhẹ		Không suy giảm nhận thức nhẹ		Tổng
	n	%	n	%	n
< 1 năm (1)	9	18,0	41	82,0	50
1 – 5 năm (2)	11	21,6	40	78,4	51
> 5 năm (3)	13	24,5	40	75,4	53
Tổng	33	21,4	121	78,6	154

Nhận xét: Suy giảm nhận thức nhẹ giữa các nhóm thời gian mắc bệnh không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p(1,2) = 0,41$; $p(1,3) = 0,42$; $p(2,3) = 0,72 > 0,05$.

3.5. Liên quan giữa thuốc kháng động kinh đến suy giảm nhận thức nhẹ

	Suy giảm nhận thức nhẹ		Không suy giảm nhận thức nhẹ		Tổng
	n	%	n	%	n
Gardenal	24	51,1	23	48,9	47
Thuốc khác	9	8,4	98	91,6	107
Tổng	33	21,4	121	78,6	154

Nhận xét: Nhóm dùng thuốc kháng động kinh phenobarbital suy giảm nhận thức nhẹ cao gấp 11,3 lần so với nhóm thuốc kháng động kinh khác với $p = 0,000$ (OR = 11,3; 95%CI 3,12 - 31,11).

IV. BÀN LUẬN

Aldenkamp AP, Arends J (2004) [1] nghiên cứu rối loạn nhận thức nhẹ trên bệnh nhân động kinh đã cho thấy hầu hết bệnh nhân chủ yếu rối loạn nhận thức nhẹ hay gặp trên bệnh nhân động kinh cục bộ phức hợp. Tác giả nhận thấy rối loạn nhận thức nhẹ trên nhóm động kinh cơn dày đặc gấp gần 18,5 lần so với cơn trung bình và cơn thưa. Dodril và cộng sự [2] khi nghiên cứu trên nhóm đối tượng vị thành niên và người trưởng thành tác giả nhận thấy có đến 34% bệnh nhân có biểu hiện suy giảm nhận thức nhẹ và chủ yếu và động kinh cục bộ phức hợp. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy Suy giảm nhận thức nhẹ ở nhóm động kinh cục bộ phức hợp cao gấp 9,5 lần so với nhóm động kinh toàn thể cơn lớn, cao gấp 24 lần so với nhóm động kinh cục bộ đơn giản và gấp 10 lần so với nhóm động kinh cục bộ toàn thể hóa. Ngoài ra chúng tôi còn nhận thấy suy giảm nhận thức nhẹ ở nhóm động kinh cơn dày đặc cao gấp 4,5 lần so với nhóm cơn trung bình và cao gấp 12,2 lần so với nhóm động kinh cơn thưa. Tác giả thấy tỷ lệ

rối loạn nhận thức nhẹ ở nhóm trưởng thành cao hơn ở nhóm động kinh tuổi vị thành niên. Helmstaedter C (2002) [4] nghiên cứu suy giảm nhận thức nhẹ trên bệnh nhân động kinh người trưởng thành ở Canada có 27,8%, trong đó chiếm đa số là chỉ rối loạn đơn thuần một lĩnh vực và suy giảm nhận thức nhẹ 23% và tác giả cũng nhận thấy tỷ lệ rối loạn nhận thức nhẹ ở nhóm động kinh sử dụng phenobarbital có nguy cơ cao gấp 14 lần so với các nhóm thuốc kháng động kinh khác. Rausch R, Kraemer S, Pietras CJ, et al (2003) nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân động kinh cơn lớn ở người trưởng thành cũng cho thấy nhóm suy giảm nhận thức nhẹ gặp trên 25%. Trong đó chủ yếu hay gặp trên bệnh nhân động kinh cục bộ phức hợp, động kinh cơn dày và động kinh đang sử dụng nhóm thuốc kháng động kinh cổ điển phenobarbital. Nghiên cứu của chúng tôi trong 154 bệnh nhân nghiên cứu có 14% suy giảm nhận thức nhẹ và 13% sa sút trí tuệ trong đó nhóm dùng thuốc kháng động kinh phenobarbital suy giảm nhận thức nhẹ cao gấp 11,3 lần so với nhóm thuốc

kháng động kinh khác. Tác giả Jokeit H, Ebner A (2002), nghiên cứu 160 bệnh nhân động kinh cơn lớn có đến 26,7% suy giảm nhận thức nhẹ [8]. Trên nhóm bệnh nhân động kinh suy giảm nhận thức nhẹ có đến 12% chủ yếu tập trung vào động kinh cục bộ phức hợp. Helmstaedter C và cộng sự [3] nghiên cứu trên 63 bệnh nhân trong đó có 34 đàn ông và 29 phụ nữ, tác giả nhận thấy có hơn 26% có biểu hiện suy giảm nhận thức nhẹ trong đó chủ yếu gặp trên bệnh nhân động kinh cục bộ phức hợp, động kinh có thời gian mắc bệnh kéo dài trên 5 năm và động kinh đang điều trị bằng thuốc kháng động kinh phenobarbital.

V. KẾT LUẬN

Suy giảm nhận thức nhẹ trên bệnh nhân động kinh gặp 21,4% và thường gặp trên bệnh nhân động kinh cục bộ phức hợp, động kinh cơn dày và nhóm bệnh nhân sử dụng thuốc kháng động kinh phenobarbital.

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. Petersen R.C., Smith G.E., et al (2001), "MCI: Clinical and characterization and outcome", *Arch Neurol*, 56(3), 303-308.
6. Rausch R, Kraemer S, Pietras CJ, et al (2003), "Early and late cognitive changes following temporal lobe surgery for epilepsy", *Neurology*, 60: 951- 959.
7. International League Against Epilepsy (1993), "Guideline for epidemiological study on epilepsy", *Epilepsia*, 13 (2), pp96-592.
8. Jokeit H, Ebner A (2002), "Effects of chronic epilepsy on intellectual functions", *Prog Brain Res*, 135:455-463.

MÔ TẢ KIẾN THỨC VỀ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NỘI, BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỲNH PHỤ, THÁI BÌNH NĂM 2018

Nguyễn Viết Kinh¹, Ninh Thị Nhung²,
Lê Đức Cường², Nguyễn Trọng Hưng³

TÓM TẮT

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) đã và đang trở thành yếu tố nguy cơ cho sự xuất hiện một số bệnh nguy hiểm như tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2, đột quỵ não,... Dinh dưỡng là phương pháp điều trị cơ bản, quan trọng và cần thiết cho người bệnh mắc hội chứng chuyển hóa. Một chế độ ăn cân đối và hoạt động thể lực hợp lý, không những rất hữu ích nhằm kiểm soát tình trạng bệnh mà còn ngăn ngừa các nguy cơ do hội chứng chuyển hóa gây ra và duy trì chất lượng cuộc sống của người bệnh mắc hội chứng chuyển hóa. **Mục tiêu:** Mô tả kiến thức về hội chứng chuyển hóa của người bệnh đang điều trị nội trú tại khoa Nội Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ tỉnh Thái Bình năm 2018. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 317 người bệnh điều trị nội trú tạo khoa Nội từ tháng 8 đến tháng 12 năm 2018. **Kết quả:** Đối tượng đã nghe

nói về HCCH khá cao, nam giới (84,4%) cao hơn nữ giới (75,5%). Nguồn cung cấp thông tin về HCCH từ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao nhất (64,1%), tiếp đến là các phương tiện thông tin đại chúng (loa, đài, ti vi) chiếm 29,6%, thấp nhất là người thân (6,3%). Có 89,9% đối tượng biết về THA; 76% biết về ĐTĐ; 54,3% biết về Rối loạn mỡ máu và 48,3% biết về béo phì khi được hỏi về một số bệnh mạn tính không lây. Có 54,6% đối tượng biết khi mắc HCCH sẽ có nguy cơ mắc ĐTĐ. Có sự khác biệt về trình độ văn hóa khi được hỏi về các yếu tố thuận lợi: béo phì, tiền sử gia đình, THA, rối loạn mỡ máu.

Từ khóa: kiến thức, hội chứng chuyển hóa, bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ, Thái Bình

SUMMARY

DESCRIBING KNOWLEDGE OF METABOLIC SYNDROME OF PATIENTS WHO ARE INPATIENTS AT THE INTERNAL MEDICAL DEPARTMENT OF QUYNH PHU GENERAL HOSPITAL, THAIBINH PROVINCE IN 2018

Metabolic syndrome (MS) has become a risk factor for the occurrence of some dangerous diseases such as hypertension, type 2 diabetes, stroke, ... Nutrition is a basic, important and necessary treatment for patients with metabolic syndrome. A well-balanced diet and reasonable physical activity are not only

¹Bệnh Viện Đa Khoa Quỳnh Phụ, Thái Bình

²Trường Đại Học Y Dược Thái Bình

³Viện Dinh Dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hưng

Email: nguyentronghung9602@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2019

Ngày duyệt bài: 12.4.2019

useful for controlling the disease but also preventing the risk of metabolic syndrome and maintaining the quality of life of patients with metabolic syndrome.

Objectives: Describing knowledge of metabolic syndrome of patients who are inpatient at the Internal Medicine Department of Quỳnh Phụ General Hospital, Thái Bình province in 2018. The study described a cross-section of 317 inpatients treated internal medical department from August to December 2018. **Results** showed that: Subjects have heard about MS is quite high, men (84.4%) were higher than women (75.5%). The source of information of MS from health workers accounted for the highest percentage (64.1%), followed by mass media (speakers, radios, televisions) accounted for 29.6%, from relatives were the lowest (6.3%). There were 89.9% of the subjects knew about hypertension; 76% know about diabetes melitus; 54.3% knew about dyslipidemia and 48.3% knew about obesity when asked about some non-communicable chronic diseases. 54.6% of the subjects knew that when they had MS, there was a risk of diabetes melitus. There was a difference in education level when asked about favorable factors: obesity, family history, hypertension, dyslipidemia.

Key words: knowledge, metabolic syndrome, Quỳnh Phụ general hospital, Thái Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) đã và đang trở thành yếu tố nguy cơ cho sự xuất hiện một số bệnh nguy hiểm như tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2, đột quỵ, nhồi máu cơ tim, ... Dinh dưỡng là phương pháp điều trị cơ bản, quan trọng và cần thiết cho người bệnh mắc hội chứng chuyển hóa. Một chế độ ăn cân đối và hoạt động thể lực hợp lý, không những rất hữu ích nhằm kiểm soát tình trạng bệnh mà còn ngăn ngừa các nguy cơ do hội chứng chuyển hóa gây ra và duy trì chất lượng cuộc sống của người bệnh mắc hội chứng chuyển hóa [1,7,8]. HCCH là một tổ hợp các yếu tố gồm tăng glucose máu, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu (tăng triglycerid và giảm HDL-cholesterol) và béo phì trung tâm (béo bụng) [2]. HCCH xuất hiện cùng với những biến chứng nguy hiểm của nó là mối đe dọa đối với sức khỏe và tuổi thọ con người. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng HCCH có liên quan chặt chẽ với bệnh béo phì và là dấu hiệu cảnh báo một số bệnh lý không lây nhiễm. Ở Việt Nam, qua 2 thập kỷ qua nền kinh tế phát triển nhanh kèm theo thay đổi thói quen ăn uống, lối sống nên mô hình bệnh tật thay đổi. Nhóm bệnh không lây nhiễm như tim mạch, đái tháo đường, ung thư, tâm thần tăng nhanh. Số mắc HCCH cũng ngày càng gia tăng. Các nghiên cứu về hội chứng chuyển hóa cũng được quan tâm nhưng cũng chỉ có một số nghiên cứu HCCH trong một số bệnh lý riêng lẻ [3].

Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ là Bệnh viện

tuyến huyện hạng II, có 5 phòng chức năng, 16 khoa lâm sàng và cận lâm sàng, quy mô 390 giường bệnh thực kê, lưu lượng người bệnh thăm khám hằng ngày 600-800 lượt khám, nhập viện điều trị 90-150 lượt/ngày, duy trì 300-350 người bệnh điều trị nội trú hàng ngày. Hiện nay tại Thái Bình, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến việc khảo sát các biểu hiện của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ làm cơ sở cho công tác dự phòng, điều trị làm chậm sự tiến triển hậu quả do hội chứng chuyển hóa gây nên, nâng cao sức khỏe của người bệnh nói riêng và sức khỏe cộng đồng nói chung. Tuy nhiên, việc sàng lọc, đánh giá và can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân trong bệnh viện nói chung và cho bệnh nhi nói riêng vẫn chưa được chú trọng thỏa đáng, nhất là các bệnh viện tuyến huyện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả kiến thức về hội chứng chuyển hóa của người bệnh đang điều trị nội trú tại khoa Nội Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ tỉnh Thái Bình năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

***Lựa chọn đối tượng:** Người bệnh từ 25 tuổi trở lên đang điều trị nội trú tại khoa Nội, Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ, Thái Bình; đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ những đối tượng là phụ nữ có thai và phụ nữ cho con bú trong vòng 12 tháng sau khi đẻ, người bệnh mắc bệnh lý cấp tính, người bệnh cường giáp.

***Địa điểm nghiên cứu:** khoa Nội, Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ, Thái Bình.

***Thời gian thực hiện:** từ 08/2018 đến 12/2018

***Chọn mẫu:** Chọn toàn bộ số người bệnh từ 25 tuổi trở lên đang điều trị nội trú tại khoa Nội theo đúng tiêu chuẩn chọn mẫu và loại mẫu tích lũy cho đến khi đủ cỡ mẫu đã tính.

***Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ:

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

n là số lượng cần điều tra; $Z^2 \frac{1-a/2}{d^2}$: độ tin cậy 95%, $Z=1,96$; p: tỷ lệ HCCH ở người bệnh THA theo nghiên cứu của Lê Thanh Đức là 70,1% [4]; d: sai số cho phép là 5%; Cộng thêm 10% dự phòng, được cỡ mẫu $n = 317$.

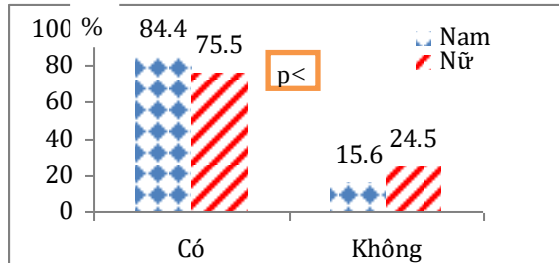
***Thu thập số liệu:** Các đối tượng sau khi được điều trị tại khoa Nội sẽ được phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ phiếu điều tra được thiết kế trước.

Đánh giá tình trạng tăng huyết áp dựa theo phân loại của ESH & ESC - JNC năm 2003; xác

định Hội chứng chuyển hoá: Dựa theo tiêu chuẩn của IDF (2006) [2].

***Xử lý số liệu:** Sử dụng các phần mềm EPIDATA 3.1, SPSS13.0 để nhập và xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh đã nghe nói về hội chứng chuyển hoá

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng đã nghe nói về HCCH khá cao, nam giới (84,4%) cao hơn nữ giới (75,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Biểu đồ 1)

Bảng 1. Nguồn cung cấp thông tin cho người bệnh (n = 253)

Nguồn thông tin	n	Tỷ lệ (%)
NVYT thôn	10	4,0
CBYT	152	60,1
Người thân	16	6,3
Loa, đài, tivi	75	29,6

Kết quả trong bảng 1 cho thấy: đối tượng được cung cấp thông tin về HCCH từ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao nhất (64,1%), tiếp đến là các phương tiện thông tin đại chúng (loa, đài, ti vi) chiếm 29,6%, thấp nhất là người thân (6,3%).

Bảng 2. Tỷ lệ người bệnh biết một số bệnh mạn tính không lây theo trình độ học vấn

Các bệnh	TĐHV		Tiểu học(n = 194)		THCS trở lên(n = 123)		Chung(n = 317)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tăng huyết áp	179	92,3	106	86,2	285	89,9			>0,05
Đái tháo đường	147	75,8	94	76,4	241	76,0			>0,05
Rối loạn mỡ máu	89	45,6	83	67,5	172	54,3			<0,05
Béo phì	78	40,2	75	61,0	153	48,3			<0,05

Bảng 2 cho thấy: có đến 89,9% đối tượng biết về THA; 76% biết về ĐTD; 54,3% biết về Rối loạn mỡ máu và 48,3% biết về béo phì khi được hỏi về một số bệnh mạn tính không lây.

Bảng 3. Tỷ lệ người bệnh biết nguy cơ mắc 1 số bệnh khi bị hội chứng chuyển hóa

Các bệnh	TĐHV		Tiểu học(n = 194)		THCS trở lên(n = 123)		Chung(n = 317)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Đái tháo đường	93	47,9	80	65,0	173	54,6			<0,05
Tim mạch	134	69,1	87	70,7	221	69,7			>0,05
Không biết	40	20,6	19	15,4	59	18,6			>0,05
Khác	5	2,6	3	2,4	8	2,5			>0,05

Kết quả trong bảng 3: Có 69,7% và 54,6% đối tượng biết khi mắc HCCH sẽ có nguy cơ mắc tim mạch và ĐTD, trong đó nhóm có trình độ học vấn THCS trở lên (65%) biết nhiều hơn nhóm Tiểu học (47,9%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Tỷ lệ người bệnh biết những yếu tố thuận lợi làm tăng nguy cơ mắc hội chứng chuyển hoá

Yếu tố thuận lợi	TĐHV		Tiểu học(n = 194)		THCS trở lên(n = 123)		Chung(n = 317)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tuổi	103	53,1	66	53,7	169	53,3			>0,05
Béo phì	48	24,7	58	47,2	106	33,4			<0,05
Tiền sử gia đình	34	17,5	36	29,3	70	22,1			<0,05
THA	43	22,2	43	35,0	86	27,1			<0,05
RL mỡ máu	42	21,6	41	33,3	83	26,2			<0,05
Không biết	38	19,6	21	17,1	59	18,6			>0,05

Bảng 4 cho thấy: có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm trình độ THCS trở lên và nhóm trình độ Tiểu học ở các yếu tố thuận lợi: béo phì (47,2% và 24,7%), tiền sử gia đình (29,3% và 17,5%), THA (35% và 22,2%), rối loạn mỡ máu (33,3% và 21,6%) ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của tôi được tiến hành trên 317 bệnh nhân được đủ tiêu chuẩn nghiên cứu đang điều trị nội trú tại khoa Nội bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ, Thái Bình trong khoảng thời gian từ

tháng 8 năm 2018 đến tháng 12 năm 2018.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng đã nghe nói về HCCH khá cao, nam giới (84,4%) cao hơn nữ giới (75,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Biểu đồ 1). Điều này cũng

phù hợp với kết quả trong bảng 1: đối tượng được cung cấp thông tin về HCCH từ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao nhất (64,1%), tiếp đến là các phương tiện thông tin đại chúng (loa, đài, ti vi) chiếm 29,6%, thấp nhất là người thân (6,3%). Cần tiếp tục giáo dục, động viên người bệnh nên duy trì thói quen tìm hiểu thông tin qua nhân viên y tế nhiều hơn nữa để có biện pháp điều trị, theo dõi và phòng các biến chứng cho HCCH nói riêng và sức khỏe nói chung. Hiện nay, nhu cầu cần được giáo dục của người dân về kiến thức sức khỏe nói chung, cũng như về HCCH nói riêng là rất cao, đặc biệt là những người có trình độ học vấn hạn chế hoặc có kiến thức không đầy đủ, cần song song với các chiến lược giáo dục sức khỏe, cũng như phối hợp, đa dạng các biện pháp để truyền tải nội dung sức khỏe được thực hiện một cách có hệ thống [5].

Khi được hỏi về một số bệnh mạn tính không lây thì có đến 89,9% đối tượng biết về THA; 76% biết về ĐTĐ; 54,3% biết về Rối loạn mỡ máu và 48,3% biết về béo phì (bảng 2). Trong nghiên cứu này chúng tôi tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo trình độ học vấn khi hỏi về rối loạn mỡ máu và béo phì ($p < 0,05$). Cụ thể: trình độ THCS trở lên biết về rối loạn mỡ máu chiếm 67,5%; trình độ Tiểu học biết 45,6%. Về béo phì: nhóm có trình độ THCS trở lên chiếm tỷ lệ 61,0%; trình độ Tiểu học chiếm 40,2%. Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trình độ học vấn khi được hỏi về THA và ĐTĐ ($p > 0,05$). Chúng tôi cũng đã tiến hành tìm hiểu xem người bệnh có biết khi mắc HCCH thì nguy cơ cao sẽ mắc một số bệnh như ĐTĐ, tim mạch, không biết,... Có 54,6% đối tượng biết khi mắc HCCH sẽ có nguy cơ mắc ĐTĐ (bảng 3), trong đó nhóm có trình độ học vấn THCS trở lên (65%) biết nhiều hơn nhóm Tiểu học (47,9%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trình độ học vấn khi được hỏi về nguy cơ mắc bệnh Tim mạch, không biết, hay khác khi bị mắc HCCH ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của Ngô Kim Phụng và cộng sự đã cho thấy đối tượng nghiên cứu mặc dù không mắc HCCH, nhưng họ có kiến thức khá tốt về các thành tố của HCCH (86% biết về bệnh THA; 80,2% về bệnh ĐTĐ; 60,9% về rối loạn lipid máu; 62,9% về bệnh béo phì)[6].

Tỷ lệ người bệnh biết những yếu tố thuận lợi làm tăng nguy cơ mắc HCCH (Bảng 4) cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm trình độ THCS trở lên và nhóm trình độ Tiểu học ở các

yếu tố thuận lợi: béo phì (47,2% và 24,7%), tiền sử gia đình (29,3% và 17,5%), THA (35% và 22,2%), rối loạn mỡ máu (33,3% và 21,6%) ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt giữa nhóm trình độ THCS trở lên và nhóm trình độ Tiểu học ở các yếu tố thuận lợi: tuổi, không biết ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Đối tượng đã nghe nói về HCCH khá cao, nam giới (84,4%) cao hơn nữ giới (75,5%).

- Nguồn cung cấp thông tin về HCCH từ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao nhất (64,1%), tiếp đến là các phương tiện thông tin đại chúng (loa, đài, ti vi) chiếm 29,6%, thấp nhất là người thân (6,3%).

- Có 89,9% đối tượng biết về THA; 76% biết về ĐTĐ; 54,3% biết về Rối loạn mỡ máu và 48,3% biết về béo phì khi được hỏi về một số bệnh mạn tính không lây.

- Có 54,6% đối tượng biết khi mắc HCCH sẽ có nguy cơ mắc ĐTĐ. Có sự khác biệt về trình độ văn hóa khi được hỏi về các yếu tố thuận lợi: béo phì, tiền sử gia đình, THA, rối loạn mỡ máu.

Khuyến nghị: Nên bắt đầu và định kỳ giáo dục truyền thông về HCCH cho tất cả các bệnh nhân khi nhập viện cũng như trong thời gian nằm viện để có kế hoạch điều trị và chăm sóc dinh dưỡng cho hiệu quả, có kế hoạch đào tạo theo ngành dọc để dự phòng các bệnh có liên quan như Đái tháo đường, tim mạch do HCCH gây nên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Salvatore Mottillo (2010), "The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk", The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk. Vol. 56, No. 14, tr. 1113-1132.
2. International Diabetes Federation (2006), The IDF consensus worldwide definition of the METABOLIC SYNDROME, Belgium
3. Bộ Y tế (2015), Chiến lược Quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025.
4. Lê Thanh Đức, Nguyễn Văn Trí và Nguyễn Đức Công, Hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện đa khoa Vĩnh Long, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh 15 (2011) 271.
5. Qun wang (2019), "Metabolic Syndrome Knowledge among Adults with Cardiometabolic Risk Factors: A Cross-Sectional Study", Int. J. Environ. Res. Public Health 16, 159, 1-10.
6. Ngô Kim Phụng (2011), "Kiến thức về phòng ngừa hội chứng chuyển hóa ở người cao tuổi thành phố Cần Thơ", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. Tập 15, Số 1, tr. 98-104.
7. Yogita Rochlani (2017), "Metabolic syndrome: pathophysiology, management, and modulation by natural compounds", Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease. Vol. 11, tr. 215-225.
8. S. O'Neill and L. O'Driscoll, Metabolic syndrome: a closer look at the growing epidemic and its associated pathologies, Obesity reviews 16 (2015) 1.

HOÀN THIỆN KỸ THUẬT SHORT-REALTIME-PCR ĐỂ XÁC ĐỊNH ĐỘT BIẾN GEN MTHFR ỨNG DỤNG TRONG SÀNG LỌC CHẨN ĐOÁN SỚM BỆNH TỰ KỶ Ở TRẺ EM VIỆT NAM

Nguyễn Thị Trang¹, Triệu Tiến Sang²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tự kỷ được định nghĩa là một hội chứng thần kinh - hành vi sinh ra do bất thường chức năng của hệ thần kinh gây nên các rối loạn phát triển, ảnh hưởng đến nhiều mặt của sự phát triển nhưng nhiều nhất đến khả năng giao tiếp và quan hệ xã hội. **Mục đích nghiên cứu:** Hoàn thiện kỹ thuật Short-realtime-PCR để xác định đột biến gen C677T và A1298C gen MTHFR ở trẻ tự kỷ Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 trẻ tự kỷ và 30 trẻ bình thường được sử dụng kỹ thuật Short-realtime-PCR cải tiến để xác định đột biến gen MTHFR. **Kết quả:** Giảm được thể tích mẫu máu và hóa chất xuống còn 200µl. Tỷ lệ xuất hiện đa hình C677T và A1298C gen MTHFR ở nhóm bệnh tương ứng là 46,7% và 73,3%, trong đó, kiểu gen dị hợp tử C677T chiếm 33,3% và đồng hợp tử chiếm 13,3%, kiểu gen dị hợp tử A1298C chiếm 60,0% và đồng hợp tử chiếm 13,3%. Ở nhóm chứng chỉ gặp 13,3% dị hợp tử C677T và 20% dị hợp tử A1298C, không gặp trường hợp nào mang đồng hợp tử đa hình trong nhóm chứng. Kiểu gen CT+TT của đa hình C677T và AC+CC của đa hình gen A1298C có nguy cơ gây tự kỷ cao hơn kiểu gen bình thường với tỷ lệ tương ứng là 5,69 và 11,0. **Kết luận:** Cải tiến thành công kỹ thuật Short-realtime PCR để xác định đột biến gen MTHFR ở trẻ em tự kỷ VN.

SUMMARY

IMPROVING SHORT-REALTIME-PCR TECHNIQUE TO IDENTIFY MUTATIONS OF MTHFR GENE USED IN SCREENING FOR EARLY DIAGNOSIS OF AUTISM IN VIETNAMESE CHILDREN

Introduction: Autism is a complex neurodevelopment disorder with numerous possible genetic and environmental influences. **Aim of our study:** To complete the short-realtime-PCR procedure to identify C677T and A1298G gene mutations in MTHFR in Việt Nam autistic children. **Subjects and Methods:** 30 autistic children were diagnosed according to the DSM-IV standard and 30 normal children. Using improved- SHORT-ARMS-RETIME PCR technique to analyze MTHFR gene from peripheral blood DNA. **Results:** The polymorphism of C677T and A1298C gene MTHFR was 46.7% and 73.3%, respectively, of which C677T heterozygous 33.3% and homozygous 13.3%, heterozygous A1298C accounts for 60.0% and homozygous A1298C

accounts for 13.3%. In the control group, 13.3% of heterozygous C677T and 20% of A1298C. Not found any polymorphisms with homozygous genotype in the control group. The CT+TT genotypes of C677T polymorphism and AC+CC genotypes of A1298C polymorphism were significantly higher than those of the genotypes at 5.69 and 11.0, respectively. **Conclusion:** Successfully completed the IMPROVED-short-ARMS-realtime-PCR technique to identify in C677T and A1298C polymorphism of MTHFR gene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự kỷ hay còn gọi với những tên khác nhau như trẻ tự kỷ, tự kỷ, hội chứng Tự kỷ. Thuật ngữ "Autism" tức trẻ tự kỷ, xuất phát từ tiếng Hy Lạp với "autos" nghĩa là tự bản thân và "ismos" là trạng thái, mô tả trường hợp trẻ xa rời các quan hệ xã hội để thu mình vào thế giới riêng của bản thân [1]. Thuật ngữ lần đầu tiên được Eugen Bleuler, một nhà tâm thần học người Thụy Sĩ sử dụng vào năm 1911, ông cho rằng tự kỷ là hậu quả của bệnh lý tâm thần [2].

Tới năm 1943, Leo Kanner mô tả tự kỷ như một chứng rối loạn tâm thần hiếm gặp ở trẻ em, thường xuất hiện sau 2 tuổi rưỡi và coi đó như đối tượng của điều trị y học. Năm 1944, Hans Asperger - bác sĩ nhi khoa người Áo cũng mô tả các triệu chứng tương tự gọi là "tâm bệnh tự kỷ" mà về sau gọi là hội chứng Asperger (AS - Asperger's syndrome). Cuối những năm 50 đến những năm 60 của thế kỷ 20, quan niệm về tự kỷ đã có những thay đổi rõ rệt. Bernard Rimland (1964) và một số nhà nghiên cứu khác (thời kỳ 1960 - 1970) đã đưa ra những luận thuyết về bản chất sinh học của tự kỷ. Theo đó, quan điểm tự kỷ là một bệnh lý thần kinh đi kèm với tổn thương chức năng của não đã được sử dụng [2],[3],[4].

Năm 2008, tổ chức Liên Hiệp Quốc (UN - United Nations) đưa ra khái niệm tương đối đầy đủ và được sử dụng phổ biến hiện nay về tự kỷ như sau: Tự kỷ là một loại khuyết tật phát triển tồn tại suốt đời, thường được thể hiện ra ngoài trong 3 năm đầu đời. Tự kỷ là do một rối loạn thần kinh ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của não bộ, chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ em và người lớn ở nhiều quốc gia không phân biệt giới tính, chủng tộc hoặc điều kiện kinh tế - xã hội. Đặc điểm của nó là sự khó khăn trong tương tác xã hội, các vấn đề về giao tiếp bằng lời nói và

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang

Email: trangnguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.4.2019

Ngày duyệt bài: 12.4.2019

không bằng lời nói, có các hành vi, sở thích, hoạt động lặp đi lặp lại và hạn hẹp [3].

Mặc dù cơ chế sinh hóa và quá trình sinh lý bệnh dẫn đến trẻ tự kỷ chưa thực sự được làm rõ nhưng giống như các bệnh lý khác như tăng huyết áp, đái tháo đường... thì tự kỷ là bệnh lý di truyền đa nhân tố, trong đó yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng trong vấn đề khởi phát bệnh. Rất nhiều gen liên quan tới tự kỷ đã được nghiên cứu như MTHFR, RFC, TCN2, COMT, GSTM1, hội chứng NST X dễ gãy...[5]. Gen MTHFR mặc dù hiện còn nhiều bàn luận và chưa thống nhất nhưng nhiều tác giả thông qua một số nghiên cứu cho thấy rằng đột biến gen này là một trong những yếu tố nguy cơ cao của tự kỷ [6],[7]. *Mục tiêu nghiên cứu:*

1. Hoàn thiện kỹ thuật Short-PCR-realtime cải tiến để xác định đột biến C677T và A1298C của gen MTHFR

2. Xác định tỷ lệ xuất hiện đột biến gen MTHFR (C677T và A1298C) ở trẻ tự kỷ Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm bệnh: Là những trẻ được bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán xác định tự kỷ. - Chẩn đoán xác định trẻ tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM - IV, trẻ có ít nhất 6 dấu hiệu, trong đó: 2 dấu hiệu biểu hiện khiếm khuyết về chất lượng quan hệ xã hội; 1 dấu hiệu biểu hiện khiếm khuyết về chất lượng giao tiếp; 1 dấu hiệu có hành vi bất thường và được người giám hộ đồng ý cho tham gia nghiên cứu.

Nhóm chứng: Là học sinh các trường tiểu học và THCS khu vực Hà Nội, không bị bất thường

Bảng 1. Trình tự mỗi

Đa hình	Trình tự mỗi xuôi (Forward primer)	Trình tự mỗi ngược (Reverse primer)	Sản phẩm PCR (pb)
MTHFR C677T	5-TGC TGT TGG AAG GTG CAA GAT-3	RW 5-GCG TGA TGA TGA AAT CGG-3 RM 5-GCG TGA TGA TGA AAT CGA-3	226 226
MTHFR A1298C	5 -CCTTTGGGGAGCTGAA GGACTACTAC-3	RW 5-CAAAGGACTTCAAAGACAGTC-3 RM 5-GGTAAAGAACAAGACTTCA- AAGACTGTG-3	120 127

Sử dụng bộ kit DNA-express để tách chiết DNA và kỹ thuật Short - realtime - PCR nhân gen và phân tích đột biến là phương pháp tiết kiệm thời gian: trung bình 45 phút cho tách chiết DNA và 40 phút cho xác định đa hình gen. Như vậy kỹ thuật này có khả năng ứng dụng cao trong thực hành lâm sàng để xác định nhanh và chính xác kiểu gen của bệnh nhân tự kỷ để có biện pháp điều trị can thiệp sớm. Đặc biệt các thành phần phản ứng Short- realtime-PCR đã được chuẩn bị sẵn, chỉ cho thêm 5 µl ADN của đối tượng nghiên cứu.

nào về tâm lý hay liên quan đến hệ thần kinh.

• *Thời gian và địa điểm nghiên cứu:* Từ tháng 8 - 2017 đến 12 - 2018.

• *Địa điểm nghiên cứu:* Trung tâm tư vấn di truyền, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Mục tiêu 1: Chọn ngẫu nhiên 10 mẫu tinh dịch để hoàn thiện quy trình cải tiến, trong đó:

- 5 mẫu DNA của trẻ bị tự kỷ
- 5 mẫu DNA của trẻ bình thường

Mục tiêu 2:

• Công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu mô tả tính theo công thức của S.K.Luanga và Lemeshow:

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

Trong đó: 1- $\alpha/2$ = 0.95; ϵ = 0.10; p = 95% (độ chính xác của quy trình tham chiếu). n = số lần thực nghiệm cần thực hiện, tính được bằng 21, chúng tôi lấy số tròn là 30 cho nhóm bệnh và 30 cho nhóm chứng. Bao gồm cả 5 mẫu bệnh và 5 mẫu chứng ở trên.

Tách chiết AND: Sử dụng 5 mẫu chứng và 5 mẫu bệnh để tách DNA bằng cả 3 kỹ thuật: bộ kit tách chiết DNA-Syntol, bộ kit DNA-express của Lytech, Nga và DNA-express cải tiến từ bộ kit DNA-express của Lytech, Nga. Sau đó, 50 mẫu còn lại được tách được tách chiết DNA từ máu ngoại vi (chống đông EDTA) bằng kit tách DNA Express của hãng Lytech (Nga). Sử dụng kỹ thuật SHORT-ARMS - realtime - PCR để xác định các đột biến gen C677T và A1298G với trình tự mỗi:

Sau đó tiến hành lựa chọn ưu tiên chọn 8 mẫu có đột biến gen và 2 mẫu không có đột biến gen được phân tích đột biến bằng kỹ thuật giải trình tự gen Sanger.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu sau khi thu thập sẽ được xử lý, phân tích theo phương pháp thống kê y học.

Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016. Số liệu được xử lý bằng lập trình SPSS v.20.0 với các phép kiểm định, so sánh có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 hoặc p < 0,01.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu và thông tin nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan đã được xác nhận và chấp thuận bởi cơ sở nghiên cứu. Những thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ phục vụ công tác nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hoàn thiện kỹ thuật Short-realtime-PCR cải tiến để phát hiện đột biến gen MTHFR

3.1.1. Cải tiến kỹ thuật tách chiết DNA:

10 mẫu nghiên cứu được tách ADN bằng cả 3 phương pháp ADN-express (Lytech, Nga), tuy nhiên chúng tôi giảm thể tích máu và dung dịch tách ADN so với protocol hướng dẫn của hãng. Cụ thể, lượng máu ngoại vi là 200 μ l và dung dịch tách ADN là 200 μ l, thay vì 550 μ l máu ngoại vi và 550 μ l dung dịch tách ADN như trong protocol. Tiến hành kiểm tra độ tinh sạch đạt chuẩn thu được kết quả sau:

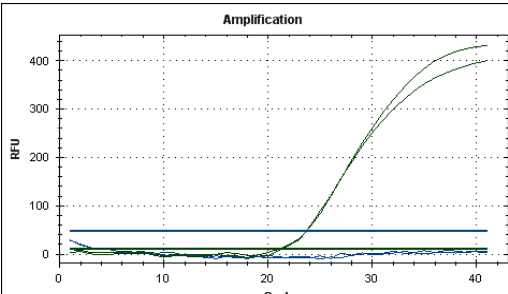
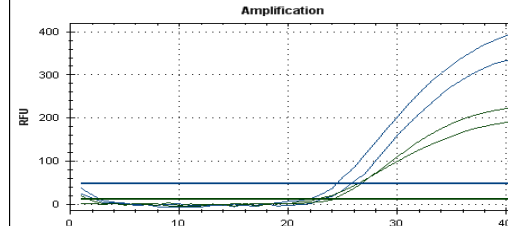
Bảng 2. Kết quả đo nồng độ ADN và xác định độ tinh sạch bằng máy quang phổ kế Nanodrof 2000.

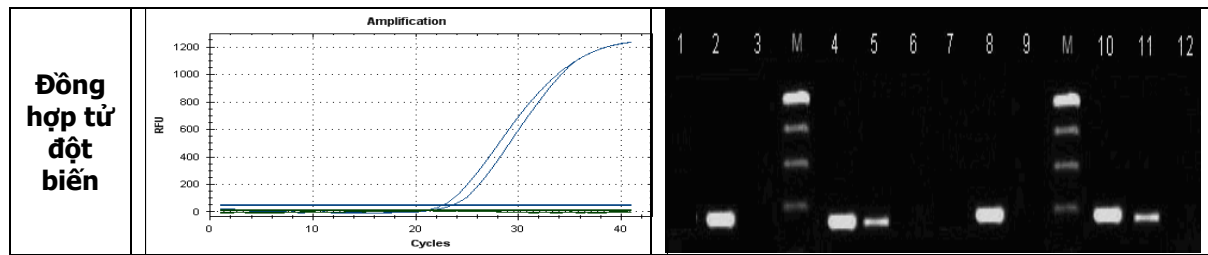
STT mẫu	Kit Syntol		Kit DNA-express		Kit DNA-express cải tiến	
	CdNA	OD	CdNA	OD	CdNA	OD
5 mẫu máu ở trẻ tự kỷ						
1	338,3	1,75	415,2	1,81	390,3	1,83
2	361,5	1,77	393,9	1,82	279,8	1,79
3	420,6	1,85	450,3	1,80	435,6	1,83
4	198,3	1,92	290,6	1,86	278,2	1,89
5	275,8	1,96	373,8	1,83	315,1	1,77
5 mẫu máu ở trẻ bình thường						
1	291,7	1,81	399,1	1,83	327,6	1,90
2	230,5	1,80	430,3	1,76	396,3	1,79
3	633,5	1,72	725,8	1,89	655,8	1,79
4	179,3	1,73	309,1	1,90	303,7	1,84
5	190,6	1,79	323,8	1,83	301,3	1,78

Nhận xét: Lượng ADN thu được từ các mẫu tương đối cao và ổn định với nồng độ cao nhất đạt 655,8 ng/ μ l, thấp nhất đạt 278,2 ng/ μ l; độ tinh sạch cao nhất là 1,90 thấp nhất là 1,77.

3.1.2. Kết quả Realtime - PCR và kết quả điện di khi tách DNA bằng bộ kit DNA-express cải tiến

Bảng 3. Kết quả Realtime – PCR và kết quả điện di

Kiểu gen	Kit short-Realtime-PCR	Kit PCR - điện di
Bình thường	 Ghi chú: - Hex (xanh lá cây): Alen bình thường - Fam (xanh nước biển): Alen đột biến	 Ghi chú: 1,4: Bệnh nhân với alen C677 & T677 7,10: Bệnh nhân với alen A1298 & C1298 2,8: Chứng dương alen C677 & A1298 3,9: Chứng âm alen C677 & A1298 5,11: Chứng dương alen T677 & C1298 6,12: Chứng âm alen T677 & C1298
Đột biến		



Nhận xét: Hình ảnh sau khi chạy bằng kỹ thuật short-realtime-PCR cho kết quả rõ nét, đảm bảo yêu cầu, dù đã cải tiến ở bước tách chiết DNA.

3.2. Xác định đột biến gen MTHFR bằng kỹ thuật SHORT Realtime - PCR

Bảng 4. Kết quả xác định đột biến gen bằng kỹ thuật SHORT-realtime-PCR

Đa hình	Kiểu gen	Nhóm bệnh N (%)	Nhóm chứng	X ² (p)	OR (CI, 95%)
C677T	CC	16 (53,3%)	26 (87,7%)	7,94	0,18 (0.05 – 0.63)
	CT + TT	14 (46,7%)	4 (13,3%)	(0,005)	5,69(1.59 – 20.33)
A1298G	AA	8 (26,7%)	24 (80,0%)	17,14	0,09 (0.03 – 0.30)
	AC+CC	22 (73,3%)	6 (20,0%)	(0,0001)	11,0 (3.29 – 36.75)

Nhận xét: Khảo sát kiểu gen C677T gen MTHFR nhận thấy ở nhóm bệnh có 10 trẻ mang kiểu gen dị hợp tử (chiếm 33,3%) và 4 trẻ mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến (chiếm 13,3%). Trong khi đó ở nhóm chứng không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến, tuy nhiên gặp 4 trẻ mang kiểu gen dị hợp tử đột biến (chiếm 13,3%). Kiểu gen CT-TT có nguy cơ cao gây bệnh tự kỷ gen bình thường CC.

Khảo sát kiểu gen A1298C gen MTHFR ghi nhận ở nhóm bệnh 18 trẻ mang kiểu gen dị hợp tử (chiếm tỷ lệ 60,0%) và 4 trẻ mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến (chiếm tỷ lệ 13,3%). Trong khi đó ở nhóm chứng gặp 6 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử đột biến (chiếm tỷ lệ 20%). Không ghi nhận bất kỳ trường hợp đồng hợp tử đột biến nào ở nhóm chứng. Kiểu gen AC+CC có nguy cơ cao gây tự kỷ gấp 11 lần so với kiểu gen AA.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tách chiết ADN bằng bộ kit ADN-EXPRESS cải tiến. Bước đầu tiên của kỹ thuật SHORT-ARMS- REALTIME - PCR cũng như hầu hết các kỹ thuật sinh học phân tử khác là tách chiết ADN, đây là công đoạn rất quan trọng. Để các phản ứng tiếp theo được tối ưu và chính xác, mẫu ADN cần đảm bảo đủ nồng độ, độ tinh sạch, không bị đứt gãy trong quá trình tách chiết. Trong nghiên cứu này, sử dụng bộ kit ADN-EXPRESS để tách ADN, tuy nhiên thay vì sử dụng 550µl ADN-express và 550µl máu ngoại vi như trong protocol của hãng, chúng tôi đã dùng 200µl ADN-express và 200µl máu ngoại vi. Việc này nhằm giúp tiết kiệm được tối đa lượng hóa chất tách chiết cần thiết, góp phần giảm giá dịch vụ, đồng thời phù hợp với việc lấy mẫu ở những trẻ tự kỷ vốn rất khó khăn.

Kết quả thu được vẫn đảm bảo nồng độ ADN với độ OD đạt tiêu chuẩn, cho phép tiến hành Short-realtime-PCR. Như vậy, bước này cải tiến giảm thể tích hóa chất tách chiết, giúp giảm giá dịch vụ mà vẫn đảm bảo được độ chính xác.

Kỹ thuật SHORT- ARMS – REALTIME PCR (kỹ thuật thiết kế mồi đặc hiệu theo đặc điểm đột biến) là kỹ thuật mới được áp dụng gần đây trong việc phát hiện các đột biến của gen MTHFR. Phản ứng dùng mồi thường và mồi đột biến đã được trộn sẵn giúp nhận định kiểu gen qua tín hiệu huỳnh quang FAM và HEX. Tổng thời gian trong vòng 40 phút đã hoàn thành phản ứng PCR. Quy trình kỹ thuật đơn giản, chỉ cần trộn thêm 5 µl DNA vào hỗn hợp phản ứng PCR đã được nhà sản xuất chuẩn bị sẵn.

4.2. Xác định đột biến gen MTHFR bằng kỹ thuật SHORT Realtime – PCR cải tiến

Nếu so sánh với số liệu từ các nghiên cứu bệnh chứng khác với nhóm chứng cùng độ tuổi hơn thì tần số alen đột biến T677 nhóm trẻ tự kỷ của chúng tôi (46,7%) cũng cao hơn nhóm trẻ không mắc bệnh tự kỷ ở các nghiên cứu của Shawky (15%) [8] hay của Mohammad (7,5%).

Tần số alen đột biến C1298 trong nhóm trẻ tự kỷ của chúng tôi (73,3%) cũng cao hơn nhóm chứng từ nghiên cứu của Park Jungwon (16,1%) [6], hay từ nghiên cứu Boris (32%) [7].

Như vậy, tần số alen đột biến ở 30 trẻ tự kỷ trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn so với tần số alen đột biến ấy trong nhóm chứng của một số nghiên cứu khác.

Sự phân bố theo số lượng alen đột biến trong mỗi trẻ tự kỷ cũng được thống kê và phân tích. Tỷ lệ trẻ không mang alen đột biến nào thuộc hai đột biến nêu trên là 13,3% tương tự kết quả nghiên cứu của Mohammad (18,8%) [6], nhưng

cao hơn so với nghiên cứu của Boris (2%). Có 60% số trẻ mang 1 alen đột biến hoặc T677 của đột biến C677T hoặc C1298 của đột biến A1298C cao hơn so với phân tích của Boris (44,6%). Chúng tôi nhận thấy trong 86,7% trẻ tự kỷ mang gen đột biến thì 10% trẻ mang kiểu gen dị hợp tử kép đột biến 677CT/1298AC, kết quả của Boris tỷ lệ này cao hơn, chiếm 25%. Nghiên cứu của Boris không ghi nhận trường hợp nào mang 4 alen đột biến (mang phôi hợp kiểu gen 677TT/1298CC) [7], tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 01 trường hợp mang 4 alen đột biến.

V. KẾT LUẬN

1. Cải tiến thành công kỹ thuật short-ARMS-realtime-PCR để xác định đột biến gen C677T và A1298C gen MTHFR:

- Thay thế thành công kit tách DNA-Syntol bằng kit DNA-express

- Giảm thành công thể tích mẫu và thể tích hóa chất từ 550μl xuống còn 200 μl

2. Bước đầu xác định được mối liên quan giữa đột biến gen C677T và A1298C gen MTHFR với nguy cơ tự kỷ ở trẻ em Việt Nam:

- Tỷ lệ xuất hiện đa hình C677T và A1298C gen MTHFR ở nhóm bệnh tương ứng là 46,7% và 73,3%, trong đó, kiểu gen dị hợp tử C677T chiếm 33,3% và đồng hợp tử chiếm 13,3%, kiểu gen dị hợp tử A1298C chiếm 60,0% và đồng hợp tử chiếm 13,3%. Ở nhóm chứng chỉ gặp 13,3% dị hợp tử C677T và 20% dị hợp tử A1298C, không

gặp trường hợp nào mang đồng hợp tử đa hình trong nhóm chứng.

- Kiểu gen CT+TT của đa hình C677T và AC+CC của đa hình gen A1298C có nguy cơ gây tự kỷ cao hơn kiểu gen bình thường với tỷ lệ tương ứng là 5,69 và 11,0.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Geeta Gore, J. Pai-Dhungat (2015).** Autism - Need for Awareness. Journal of the association of physicians of india, 63, 71-72.
2. **Bleuler, Eugen (1911).** Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien, Germany.
3. **Vũ Thị Bích Hạnh (2007).** Tự kỷ phát hiện sớm và can thiệp sớm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Attwood T. (1998).** Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals, Jessica Kingsley Publishers, London.
5. **S. Jill James, Stepan Melnyk, A. Mario Cleves et al (2006).** Metabolic endophenotype and related genotypes are associated with oxidative stress in children with autism. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 141B(8), 947-956.
6. **Marvin Boris MD, Allan Goldblatt PA, Joseph Galanko PhD et al (2004).** Association of MTHFR Gene Variants with Autism. Journal of American Physicians and Surgeons, 9(4), 106-108.
7. **Vandana Rai (2016).** Association of methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) gene C677T polymorphism with autism: evidence of genetic susceptibility. Metab Brain Dis, 31(4), 727-735.
8. **R. M. Shawky, Farida El-baz, T. M. Kamal et al (2014).** Study of genotype-phenotype correlation of methylene tetrahydrofolate reductase (MTHFR) gene polymorphisms in a sample of Egyptian autistic children. The Egyptian Journal of Medical Human Genetics, (15), 335-341.

HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ BỆNH GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU Ở NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN NHẬT TÂN

Châu Hữu Hầu*, Đỗ Thị Quốc Trinh**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu về hai bệnh lý có thể gặp ở nhân viên y tế là hội chứng chuyển hóa và bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu, nhằm đưa ra các khuyến cáo điều trị và dự phòng. **Phương pháp:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện ở Bệnh viện Nhật Tân TP Châu Đốc, An Giang năm 2018. Nghiên cứu áp dụng tiêu chí của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF) cập nhật năm 2006 đối với hội chứng chuyển hóa và tiêu chí chẩn đoán bằng

fibroscan đối với bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu.

Kết quả: Trong tổng số 258 NVYT được khám và chẩn đoán có 46 người mắc hội chứng chuyển hóa, chiếm 17,8%; có 102 người mắc bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu, chiếm 39,5%. Một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến mắc hội chứng chuyển hóa là tuổi đời, chỉ số khối cơ thể (BMI) và thông số giảm âm được kiểm soát (CAP). Tuổi càng lớn, BMI và CAP càng cao dẫn đến hội chứng chuyển hóa càng nhanh. Tỷ lệ đồng mắc giữa 2 thể bệnh khá cao: bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu chồng lấp với hội chứng chuyển hóa 82,6% và ở chiều ngược lại là 37,2%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu là lời cảnh báo về tỷ lệ mắc khá cao của 2 bệnh trên nhân viên y tế ở Bệnh viện Nhật Tân nói riêng và các nhân viên y tế nói chung. Đây là một vấn đề cần được giải quyết bằng nhiều biện pháp như điều trị bằng thuốc, dự phòng chủ động như luyện tập thân thể, giảm cân, giảm yếu tố nguy cơ, v.v...

*Bệnh viện đa khoa Nhật Tân, TP Châu Đốc, An Giang
Chịu trách nhiệm chính: Châu Hữu Hầu
Email: benhviennhattan@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.2.2019
Ngày phản biện khoa học: 3.4.2019
Ngày duyệt bài: 15.4.2019

Từ khóa và viết tắt: Hội chứng chuyển hóa (HCCH), bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (BGNMKDR), nhân viên y tế (NVYT), BMI, CAP.

SUMMARY

METABOLIC SYNDROME AND NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN MEDICAL STAFF OF NHAT-TAN HOSPITAL

Objective: We studied two common conditions in health workers: Metabolic syndrome (MS) and non alcoholic fatty liver disease (NAFLD) to provide specific recommendations. **Methods:** The descriptive cross-sectional study was conducted at Nhat Tan Hospital Chau Doc City in 2018. For metabolic syndrome we used the 2006 update criteria of International Diabetes Federation (IDF). NAFLD is diagnosed by fibroscan, except for severe alcoholism, no chronic liver disease (hepatitis B, C) as well as other causes. **Results:** A total of 258 health care workers were examined and diagnosed on the occasion of the annual health examination, the MS was found in 46 people (17.8%); NAFLD occurred in 102 people (39.5%). Using multivariate logistic regression to see the risk factors affecting MS, only age and Body Mass Index (BMI), CAP (Controlled Attenuation Parameter) are statistically significant. The older you get, the higher BMI and CAP lead to faster MS. The overlap between the two diseases is quite high: NAFLD overlaps with MS of 82.6% and MS in NAFLD 37.2%. **Conclusions:** The research results are a warning about the high incidence of 2 diseases on HCW at Nhat Tan Hospital in particular and HCW in general. This is a problem that needs to be solved by many methods such as treatment with drugs, active prophylaxis such as physical training, weight loss, risk reduction, etc.

Keywords and abbreviations: Metabolic syndrome (MS), non alcoholic fatty liver disease (NAFLD), Health care workers (HCW), BMI, CAP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một tình trạng bệnh lý khá phổ biến ở những cộng đồng dân cư có đời sống phát triển, đi cùng với một số thói quen sinh hoạt thiếu khoa học. Theo khảo sát toàn cầu về béo phì ở 195 quốc gia vào năm 2015 thì thấy 604 triệu người lớn và 108 triệu trẻ em có béo phì. Từ năm 1980, tỷ lệ béo phì tăng gấp đôi ở 73 quốc gia. Một trong những tiêu chí quan trọng nhất của HCCH là béo phì. Béo phì có liên quan đến kháng insulin trong chuyển hóa glucose ngoại biên và axit béo, thường dẫn đến đái tháo đường typ 2. Kháng insulin kết hợp với tăng insulin máu, tăng đường huyết và cytokine tế bào mỡ có thể dẫn đến rối loạn chức năng nội mô mạch máu, tăng mỡ máu, tăng huyết áp... Tất cả thúc đẩy phát triển xơ vữa mạch máu. Bệnh tuy không nghiêm trọng, nguy hiểm nhưng nếu không được phát hiện và điều trị sớm có thể gây nhiều hệ lụy về sức khỏe. HCCH có cùng các

yếu tố nguy cơ chuyển hóa cho cả đái tháo đường và bệnh tim mạch [1]. Ngoài ra HCCH có mối liên quan với bệnh gan nhiễm mỡ, thúc đẩy quá trình bệnh lý về gan được coi là nguy hiểm hơn [6,8].

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (BGNMKDR) là tình trạng nhiễm mỡ trong gan khi không có nguyên nhân gây nhiễm mỡ gan thứ cấp (như nghiện rượu nặng), bệnh có thể tiến triển đến xơ gan. BGNMKDR được chia thành hai thể: (i) Gan nhiễm mỡ mà không có tình trạng viêm đáng kể (NAFL); và (ii) Gan nhiễm mỡ kèm tình trạng viêm gan (NASH) [3].

BGNMKDR xảy ra trên toàn thế giới với tỷ lệ mắc khá thay đổi từ 6-35%. Lứa tuổi mắc thường từ 40 hoặc 50 tuổi. Bệnh nhân BGNMKDR (nhất là ở BN thể NASH) thường có một hoặc nhiều thành phần của HCCH có mặt: béo phì, tăng HA, rối loạn lipid máu, kháng insulin hoặc mắc đái tháo đường. Các bệnh khác liên quan đến GNMKDR, độc lập với bệnh béo phì, gồm viêm gan virus B, C, hội chứng buồng trứng đa nang, suy giáp, ngưng thở khi ngủ, suy tuyến yên [3].

Chẩn đoán BGNMKDR đòi hỏi chứng minh qua chẩn đoán hình ảnh, loại trừ tình huống nghiện rượu nặng, loại trừ các nguyên nhân khác gây nhiễm mỡ gan và không có bệnh gan mạn cùng tồn tại [3]. Mối quan hệ giữa GNMKDR và HCCH rất phức tạp và có thể liên kết hai chiều. Thay đổi lối sống, bao gồm chế độ ăn uống và hoạt động thể chất vẫn là tiêu chuẩn chăm sóc cho bệnh nhân BGNMKDR và HCCH [4]. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ mắc 2 thể bệnh ở NVYT của bệnh viện Nhật Tân, một số yếu tố nguy cơ mắc HCCH cũng như mối liên quan chồng lấp giữa 2 bệnh, qua đó có những khuyến cáo tích cực cho điều trị và dự phòng bệnh đối với NVYT nói riêng, cộng đồng dân cư nói chung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả nhân viên của bệnh viện Nhật Tân (290 người), không phân biệt tuổi và giới tính. Đối tượng loại trừ là các nhân viên nghỉ việc, đang mang thai hoặc nghỉ sau sinh, đi học, người không đồng ý tham gia: 32 người. Số được đưa vào nghiên cứu: 258 người.

2.2 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có kết hợp phân tích xác định yếu tố ảnh hưởng tình trạng mắc HCCH.

2.3 Biện pháp tiến hành: Bệnh viện tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho nhân viên với các chỉ số huyết áp, cân nặng, chiều cao, vòng eo (đo tại điểm giữa bờ dưới của xương sườn

cưỡi và bờ trên gai chấu). Ngoài ra tiến hành làm thêm các xét nghiệm cần thiết cho nghiên cứu: Sinh hóa (AST, ALT, GGT, glucose, HDL-C, triglyceride), Marker viêm gan (HBsAg, HBsAb, Anti-HCV). Fibroscan để xác định mức độ xơ gan và nhiễm mỡ gan.

2.4 Tiêu chí xác định HCCH: Chúng tôi dùng tiêu chí của IDF (International Diabete Federation) cập nhật năm 2006 [2] được ưa dùng nhất hiện nay.

- Béo phì trung tâm với vòng eo khác nhau theo từng chủng tộc: Người Nam Á dựa vào số liệu Trung Quốc, Malay và người gốc Á ở Mỹ: nam ≥ 90 cm và nữ ≥ 80 cm.

Cộng với bất kỳ 2 trong số các thành tố sau đây:

- Triglyceride ≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l) hoặc điều trị tăng triglyceride

- HDL-C nam < 40 mg/dl (1,03mmol/l); nữ < 50 mg/d (1,29mmol/l) hoặc có điều trị

- Huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg, huyết áp tâm trương ≥ 85 hoặc điều trị THA

- FPG ≥ 100 mg/dL (5,6mmol/l) hoặc đái tháo đường typ 2 đã được chẩn đoán; có thể dùng thử nghiệm dung nạp glucose ở bệnh nhân bị FPG tăng, nhưng không bắt buộc.

2.5 Đo gan nhiễm mỡ (BGNMKDR) bằng fibroscan: Đây là một thiết bị không xâm lấn giúp đánh giá độ cứng của gan dựa trên sóng biến dạng được tạo ra bởi một xung cơ học bên ngoài nhờ bộ rung 50 Hz. Tốc độ sóng biến dạng được đo bởi một đầu dò siêu âm một chiều 3,5 Hz. FibroScan đo độ cứng gan từ 2,5 đến 75 kPa. Xác định độ nhiễm mỡ qua thông số giảm âm có kiểm soát (CAP). Từ các tín hiệu siêu âm khi đo độ cứng của gan, tính ra CAP, đơn vị đo decibel/m (dB/m).

2.6 Xử lý thông kê: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Dùng phép hồi qui logistic đa biến để phân tích một số yếu tố nguy cơ của HCCH. Số liệu có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$

2.7 Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được hỏi ý kiến đồng thuận trước khi được đưa vào danh sách nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân được giữ bí mật và không công bố danh tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thăm khám và xét nghiệm 258 đối tượng NVYT bệnh viện, tuổi trung bình 33,8, thấp nhất 21 và cao nhất 77. Trong số này, nữ chiếm 155 (60,1%), dân tộc ít người là 11 (4,3%). Số người có tăng huyết áp là 21 (8,1%), có tiền sử uống rượu là 38 người (14,7%). Số người nhiễm virus viêm gan B là 9, chiếm 3,5%. Chỉ có một người bị viêm gan C đã được điều trị hết bệnh. Có tất cả 40 người bị tiền đái tháo đường (15,5%) và 4 người đái tháo đường đang điều trị.

BGNMKDR trong nghiên cứu này chỉ gồm toàn các trường hợp gan nhiễm mỡ không do rượu, không có trường hợp nào được chẩn đoán viêm gan nhiễm mỡ (NASH). BGNMKDR được chẩn đoán qua thông số giảm âm được kiểm soát (CAP) như bảng dưới đây.

Bảng 1. Thông số giảm âm được kiểm soát (CAP) mức độ 0, 1, 2, 3

Đối tượng	Số lượng	Tỷ lệ %
Không mắc bệnh (Độ 0: 100-233dB/m)	156	60,5
Có BGNMKDR	102	39,5
Độ 1 (234-258 dB/m)	50	19,4
Độ 2 (259-290 dB/m)	27	10,5
Độ 3 (>290 dB/m)	25	9,6

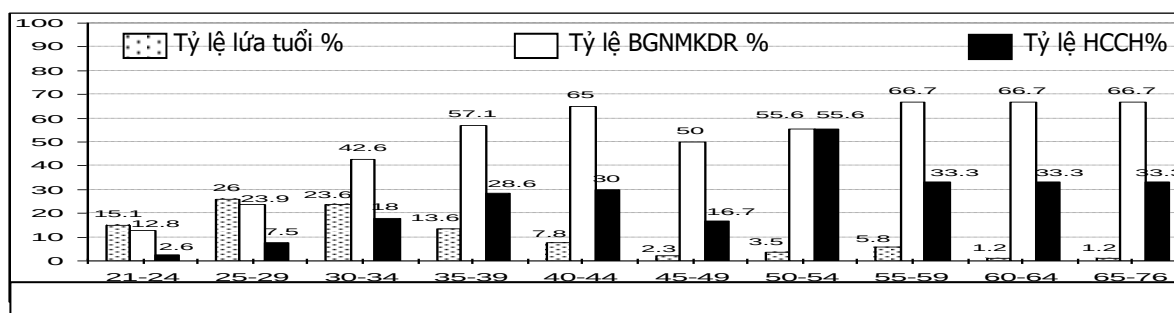
Bảng 2. Tỷ lệ mắc HCCH theo tiêu chí IDF

Đối tượng	Số lượng	Tỷ lệ %
Không mắc HCCH	212	82,2
Có mắc HCCH	46	17,8
Có 3 YTNC(*)	29	11,2
Có 4 YTNC	14	5,4
Có 5 YTNC	3	1,2

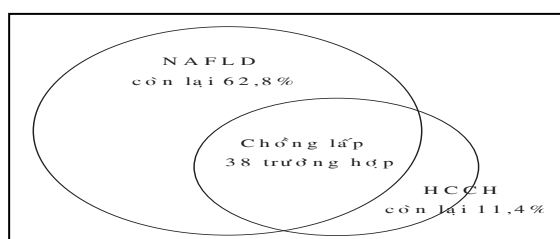
Ghi chú: YTNC(*): Yếu tố nguy cơ (yếu tố xác định bệnh)

Bảng 3. Tỷ lệ mắc GNMKDR ($\geq$ độ 1) và HCCH theo lứa tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %	GNMKDR		HCCH	
			Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
21-24	39	15,1	5	12,8	1	2,6
25-29	67	26,0	16	23,9	5	7,5
30-34	61	23,6	26	42,6	11	18,0
35-39	35	13,6	20	57,1	10	28,6
40-44	20	7,8	13	65,0	6	30,0
45-49	6	2,3	3	50,0	1	16,7
50-54	9	3,5	5	55,6	5	55,6
55-59	15	5,8	10	66,7	5	33,3
60-64	3	1,2	2	66,7	1	33,3
65-76	3	1,2	2	66,7	1	33,3
Cộng	258	100%	102	39,5	46	17,8



Hình 1 : Biểu đồ tỷ lệ mắc BGNMKDR và HCCH theo lứa tuổi



Hình 2. Chồng lấp giữa BGNMKDR và HCCH

Kết quả về tình trạng đồng mắc bệnh (chồng lấp) của BGNMKDR vào HCCH 38/46, chiếm 82,6%; và chồng lấp HCCH vào BGNMKDR là 38/102, chiếm 37,2%

Bảng 4. Xác định các yếu tố nguy cơ của HCCH

Yếu tố nguy cơ	Giá trị OR	95.0%CI của OR	
Tuổi	1,050	1,013	1,088
BMI	1,480	1,243	1,762
CAP	1,012	1,002	1,023
Hằng số	0,000		

Dùng hồi quy logistic đa biến phân tích các yếu tố nguy cơ như tuổi, giới, dân tộc, mức độ xơ hóa gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, BMI, CAP. Kết quả chỉ có 3 yếu tố là tuổi đời, BMI và CAP cho kết quả giá trị tỷ suất chênh OR lớn hơn 1.0, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 290 NVYT của bệnh viện Nhật Tân, có 258 người đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu. HCCH xảy ra ở 46 người, chiếm 17,8%, trong khi bệnh BGNMKDR xảy ra ở 102 người, chiếm 39,5%. Tỷ lệ NVYT bị HCCH trong nghiên cứu của chúng tôi 17,8% cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoạch, Trần Bảo Ngọc [5] nghiên cứu vào năm 2015 ở cán bộ bảo vệ sức khỏe tỉnh Thái Nguyên với tỷ lệ mắc HCCH là 13,9% theo tiêu chí của ATP III. Sự khác biệt này không có ý nghĩa do tiêu chí chẩn đoán HCCH theo IDF của chúng tôi áp dụng có thể cao hơn từ 15-20% so với tiêu chí ATP III [1]. Nghiên cứu của Huỳnh Kim Phượng [6] trên người khám sức khỏe trong năm 2017 với 489 trường hợp tại khoa Chăm sóc

sức khỏe bệnh viện Chợ Rẫy với các kết quả như sau: tuổi trung bình 43, HCCH 29%, BGNMKDR 26%, viêm gan nhiễm mỡ do rượu (ASH) 8,4%. HCCH tương quan thuận có ý nghĩa với BGNMKDR ($OR=3,804$; $p < 0,001$). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc HCCH và BGNMKDR đều cao hơn Huỳnh Kim Phượng và không có trường hợp nào bị viêm gan nhiễm mỡ do rượu. Điều này có thể lý giải là tuổi trung bình của nhân viên bệnh viện chúng tôi còn khá trẻ (trung bình 33,8) và đa số là nữ (60,1%). Nhiều nghiên cứu cũng đã xác định 2 thể bệnh này tỷ lệ thuận theo tuổi [8].

Hai thể bệnh nghiên cứu xảy ra phổ biến đến nỗi có tác giả cho rằng BGNMKDR là một thành tố khác nữa, ngoài 4 thành tố theo IDF, của HCCH. Nhưng có tác giả cho rằng BGNMKDR là một biểu hiện gan phổ biến nên dễ xảy ra ở bệnh nhân HCCH [8].

Hai bệnh cảnh HCCH và BGNMKDR thường đồng mắc lên nhau. Thậm chí có tác giả còn cho rằng BGNMKDR là một biểu hiện gan nặng của HCCH [8]. Shil và cs [7] thì HCCH (theo IDF) được ghi nhận đã có mặt trong 62,25% trường hợp bệnh nhân BGNMKDR. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này là 37,2%, trong khi đó BGNMKDR có mặt lên đến 82,6% người HCCH. Nghiên cứu của Hu và cs [8] vào năm 2017 nhằm mục đích nghiên cứu mối tương quan giữa CAP, HCCH và các thành phần của nó ở bệnh nhân mắc BGNMKDR ở người trung niên và người cao tuổi cho thấy CAP tăng, tỷ lệ lưu hành của các thành phần HCCH, và số lượng thành phần HCCH khác nhau tăng đáng kể. Nghiên cứu của chúng tôi, dùng hồi quy logistic đa biến, để xem xét các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến HCCH như giới tính, tình trạng xơ hóa gan, dân tộc... Nhưng chỉ có tuổi, BMI và CAP là cho kết quả có ý nghĩa thống kê. HCCH tăng theo tuổi, BMI và CAP lần lượt là $OR: 1,050$ (KTC 95% $1,013-1,088$), $1,480$ ($1,243-1,762$) và $1,012$ ($1,002-1,023$), với $p < 0,05$. Tuổi càng lớn, BMI và CAP càng cao càng dẫn đến HCCH càng nhanh.

Điều trị và điều trị dự phòng cho hai thể bệnh

này cần thay đổi lối sống bao gồm liệu pháp ăn uống và tập thể dục. Trước hết cần quan tâm cải thiện tình trạng béo phì bằng nhiều biện pháp giảm cân vì đây là tiêu chí hàng đầu của HCCH, chưa kể giảm cân có liên quan đến cải thiện mô học gan. Bệnh nhân cũng được khuyên nên kiêng rượu và điều trị các yếu tố nguy cơ liên quan đến 2 thể bệnh này [1]. Và đây là mục tiêu của đề tài nhằm dự phòng, giảm thiểu nguy cơ xảy ra cũng như điều trị 2 thể bệnh này nhằm nâng cao sức khỏe của các NVYT của bệnh viện chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa và gan nhiễm mỡ không do rượu khá cao ở NVYT của bệnh viện Nhật Tân, lần lượt là 17,8% và 39,5%. Tình trạng đồng mắc bệnh của hai bệnh rất cao: 82,6% (BGNMKDR vào HCCH) và 37,2% (HCCH vào BGNMKDR). Có ít nhất 3 yếu tố nguy cơ làm tăng tình trạng mắc hội chứng chuyển hóa là tuổi đời, chỉ số BMI và chỉ số CAP trong cộng đồng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu là lời cảnh báo về tỷ lệ mắc khá cao của 2 thể bệnh này trên ở Bệnh viện Nhật Tân nói riêng và các nhân viên y tế nói chung. Đây là một vấn đề cần được giải quyết bằng nhiều biện pháp như điều trị bằng thuốc, dự phòng chủ động như luyện tập thân thể, giảm cân, giảm yếu tố nguy cơ, v.v...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saklayen MG.** The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Current Hypertension Reports* (2018) 20: 12
2. **Meigs JB, Nathan DM, Wolfson JI, Kunins L.** The metabolic syndrome (insulin resistance syndrome or syndrome X). [https:// www.uptodate.com/contents/](https://www.uptodate.com/contents/)
3. **Sheth SG, Chopra S, Lindor KD, Robson KM.** Epidemiology, clinical features, and diagnosis of nonalcoholic fatty liver disease in adults. Sep 2018. <https://www.uptodate.com/>
4. **Kim D, Touros A, Kim WR.** Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Metabolic Syndrome. *Clin Liver Dis.* 2018 Feb;22(1):133-140.
5. **Nguyễn Thị Hoạch, Trần Bảo Ngọc.** Một số chỉ số hóa sinh máu liên quan đến hội chứng chuyển hóa ở cán bộ thuộc diện bảo vệ sức khỏe tinh Thái Nguyên. *Khoa học và công nghệ (ĐH Thái Nguyên).* 2015, 12, tr 189-193.
6. **Huỳnh Kim Phượng.** Tương quan giữa gan nhiễm mỡ với hội chứng chuyển hóa và tăng acid uric máu. *Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 21, số 5,* 2017.
7. **Shil BC, Saha M, Ahmed F, Dhar SC.** Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Study of Demographic and Predictive Factors. *Euroasian J Hepatogastro- enterol.* 2015 Jan-Jun;5(1):4-6.
8. **Hu YY, Dong NL, Qu Q, Zhao XF, Yang HJ.** The correlation between controlled attenuation parameter and metabolic syndrome and its components in middle-aged and elderly nonalcoholic fatty liver disease patients. *Medicine (Baltimore).* 2018 Oct;97(43).

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Văn Hương*, Vũ Hồng Vân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả, đánh giá đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân nhồi máu não trên người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** 37 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán nhồi máu não dựa vào lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính sọ não theo tiêu chuẩn của hội Đột quỵ Thế giới. Các bệnh nhân được khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cần thiết để đánh giá triệu chứng lâm sàng và các yếu tố nguy cơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình $74,1 \pm 9,3$. Nữ giới chiếm 62%, nam chiếm 38%. Về triệu chứng lâm sàng: liệt nửa người 89,2%, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác nửa người, tăng phản xạ gân xương đều 50%. Liệt VII Trung ương chiếm gần 50%. Số bệnh nhân có biểu hiện đau đầu và chóng

mặt lần lượt chiếm 45,9% và 56,8%. Yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, xơ vữa động mạch cảnh chiếm tỷ lệ cao trên 75%. Đái đường type 2 chiếm 50%. Bệnh tim mạch, hút thuốc lá, nghiện rượu chiếm tỷ lệ ít hơn, lần lượt là 24,3%; 35,3% và 24,3%. **Kết luận:** Trên bệnh nhân nhồi máu não ở người cao tuổi: Đa số bệnh nhân có liệt nửa người chiếm 89,2%. Rối loạn ngôn ngữ trên 50%. Có liệt VII TW gần 50%. Các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, xơ vữa động mạch cảnh chiếm tỷ lệ trên 75%. Đái đường type 2 chiếm 50%. Số bệnh nhân bị bệnh tim mạch, hút thuốc lá, nghiện rượu chiếm tỷ lệ ít hơn dưới 35%.

Từ khóa: Nhồi máu não, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

STUDY CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF PATIENTS WITH CEREBRAL INFARCTION IN THE ELDERLY

Objectives: The study aims to describe and assess the clinical characteristics and risk factors of patients with cerebral infarction in the elderly. **Subjects and methods:** 37 patients aged 60 and older were diagnosed with clinical cerebral infarction

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hương

Email: vanhuong73@hotmail.com

Ngày nhận bài: 26.2.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.4.2019

Ngày duyệt bài: 11.4.2019

and cerebral CT scans according to the standards of the World Stroke Association. Patients receive a physical examination and do the necessary tests to assess clinical symptoms and risk factors. **Results:** Average age of 74.1 ± 9.3 . Women accounted for 62%, men accounted for 38%. About clinical symptoms: hemiplegia 89.2%, speech disorders, half-human sensory disorders, increased tendon reflexes are all 50%. Paralysis VII Central accounts for nearly 50%. Headaches and dizziness accounted for 45.9% and 56.8% respectively. Risk factors: hypertension, lipid metabolism disorders, carotid atherosclerosis accounts for a high percentage of over 75%. Type 2 diabetes accounts for 50%. Cardiovascular disease, smoking, alcoholism account for less, 24.3%; 35.3% and 24.3%. **Conclusion:** In patients with cerebral infarction in the elderly: Most patients have hemiplegia accounting for 89.2%. Language disorders over 50%. There are nearly 50% of paralysis Risk factors such as hypertension, lipid metabolism disorders, carotid atherosclerosis account for over 75%. Type 2 diabetes accounts for 50%. The number of patients with cardiovascular disease, smoking, alcoholism accounts for less than 35%.

Keywords: Cerebral infarction, risk factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một vấn đề thời sự cấp bách trong các vấn đề sức khỏe cộng đồng bởi tính thường gặp và hậu quả nặng nề cho người bệnh. Bệnh gây tử vong và tàn phế khắp nơi trên thế giới, là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh tim mạch và ung thư[1]. Ở Việt Nam tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng và đang trở thành vấn đề lớn về sức khỏe, kinh tế và xã hội. Số bệnh nhân TBMMN tăng từ 1,7 đến 2,5 lần trong thời kỳ 3-5 năm[2]. Bệnh cảnh lâm sàng TBMMN thường xảy ra đột ngột và rất nặng nề với các triệu chứng thần kinh khu trú, bệnh lý tâm thần, tim mạch rất dễ tử vong[3]. Bệnh gây ảnh hưởng lớn tới sức khỏe, thể chất, tâm thần và chất lượng cuộc sống người bệnh. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, mặc dù TBMMN mức độ nhẹ, những bệnh nhân này vẫn có di chứng tổn thương não như suy giảm chức năng cao cấp của não, độ tập trung chú ý, trầm cảm và những chức năng thần kinh khác[4]. Trong TBMMN có hai thể hay gặp chính đó là chảy máu não chiếm tỷ lệ trung bình khoảng 20%, tai biến mạch máu não gặp chủ yếu là nhồi máu não chiếm tỷ lệ gần 80% theo nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới [3;4]. Hình thái lâm sàng của nhồi máu não tương ứng vùng não thiếu máu do tắc các nhánh động mạch cấp máu, nhờ đó có thể định khu tổn thương dựa vào các triệu chứng lâm sàng. Tuy theo biểu hiện lâm sàng cũng có thể giúp định hướng nguyên nhân gây tắc mạch: thời gian khởi phát (nguyên nhân do xơ vữa động mạch

thường có kiểu tiến triển theo quá trình hình thành huyết khối, trong khi do huyết khối di chuyển thường có biểu hiện đột ngột ngay từ đầu) [1;5], các yếu tố nguy cơ gợi ý nguyên nhân xơ vữa động mạch (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, rối loạn nhịp tim...). Trong đó yếu tố nguy cơ thường gặp trong nhồi máu não trên người cao tuổi được nhiều tác giả chứng minh đó là Tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch xơ vữa động mạch não[1;3;6;7]. Trên cơ sở, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *"Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân nhồi máu não ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên đã được chẩn đoán xác định nhồi máu não Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, dựa trên lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ sọ não. Các bệnh nhân này sẽ được khám lâm sàng và khai thác làm bệnh án theo bệnh án mẫu riêng thiết kế cho nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Loại trừ những trường hợp nghi ngờ các nguyên nhân khác hay chảy máu não kèm theo

2.2 phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: thuận tiện

- **Quy trình nghiên cứu** Quy trình nghiên cứu đối tượng sẽ được tiến hành thông qua các giai đoạn sau:

Giai đoạn 1: chẩn đoán xác định bệnh nhân nhồi máu não dựa trên lâm sàng và phim chụp CLVT hoặc cộng hưởng từ sọ não. **Tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu não dựa vào:**

- Chẩn đoán lâm sàng theo Tổ chức Y tế thế giới: sự xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh, thường là khu trú hơn lan toả, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ, các khám xét loại trừ nguyên nhân chấn thương[7].

+ Hỏi bệnh: tiền sử thiếu máu não thoáng qua, các yếu tố nguy cơ (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh lý tim mạch,....

+ Hoàn cảnh xuất hiện: các triệu chứng, dấu hiệu thần kinh khu trú xuất hiện đột ngột từ vài phút, vài giờ, tối đa có thể vài ngày. Các triệu chứng có thể tăng dần đến ngày thứ 3-4 sau đó giảm dần.

+ Triệu chứng thần kinh khu trú: biểu hiện thiếu sót chức năng vùng não bị tổn thương. Liệt

nửa người, có thể kèm rối loạn cảm giác, thất ngôn, bán manh (đồng bên hoặc bán manh góc) chóng mặt, liệt các dây thần kinh sọ, hội chứng giao bên....

- Xét nghiệm: chụp CLVT hoặc cộng hưởng từ sọ não có tổn thương nhồi máu não.

+ Chụp cắt lớp vi tính không cản quang: tổn thương nhồi máu não thể hiện bằng hình ảnh vùng giảm tỷ trọng ở nhu mô não thuộc khu vực của động mạch bị tổn thương hoặc chi phối.

2.3 Kỹ thuật phân tích số liệu

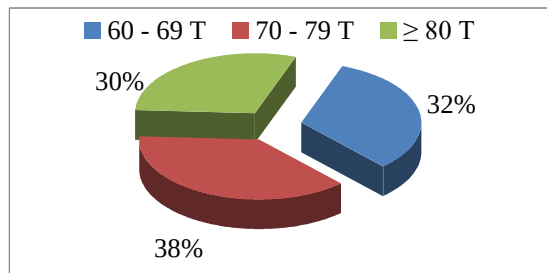
- Số liệu thu thập và vào máy bằng phần mềm SPSS 21.0

- Số liệu được làm sạch và sau đó phân tích bằng phần mềm SPSS

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng tham gia được giải thích về mục đích, nội dung, phương pháp nghiên cứu.... Thông tin cá nhân sẽ được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

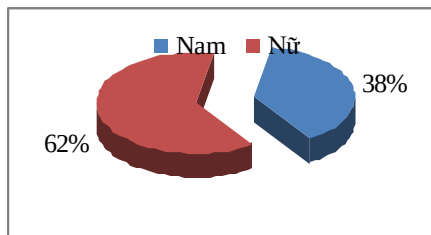
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm về tuổi và giới



Biểu đồ 3.1: Phân bố theo nhóm tuổi của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Trong nghiên cứu tôi thấy nhóm tuổi 70-79 chiếm 38%, tiếp đến là nhóm tuổi ≥ 80 chiếm 30%. Nhóm tuổi 60-69 chiếm 32%. Tuổi trung bình $74,1 \pm 9,3$.



Biểu đồ 3.2: Phân bố theo giới của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Trong nghiên cứu của tôi về giới tính nam chiếm 38% và nữ chiếm 62%.

3.2 Đặc điểm triệu chứng lâm sàng và các yếu tố nguy cơ nhồi máu não

Bảng 3.1 Một số triệu chứng thần kinh thường gặp ở bệnh nhân nhồi máu não

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n = 37)	Tỷ lệ (%)
Liệt nửa người	33	89,2
Nói khó	21	56,8
Rối loạn cảm giác nửa người	20	54,1
Liệt VII TW	18	48,6
Tăng phản xạ gân xương	20	54,1
Rối loạn trương lực cơ	15	40,5
Dấu hiệu Babinski	7	18,9
Đau đầu	17	45,9
Chóng mặt	21	56,8

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có liệt nửa người, chiếm tới 89,2%. Các triệu chứng như rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác nửa người, tăng phản xạ gân xương đều chiếm trên 50%. Số bệnh nhân có liệt VII TW chiếm gần 50%. Số bệnh nhân có biểu hiện đau đầu và chóng mặt lần lượt chiếm 45,9% và 56,8%. Các dấu hiệu như rối loạn trương lực cơ, Babinski thì ít gặp hơn lần lượt chiếm 40,5% và 18,9%.

Bảng 3.2 Một số yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân nhồi máu não người cao tuổi

Nguy cơ	Số bệnh nhân (n = 37)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	32	86,5
ĐTĐ type 2	18	48,6
Rối loạn lipid máu	29	78,4
Xơ vữa động mạch cảnh	28	75,7
Bệnh tim mạch	9	24,3
Hút thuốc lá	13	35,1
Nghiện rượu	9	24,3

Nhận xét: Bệnh nhân bị tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, xơ vữa động mạch cảnh chiếm tỷ lệ cao trên 75%. Gần 50% bệnh nhân bị đái đường type 2. Số bệnh nhân bị bệnh tim mạch, hút thuốc lá, nghiện rượu chiếm tỷ lệ ít hơn, lần lượt là 24,3%; 35,3% và 24,3%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $74,1 \pm 9,3$. Theo Mathiesen (2004) tuổi trung bình của TBMMN là $62,3 \pm 8,8$ (từ 45 đến 70 tuổi)[5]. Theo Phạm Gia Khải, tuổi trung bình TBMMN tại Viện Tim mạch là $60,7 \pm 12,9$ [1]. Kết quả này phải chăng do tuổi thọ trung bình của người dân Việt Nam trong những năm gần đây đã cao hơn so với trước đây nhờ sự cải thiện về điều kiện kinh tế, điều kiện sống và chất lượng của dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nhồi máu não có thể gặp ở mọi lứa tuổi khác nhau. Nhưng các tác giả Kimura K và cộng sự (2010) [6] nhận thấy TBMMN nói chung và nhồi máu não nói

riêng tăng lên theo tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm trên 60 tuổi là 87%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi khi nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm 68%. Như vậy, theo kết quả thu được của chúng tôi tuổi càng cao thì tỷ lệ nhồi máu não càng nhiều. Phải chăng khi tuổi càng cao thì càng có nhiều yếu tố nguy cơ phối hợp gây nhồi máu não như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn Lipid máu, bệnh tim mạch và xơ vữa động mạch. Theo nghiên cứu của Phạm Gia Khải tỷ lệ nam: nữ là 1,4 [1]. Nguyễn Đức Hoàng là 1,55[3]. Nghiên cứu của Mathiesen và cộng sự (2004) [7] cho tỷ lệ nam là 58,3%, nữ là 41,7% [1]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi lại gặp tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (62% và 38%). Về lâm sàng tổn thương thần kinh khu trú của 37 bệnh nhân nghiên cứu đa dạng và phong phú (bảng 3.1) với các triệu chứng như liệt nửa người là 89,2%; rối loạn cảm giác là 54,1%; nói ngọng, nói khó gặp 56,1%; liệt VII trung ương là 48,6%; tăng phản xạ gân xương là 54,1%; rối loạn trương lực cơ là 40,1%;.... Kết quả này phù hợp với kết quả của You R và cộng sự (2007) khi nghiên cứu đặc điểm rối loạn nhận thức ở 218 bệnh nhân sau nhồi máu não thì có 85,4% bệnh nhân có triệu chứng liệt nửa người; rối loạn cảm giác là 26%; nói ngọng, nói khó gặp 53,8%; liệt dây VII trung ương là 51,9%; tăng phản xạ gân xương gặp 19,2% và rối loạn trương lực cơ gặp 22,1% [8]. Điều này có thể do khả năng phát hiện, tiếp nhận cấp cứu ban đầu và điều trị chăm sóc bệnh nhân tai biến ngày càng được chú trọng hơn. Theo kết quả của bảng 3.2 tỷ lệ bệnh nhân bị tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa Lipid và xơ vữa động mạch cảnh đều chiếm tỷ lệ rất cao (cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân bị tăng huyết áp là 86,5%; rối loạn chuyển hóa Lipid là 78,4% và xơ vữa động mạch cảnh là 75,4%). Kết quả về tỷ lệ bệnh nhân bị tăng huyết áp của chúng tôi phù hợp với một số tác giả trong nước. Theo Phạm Gia Khải 77,25% bệnh nhân bị TBMMN có tăng huyết áp 76,3%, Nguyễn Đức Hoàng là 78,13%. Nhiều nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng thống nhất tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu của nhồi máu não [6;7]. Tăng huyết áp thường phối hợp với các yếu tố nguy cơ khác như rối loạn Lipid, đái tháo đường, xơ vữa động mạch, béo phì, hút thuốc lá, lạm dụng rượu. Điều này làm thành mạch dễ bị tổn thương nên mất sự tự điều hòa cung lượng máu não gây nhồi máu não. Về rối loạn chuyển hóa Lipid, có tới 78,4% số bệnh nhân bị mắc, kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Gia Khải

trong 98 bệnh nhân được xét nghiệm có 40,8% bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa Lipid [1]. Theo Nguyễn Năng Tấn thì khi Cholesterol máu tăng >5,2 mmol/l tỷ lệ bị TBMMN là 34,2% trong đó nhồi máu não là 60,7% và chảy máu não là 29,3% [2]. Điều này có thể do trong những năm gần đây đời sống vật chất của người dân được nâng cao, các thói quen ăn uống đặc biệt là ăn mỡ động vật có thể là nguyên nhân gây ra tình trạng rối loạn Lipid máu và làm cho tỷ lệ rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân nhồi máu não tăng lên. Việc tỷ lệ bệnh nhân bị rối loạn chuyển hóa Lipid tăng cao đã giải thích một phần tỷ lệ bệnh nhân bị xơ vữa động mạch cảnh cũng tăng rất cao.

V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân nhồi máu não ở người cao tuổi: Đa số bệnh nhân có liệt nửa người chiếm 89,2%. Rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác nửa người, tăng phản xạ gân xương trên 50%. Số bệnh nhân có liệt VII TW gần 50%. Các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, xơ vữa động mạch cảnh chiếm tỷ lệ trên 75%. Đái đường type 2 chiếm 50%. Số bệnh nhân bị bệnh tim mạch, hút thuốc lá, nghiện rượu chiếm tỷ lệ ít hơn dưới 35%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt và Phạm Mạnh Hùng (2005)**, Một số điểm cập nhật về tăng huyết áp và vấn đề đột quỵ, Hội thảo chuyên đề liên khoa, Báo cáo khoa học, 1-15.
2. **Nguyễn Năng Tấn (2003)**, Nghiên cứu mối liên quan giữa tăng huyết áp với các thể của tai biến mạch máu não, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Đức Hoàng và cộng sự (2004)**, Khảo sát các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não, Tạp chí tim mạch học, **38**, 36-39.
4. **Grundy S.M. et al (2004)**, Implication of recent clinical trial of the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines, Circulation, **110(2)**, 227- 239.
5. **Mathiesen E.B., Waterloo K., Joakimsen O., et al (2004)**, Reduced neuropsychological test performance in asymptomatic carotid stenosis, Neurology, **62**, 695-701.
6. **Kimura K, Iuchi Y, Shiazaki K, Aoki J, Watanabe M, Masumoto N, Yamashita S (2010)**, "Early stroke treatment with IV r-PA associated with early recanalization", Journal of the Neurological Sciences 295,pp 53-57.
7. **Nakagawara J, Minemasu K, Okada Y, et al (2010)**, "Thrombolysis with 0,6 mg/kg intravenous Alteplase for acute ischemic stroke in routine clinical practice the Japan post - marketing Alteplase Registration Study (JMARS)", Stroke, 41,pp 1984-1989.
8. **You R., McNeil JJ., O'Malley HM. and coll. (2007)**, "Risk factors for stroke due to cerebral infarction in young adults", Stroke, 28:1913-1918.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XẠ TRỊ U TUYẾN YÊN TÁI PHÁT HOẶC CÒN SAU MỔ BẰNG DAO GAMMA

Nguyễn Văn Đô*, Vũ Văn Hòe*,
Nguyễn Văn Hưng*, Nguyễn Văn Khôi*

TÓM TẮT⁴²

Đặt vấn đề: U tuyến yên (UTY) chiếm 10 – 15% các u nguyên phát trong sọ, là u lành tính. Xạ trị u tuyến yên cho thấy có kết quả rất tốt trong việc điều trị u tuyến yên: giảm các triệu chứng lâm sàng và kiểm soát kích thước u. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 81 bệnh nhân với chẩn đoán xác định là adenoma tuyến yên tái phát hoặc không phẫu thuật được tại đơn vị Gamma Knife, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2016. **Kết quả:** Qua 81 BN chúng tôi ghi nhận có 23 BN u tăng NTT và 58 BN u không tăng NTT. Tuổi trung bình 43.35 ± 11.98 tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 73 tuổi. Thể tích u tuyến yên trung bình $5553.73 \pm 2991.15\text{mL}$. 15 TH tăng tiết PRL và 10 TH u tăng GH. Sau xạ trị có 52 trường hợp u đáp ứng điều trị với xạ trị, chiếm tỉ lệ 64,2%. Ghi nhận thời điểm điểm u bắt đầu giảm kích thước đáp ứng với xạ trị từ tháng thứ 12 sau xạ trị. Nghiên cứu có 2 TH bệnh nhân tăng kích thước u sau thời gian theo dõi, tỉ lệ kiểm soát u là $79/81 = 97,5\%$. Ghi nhận nồng độ GH về mức bình thường là 13,3%, 46,7% từ tháng thứ 36 và 40 sau xạ trị. Thời điểm đáp ứng điều trị của nồng độ GH là từ tháng 12 sau xạ trị. Ghi nhận nồng độ PLR về mức bình thường là 10%, 20% từ tháng thứ 18 và 36 sau xạ trị. Thời điểm đáp ứng điều trị của nồng độ PRL là từ tháng 6 sau xạ trị. Biến chứng sau xạ trị chiếm 66,7%. **Kết luận:** Xạ trị u tuyến yên có kết quả tốt, tỉ lệ kiểm soát u rất cao sau trong thời gian theo dõi dài. Các triệu chứng lâm sàng và nồng độ nội tiết trong máu đáp ứng với điều trị xạ trị.

Từ khoá: u tuyến yên, xạ trị, Gamma Knife

SUMMARY

EVALUATED THE RESULTS OF RADIOSURGERY RECURRENT OR RESIDUAL ADENOMA PITUITARY TUMOR BY GAMMA KNIFE

Introduction: The pituitary tumor accounts for 10-15% of the primary brain tumors, which is benign. Due to the anatomical location and endocrine function of the pituitary gland, pituitary adenomas are only diagnosed when causing disturbances, there are two common syndromes: tumor syndrome and endocrine syndrome. **Methods:** Non-controlled clinical intervention study on 81 patients with definite diagnosis of recurrent or residual pituitary adenoma tumor at Gamma Knife unit, Cho Ray Hospital from January 2012 to December 2016. **Results:** Through

81 patients, we recorded 23 patients with NTT and 58 patients with no increase in NTT. The average age is 43.35 ± 11.98 years, the youngest is 18, the largest is 73 years old. Average volume of pituitary adenocarcinoma $5553.73 \pm 2991.15\text{mL}$. 15 TH increase in PRL and 10 GH increase. After radiation therapy, 52 cases of tumors responded to radiation therapy, accounting for 64.2%. Note the time when the tumor started to decrease in response to radiation therapy from the 12th month after radiotherapy. The study had 2 patients who increased the tumor size after the follow-up period, the rate of tumor control was $79/81 = 97.5\%$. Recorded GH concentrations at normal levels of 13.3%, 46.7% at 36 and 40 months after radiotherapy. The time of treatment response to GH concentration is from December after radiotherapy. Recorded PLR levels of 10%, 20% in the 18th and 36th months after radiation therapy. The treatment response time of PRL concentration is from June after radiotherapy. Complications after radiation therapy accounted for 66.7%. **Conclusion:** Radiation therapy for recurrent or residual pituitary adenomas has good results, the rate of tumor control is very high after long observation period. Clinical symptoms and endocrine blood levels respond to radiation therapy.

Keywords: pituitary tumors, radiotherapy, Gamma Knife.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến yên (UTY) chiếm 10 – 15% các u nguyên phát trong sọ, là u lành, phát triển từ mô tuyến yên hay từ vết tích phôi thai của túi Rathke, ước tính tỉ lệ bệnh lưu hành từ 15 – 18/100000 dân và đứng hàng thứ ba sau u tế bào thần kinh đệm và u màng não [1]. Do đặc điểm vị trí giải phẫu và chức năng nội tiết của tuyến yên nên các u tuyến yên chỉ được chẩn đoán khi gây nên các xáo trộn, có hai hội chứng thường gặp là hội chứng khối u và hội chứng nội tiết. Tuy nhiên, khá nhiều khối u không gây ra triệu chứng gì và vì thế không bao giờ được chẩn đoán trong suốt cuộc đời. Trong những năm gần đây nhờ sự phát triển của ngành chẩn đoán hình ảnh, nhất là MRI mà UTY ngày càng được phát hiện nhiều hơn. Mục đích chính của các phương pháp điều trị là loại bỏ hoặc khống chế được khối u, nhưng vẫn đảm bảo được chức năng nội tiết của tuyến yên, ức chế hoặc giảm bài tiết hormone do u gây ra, ít xâm hại nhất đến tổ chức xung quanh [2] [3]. Xạ trị u tuyến yên đã được thực hiện trên thế giới từ những năm 1900, liên tục cải tiến, phát triển kỹ thuật và cho kết quả khả quan về hiệu quả sớm cũng như việc theo

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đô

Email: docrhvn@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

dồi lâu dài sau xạ trị [4]. Trong những năm gần đây ở Việt Nam, tại một số cơ sở đã kết hợp xạ trị cho các trường hợp UTY. Tuy nhiên, *chưa có nghiên cứu về xạ trị Gamma cho bệnh nhân u tuyến yên còn sót hoặc tái phát sau mổ. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 81 bệnh nhân với chẩn đoán xác định là adenoma tuyến yên đã phẫu thuật, được khám, điều trị và theo dõi tại đơn vị Gamma Knife, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2016. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định u tuyến yên và được phẫu thuật lấy u. Có kết quả giải phẫu bệnh là Adenoma tuyến yên. Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ đánh giá còn u sau phẫu thuật hoặc u tái phát sau phẫu thuật. Bệnh nhân được chỉ định kết hợp điều trị bổ túc bằng phương pháp xạ phẫu, hệ thống xạ phẫu Leksell Gamma Knife tại Đơn vị Gamma Knife – Bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn chẩn đoán u còn lại sau phẫu thuật: là các trường hợp u tuyến yên được mổ lấy u, có bằng chứng còn u ghi nhận trong tường trình phẫu thuật và trên hình ảnh chụp MRI ít nhất 3 tháng sau phẫu thuật. Tiêu chuẩn chẩn đoán u tái phát sau phẫu thuật: là các trường

hợp u tuyến yên được mổ lấy u, có bằng chứng trên hình ảnh chụp MRI là u tăng kích thước so sánh với 6 tháng trước đó. Chẩn đoán u tuyến yên theo hiệp hội u não Mỹ (ABTA) [1]. Chẩn đoán xác định u tuyến yên dựa vào: mô bệnh học hoặc u tuyến yên trên MRI sọ não. Chẩn đoán thể bệnh u tuyến yên theo hormon: U tăng nội tiết tố (NTN): tăng một hoặc nhiều hormon: PRL, ACTH, TSH, FSH, GH, LH; U không tăng NTT: không tăng bất kỳ hormon tuyến yên nào.

BN được theo dõi sau xạ trị bằng MRI và các xét nghiệm nội tiết tại các thời điểm 3, 6, 12, 18, 24, 36, 40, 46 và 60 tháng. Tiêu chuẩn nồng độ hormon bình thường ở người trưởng thành đánh giá theo Molina [5] (Hội nội tiết học lâm sàng Mỹ). Suy tuyến yên khi một hoặc nhiều hormon tuyến yên giảm dưới ngưỡng giới hạn dưới của nhóm tham chiếu trừ hormon GH và ACTH. Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tuyến yên theo Nemes [6]. Liệu xạ trị được cấp liều Theo hướng dẫn của RTOG 90-05 (Radiation therapy oncology group) [7] liều xạ phẫu theo kích thước và thể tích u. Đáp ứng điều trị của kích thước khối u theo tiêu chuẩn RECIST.

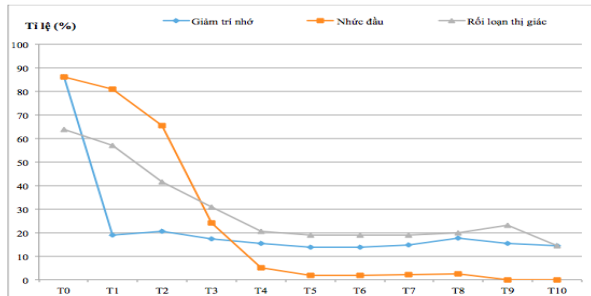
Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, hình ảnh u trên MRI được thu thập theo suốt quá trình điều trị của BN. Các số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

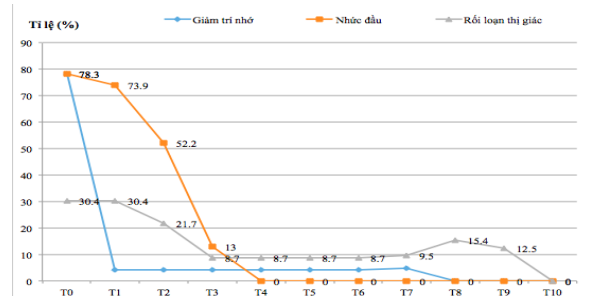
Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

	Nhóm u tăng NTT (n = 23)	Nhóm u không tăng NTT (n = 58)	Nhóm nghiên cứu (n = 81)	Giá trị p
Giới tính (n, %): Nam	11 (47.8)	27 (44.6)	38 (46.9)	NA
Nữ	12 (52.2)	31 (53.4)	43 (53.1)	
Tuổi trung bình (năm)	39.48±12.12	44.88±11.67	43.35±11.98	NA
Thời gian từ phẫu thuật đến khi xạ trị (tuần)	9.39 ± 4.06	10.26 ± 5.66	10.01 ± 5.25	0.506
Triệu chứng chèn ép (n;%)				
Giảm trí nhớ	1 (4.3)	12 (20.7)	13 (16)	0.071
Nhức đầu	18 (78.3)	50 (86.2)	68 (84)	0.380
RL thị giác	7 (30.4)	37 (63.8)	44 (54.3)	0.007
Triệu chứng nội tiết (n;%)				
Tiết sữa	5 (21.7)	1 (1.7)	6 (7.4)	0.002
Suy tuyến yên	6 (26.1)	19 (32.8)	25 (30.9)	0.558
Rối loạn kinh nguyệt	2 (8.7)	6 (10.8)	8 (9.9)	0.823
Thiếu năng tình dục	3 (13)	8 (13.8)	11 (13.6)	0.929
To đầu chi	14 (60.9)	0	14 (17.3)	<0.001
Thể tích u trước xạ (mm ³)	4835.26 ± 2722.11	5835.64 ± 3066.98	5553.73 ± 2991.15	0.175
Phân độ KNOSP: Độ 0	1 (4.3)	2 (3.4)	3 (3.7)	0.357
Độ 1	1 (4.3)	0	1 (1.2)	
Độ 2	8 (34.8)	17 (29.3)	25 (30.9)	
Độ 3	12 (52.2)	30 (51.7)	42 (51.9)	

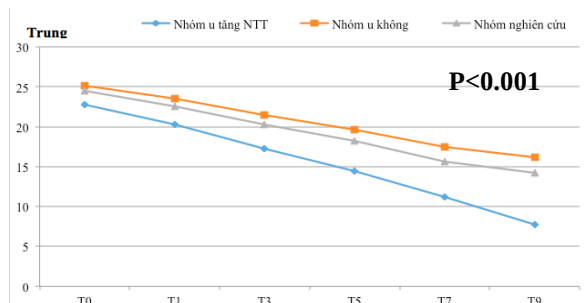
	Nhóm u tăng NTT (n = 23)	Nhóm u không tăng NTT (n = 58)	Nhóm nghiên cứu (n = 81)	Giá trị p
Độ 4	1 (4.3)	9 (15.5)	10 (12.3)	
Suy tuyến yên	11 (47.8)	32 (53.1)		0.550
Liều xạ trị	17,74 ± 2,28	15,55 ± 2,07	16,17 ± 2,33	<0.001



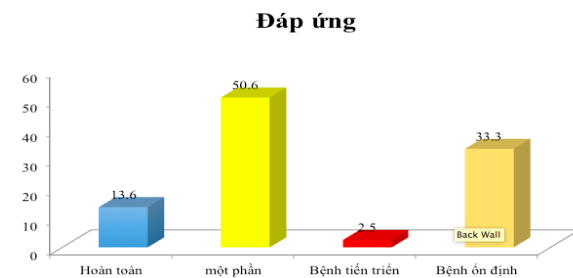
Biểu đồ 1: Đáp ứng lâm sàng của nhóm u không tăng NTT (n=58)



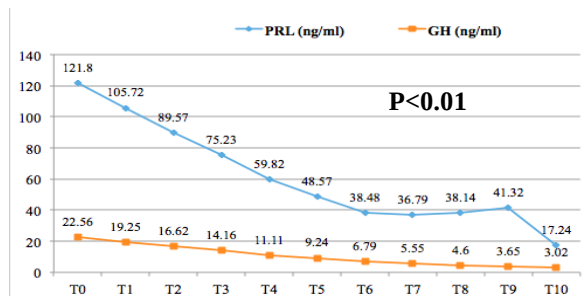
Biểu đồ 2: Đáp ứng lâm sàng của nhóm u tăng NTT (n=23)



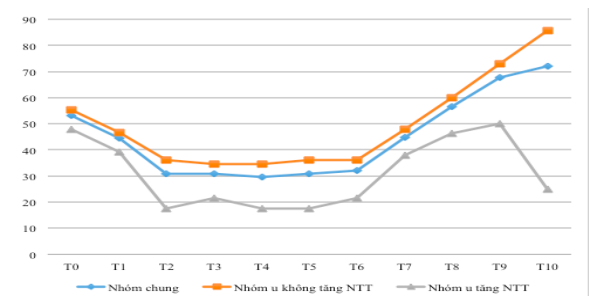
Biểu đồ 3: Đáp ứng kích thước khối u sau xạ trị



Biểu đồ 4: Đánh giá đáp ứng khối u theo tiêu chuẩn RECIST



Biểu đồ 5: Đáp ứng điều trị của các chất nội tiết (n=23)



Biểu đồ 6: Suy tuyến yên theo thời gian theo dõi

T0: Trước xạ (n=81)	T1: Sau xạ 3 tháng (n=81)	T2: Sau xạ 6 tháng (n=81)
T3: Sau xạ 12 tháng (n=81)	T4: Sau xạ 18 tháng (n=81)	T5: Sau xạ 24 tháng (n=81)
T6: Sau xạ 30 tháng (n=81)	T7: Sau xạ 36 tháng (n=69)	T8: Sau xạ 42 tháng (n=53)
T9: Sau xạ 48 tháng (n=34)	T10: Sau xạ 54 tháng (n=18)	T11: Sau xạ 60 tháng (n=4)

Bảng 2: Biến chứng sau xạ trị

Biến chứng xạ trị	Nhóm u tăng NTT (n=23)	Nhóm u không tăng NTT (n=58)	Nhóm nghiên cứu (n=81)	Giá trị p
Biến chứng chung	Có	16 (69.9)	54 (66.7)	0.727
	Không	7 (30.4)	27 (33.3)	
Nhức đầu	Có	5 (21.7)	17 (21.0)	0.917
	Không	18 (78.3)	64 (79.0)	
Buồn nôn	Có	5 (21.7)	15 (18.5)	0.638
	Không	18 (78.3)	66 (81.5)	

Chán ăn	Có	6 (26.1)	16 (27.6)	22 (27.2)	0.891
	Không	17 (73.9)	42 (72.4)	59 (72.8)	
Khô miệng	Có	8 (34.8)	18 (31.0)	26 (32.1)	0.745
	Không	15 (65.2)	40 (69.0)	55 (67.9)	
Mất ngủ	Có	4 (17.4)	15 (25.9)	19 (23.5)	0.417
	Không	19 (82.6)	43 (74.1)	62 (76.5)	
Rụng tóc	Có	7 (30.4)	6 (10.3)	13 (16.0)	0.026
	Không	16 (69.6)	52 (89.7)	68 (84.0)	

Tiết sữa (6 BN) và **rối loạn kinh nguyệt** (8 BN) được theo dõi sau xạ trị và cho thấy sau quá trình theo dõi BN tiết sữa và rối loạn kinh nguyệt đều trở về bình thường, có 2 BN sau xạ trị mang thai và có con bình thường.

To đầu chi: 14 trường hợp. Kết quả ghi nhận các trường hợp To đầu chi chưa cải thiện trong quá trình điều trị. Các triệu chứng lâm sàng giảm trí nhớ, nhức đầu, rối loạn thị giác, suy chức năng tuyến yên giảm dần theo thời gian so với trước điều trị.

Sau xạ trị có 52 trường hợp u đáp ứng điều trị với xạ trị, chiếm tỉ lệ 64,2%. Ghi nhận thời điểm điểm u bắt đầu giảm kích thước đáp ứng với xạ trị từ tháng thứ 12 sau xạ trị. Nghiên cứu có 2 TH bệnh nhân tăng kích thước u sau thời gian theo dõi, tỉ lệ kiểm soát u là $79/81 = 97,5\%$.

Ghi nhận nồng độ GH về mức bình thường là 13,3%, 46,7% ở tháng thứ 36 và 40 sau xạ trị. Thời điểm đáp ứng điều trị của nồng độ GH là từ tháng 12 sau xạ trị. Ghi nhận nồng độ PLR về mức bình thường là 10%, 20% ở tháng thứ 18 và 36 sau xạ trị. Thời điểm đáp ứng điều trị của nồng độ PRL là từ tháng 6 sau xạ trị.

Biến chứng sau xạ trị chiếm 66,7% tổng bệnh nhân nghiên cứu, trong đó chiếm đa số là triệu chứng khô miệng. Triệu chứng nhức đầu, buồn nôn, chán ăn, khô miệng, mất ngủ tương đương nhau ở hai nhóm bệnh, riêng triệu chứng rụng tóc ở nhóm NTT cao hơn nhóm không tăng NTT, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu trên 81 BN u tuyến yên tái phát hoặc u không phẫu thuật được. Thể tích u trung bình là 5553 mm³). Chui Bum Cho và cs [8] báo cáo cho thấy thể tích u trung bình là 2.6 cm³, tác giả cũng nhận thấy thể tích u không tăng NTT lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với u tăng NTT (3.06 cm³ so với 1.69 cm³). Bir [4] cũng cho thấy thể tích u tuyến yên không tăng NTT trước xạ trị khá lớn, trung bình là 3.7 cm³. Guadalupe [9] cũng cho thấy thể tích u tuyến yên trước xạ trị là 10306 mm³. Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy trong nghiên cứu thể tích u > 4,5cm³ chiếm tỉ lệ cao 54,3%.

Liều xạ trị trung bình của nghiên cứu là 16,17

Gy, ghi nhận nhóm u tăng NTT có liều xạ trị cao hơn so với nhóm u không tăng NTT (17,74 Gy so với 15,55 Gy, $p < 0,001$). Tác giả Sheehan nghiên cứu 512 BN u tuyến yên không tăng NTT, với kích thước u trung bình là 3.3cm³, cho thấy liều xạ trị trung bình là 16.4Gy. Tác giả còn nhận thấy sự khác biệt liều xạ và tỉ lệ sống không bệnh qua thời gian theo dõi, BN được xạ trị với liều <12Gy hoặc > 20Gy sẽ có tỉ lệ thời gian sống không bệnh thấp hơn với nhóm BN được xạ trị 12-20Gy.

Triệu chứng đau đầu bắt đầu giảm ít sau xạ trị 3 tháng (86,2% ở lúc xạ trị và giảm 81% ở tháng 3) sau đó giảm mạnh từ tháng thứ 6 còn 65,5% cho tới tháng thứ 18 chỉ còn 5,2% và ổn định ở các tháng theo dõi tiếp theo. Sự giảm triệu chứng này có ý nghĩa thống kê. Bir xạ trị cho 57 BN u tuyến yên không tăng tiết ghi nhận triệu chứng đau đầu giảm 49,1% trước xạ trị còn 3,5% sau xạ trị, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chai Hong Rim báo cáo 60 BN với thời gian theo dõi trung bình là 5.7 năm cho thấy triệu chứng đau đầu giảm rõ rệt ở 74%. Nguyễn Thị Minh Phương [10] cho thấy triệu chứng đau đầu giảm chậm trong vòng 12 tháng đầu theo dõi nhưng tới tháng thứ 24 triệu chứng đau đầu giảm nhiều và có ý nghĩa thống kê.

Chúng tôi ghi nhận qua thời gian theo dõi u tuyến yên đáp ứng hoàn toàn với xạ trị chiếm 13,6%, u đáp ứng 1 phần chiếm 50,6%, bệnh ổn định chiếm 33,3% và có 2,5% bệnh tiến triển khối u tăng kích thước. Tỉ lệ kiểm soát u tuyến yên là 97,5%. Nguyễn Thị Minh Phương [10] ghi nhận đáp ứng khối u với xạ trị theo tiêu chuẩn RECIST ở 44 BN u tuyến yên cho thấy: đáp ứng hoàn toàn chiếm 6,3%, đáp ứng bán phần chiếm tỉ lệ 41,7%, bệnh ổn định chiếm tỉ lệ cao nhất 43,8%, bệnh tiến triển gặp 8,3%. Sallabanda ghi nhận điều trị 30 BN u tuyến yên có 63% BN có u không thay đổi kích thước sau xạ trị, 30% u giảm kích thước và 7% u tăng kích thước sau xạ trị. Yuan-Hao Chen [3] điều trị xạ trị 22 BN và theo dõi trung bình 58.1 tháng cho thấy 39,1% u giảm kích thước, 60,9% u ổn định kích thước và không có TH nào u tăng kích thước sau thời gian theo dõi.

Thời điểm chất nội tiết đáp ứng điều trị trở về mức bình thường là PRL tháng thứ 18, GH tháng

thứ 30 sau xạ trị. Nguyễn Thị Minh Phương [10] ghi nhận thời điểm các chất nội tiết trở về bình thường là tháng thứ 6 sau xạ trị. Grant và cs báo cáo 31 BN u tuyến yên tăng NTT được điều trị xạ trị với thời gian theo dõi trung bình là 40,2 tháng nhận thấy 70% BN có nồng độ nội tiết trở về sau thời gian theo dõi trung bình 17,7 tháng. Tác giả cho thấy thời gian trung bình trở về mức bình thường của các chất nội tiết: ACTH là 11,7 tháng, GH là 18,4 tháng và PLR là 57 tháng

Nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận biến chứng về thị giác. Theo các nghiên cứu của Sebastian và cs trên 117 BN điều trị xạ trị u tuyến yên biến chứng thị giác sau xạ trị có tỉ lệ là 5,3%. Tác giả phân tích đa biến cho thấy yếu tố nguy cơ gây biến chứng thị giác sau xạ trị là xạ trị theo phương pháp truyền thống (OR= 10.36, p =0.04). Gopalan ghi nhận biến chứng thị giác sau xạ trị là 6,2% (3/48 BN) trong đó 2 BN đã có rối loạn thị giác trước mổ, 2 trong 3 BN có tình trạng bệnh tiến triển u to lại sau xạ trị.

V. KẾT LUẬN

Xạ trị u tuyến yên có kết quả tốt, tỉ lệ kiểm soát u rất cao sau trong thời gian theo dõi dài. Các triệu chứng lâm sàng và nồng độ nội tiết trong máu đáp ứng với điều trị xạ trị. Biến chứng xạ trị thường thoáng qua và tự biến mất sau vài ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Brain Tumor Association (2015).

- Pituitary tumors, ISBN 0-944093-90-6.
2. Chirag G., Hayden M., Katznelson. L et al. (2009). Non-surgical management of hormone-secreting pituitary tumors. Journal of Clinical Neuroscience, 16: 985-993.
3. Camara Gomez R. (2014). Non-functioning pituitary tumors: 2012 update. Endocrine nutrition, 61(3): 160-170.
4. Wan H., Chihiro O., Yuan S. (2009). MASEP gamma knife radiosurgery for secretory pituitary adenomas: experience in 347 consecutive cases. Journal of Experimental & Clinical Cancer Research, 28(1): 36.
5. Molina P.E. (2013). Anterior Pituitary Gland In: Endocrine Physiology, 4th edition, McGraw-Hill Companies, Inc, New York, 1, 49-72
6. Nemes O. (2016). Hypopituitarism due to pituitary adenomas, traumatic brain injury and stroke, Clinical Medical Sciences, Hungary, 10-13.
7. Moose B. D., Shaw E. G. (2008). Radiation therapy of pituitary tumors. In: Diagnosis and Management of Pituitary Tumors, Humana Press, Springer Science, 269- 274.
8. Chul Bum Cho et al, 2009, " Stereotactic radiosurgery with the CyberKnife for pituitary Adenomas" J Korean Neurosurg Soc, 45: 157-163.
9. Guadalupe V., Gonzalez B., Ramirez C., et al. (2015). Clinical Characteristics and Treatment Outcome of 485 Patients with unfunctioning Pituitary Macroadenomas. International Journal of Endocrinology, 1-7.
10. Nguyễn Thị Minh Phương, 2018, " Nghiên cứu biến đổi triệu chứng lâm sàng, hình thái, chức năng tuyến yên ở bệnh nhân u tuyến yên trước và sau điều trị bằng dao Gamma quay", Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân Y, tr 62.

BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP BỆNH NHÂN TEO MẬT BẨM SINH CÓ BỆNH LÝ WILSON

Nguyễn Phạm Anh Hoa*, Nguyễn Thị Mai Hương*, Bùi Thị Hương Thuỳ*

TÓM TẮT⁴³

Bệnh Wilson thuộc nhóm bệnh hiếm với tỷ lệ mắc 1: 30000. Bệnh di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường, do đột biến gen lặn ATP7B ở vị trí 13q14.3. Bệnh gây rối loạn chuyển hóa đồng làm đồng tích tụ và gây tổn thương tại nhiều cơ quan với bệnh cảnh lâm sàng đa dạng trên nhiều cơ quan trong đó thường gặp nhất là tổn thương gan và thần kinh. Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định Wilson theo tiêu chuẩn chẩn đoán Leipzig 2001 và điều trị theo nguyên tắc hạn chế lượng đồng dư tích tụ trong cơ thể. Teo mật bẩm sinh (TMBS) là bệnh lý đặc trưng bởi quá trình

viêm, xơ hóa tiến triển, tự phát, phá hủy toàn bộ đường mật trong và ngoài gan dẫn đến sự cản trở lưu thông của mật. Bệnh thuộc nhóm bệnh hiếm gặp với tần suất mắc bệnh thấp khoảng 1/ 10000 – 1/15000 trẻ sinh sống. Tuy có nhiều giả thuyết về cơ chế bệnh sinh song nguyên nhân gây TMBS vẫn chưa rõ ràng nhưng hiện không rõ các yếu tố di truyền liên quan tới bệnh. Phẫu thuật Kasai và ghép gan là hai phương pháp điều trị chính cho các bệnh nhân TMBS. Trong phạm vi bài báo này, chúng tôi báo cáo ca bệnh hiếm gặp, bệnh nhân bị teo mật bẩm sinh kèm theo bệnh lý Wilson. Sự trùng hợp cả hai căn bệnh hiếm này trên cùng 1 bệnh nhân rất hiếm gặp. Việc khẳng định chẩn đoán cần có xét nghiệm di truyền phân tử xác định đột biến gen ATP7B. Cả hai nguyên nhân đều gây ra các tổn thương gan. Sự kết hợp các tổn thương này có thể là nguyên nhân gây tình trạng suy gan tối cấp sớm ở bệnh nhân.

Từ khóa: Teo mật bẩm sinh, Wilson, ATP7B

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phạm Anh Hoa

Email: drhoanph@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY**CASE REPORT - A PATIENT WITH BILIARY ATRESIA ACCOMPANIED BY WILSON'S DISEASE**

Wilson disease is a rare inherited disorder (rate 1/30000) that is characterized by the accumulation of copper in the body. It is caused by a mutation of the ATP7B gene (13q14.3) and is inherited in an autosomal recessive manner. The Wilson patient is diagnosed based on Leipzig score 2001. The disease is progressive and may cause a lot of damage in some organ. The liver disease, central nervous system dysfunction are the most common. Wilson patient management is aimed at reducing the amount of copper that has accumulated in the body and maintaining normal copper levels thereafter. Biliary atresia (BA) is a progressive, idiopathic, fibro-obliterative disease of the extrahepatic biliary tree that presents with biliary obstruction exclusively in the neonatal period. The disease has an incidence of one in 10,000–15,000 live births. Experts don't know what causes biliary atresia but it is not an inherited disease. The only effective treatments for biliary atresia are surgeries such as the Kasai procedure and liver transplantation. In this article, we report a case, patient with biliary atresia accompanied by Wilson's disease. Co-occurrence of Biliary atresia with Wilson disease is very rare. The genetic testing are necessary for the diagnosis. Both of diseases can lead to the lesions of liver so the combination of two diseases may be factor, which cause hyperacute hepatic failure of patient.

Keywords: Biliary atresia, Wilson disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Wilson thuộc nhóm bệnh hiếm với tỷ lệ mắc bệnh 1: 30000, bệnh di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường. Bệnh gây rối loạn chuyển hóa đồng làm đồng tích tụ và gây tổn thương tại nhiều cơ quan trong đó thường gặp nhất là tổn thương gan và thần kinh. Bệnh do đột biến gen lặn, ATP7B, nằm trên NST thường (13q14.3). Bình thường, gen ATP7B có vai trò điều hòa quá trình chuyển hóa đồng trong cơ thể. Khi gen bị đột biến, sản phẩm protein ATP7B của gen này bị biến đổi hoặc mất chức năng làm đồng dư thừa không đào thải vào đường mật mà tích tụ trong gan sau đó tích tụ tại các cơ quan khác như não, mắt, da, thận, xương, khớp... gây nên bệnh cảnh lâm sàng đa dạng trên nhiều cơ quan. Để chẩn đoán xác định Wilson, bệnh nhân sẽ được đánh giá theo tiêu chuẩn chẩn đoán Leipzig 2001. Các bệnh nhân Wilson được điều trị theo các nguyên tắc: Giảm lượng đồng đưa qua vào cơ thể qua qua đường thức ăn, nước uống; Hạn chế hấp thu đồng; Tăng thải đồng dư; Điều trị triệu chứng và tư vấn di truyền. Phác đồ điều trị sẽ được cân nhắc và lựa chọn tùy theo giai đoạn của bệnh, thể bệnh và đáp ứng lâm sàng sau điều trị.

Teo mật bẩm sinh (TMBS) là bệnh lý đặc trưng bởi quá trình viêm, xơ hóa tiến triển, tự phát, phá hủy toàn bộ đường mật trong và ngoài gan dẫn đến sự cản trở lưu thông của mật. Bệnh thuộc nhóm bệnh hiếm gặp với tần suất mắc bệnh thấp khoảng 1/ 10000 – 1/15000 trẻ sinh sống, song ở Châu Á TMBS là một trong những bệnh lý bẩm sinh về đường mật hay gặp nhất ở trẻ em. Nguyên nhân gây TMBS vẫn chưa được biết rõ, hiện có một số giả thuyết về cơ chế bệnh sinh đã được đưa ra như nhiễm các virus cytomegalovirus, reovirus..., rối loạn miễn dịch, cơ chế tự miễn hay do di truyền nhưng tất cả đều chưa được chứng minh rõ ràng.

Cho tới nay, phẫu thuật Kasai là tuy phương pháp sửa chữa tạm thời nhưng đây được xem như phương pháp điều trị tối ưu đối với bệnh nhân TMBS ở giai đoạn đầu. Nếu TMBS không được chẩn đoán và phẫu thuật Kasai, hầu hết các bệnh nhi TMBS sẽ tử vong trước 3 tuổi. Vì vậy việc chẩn đoán và phẫu thuật kịp thời sẽ ngăn ngừa quá trình xơ gan ứ mật. Sự thành công sau phẫu thuật Kasai phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi tại thời điểm trẻ được phẫu thuật, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, thể teo mật của bệnh nhân... Song ngay cả khi phẫu thuật Kasai thành công thì quá trình viêm, xơ hóa đường mật vẫn tiến triển dẫn tới xơ gan mật và 70 – 80% bệnh nhân cần ghép gan trong những năm sau đó. Trong phạm vi bài báo này, chúng tôi báo cáo ca bệnh hiếm gặp, bệnh nhân bị teo mật bẩm sinh kèm theo bệnh lý Wilson.

II. BÁO CÁO LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ đã được chẩn đoán xác định teo mật bẩm sinh lúc 2,5 tháng tuổi do các triệu chứng vàng da ứ mật kèm theo phân bạc màu, gan lách to. Bệnh nhân đã được điều trị bằng phẫu thuật nối rốn gan và hồng tràng theo phương pháp Kasai có cải tiến theo Valayer. Chẩn đoán trong mổ xác định bệnh nhân bị teo mật type 4 theo phân loại của Yamataka. Tổn thương giải phẫu bệnh trên mô gan sinh thiết cũng cho thấy các tổn thương gan đa dạng gồm hiện tượng ứ mật trong gan, xâm nhập tế bào viêm tập trung ở khoảng cửa, tăng sinh các mật quản non chưa trưởng thành, xơ gan độ III-IV. Phẫu thuật Kasai thành công với sự thoát mật tốt sau phẫu thuật, phân vàng. Bệnh nhân hết triệu chứng vàng da chỉ trong vòng 4 tháng và chỉ có tổng số 8 đợt nhiễm trùng đường mật trong 3 năm đầu đời. Bệnh nhân thường xuyên theo dõi ngoại trú và khám lại định kỳ và được đánh giá thuộc nhóm có tiên lượng tốt sau điều trị. Khi trẻ được 6 tuổi, bệnh có diễn biến bất thường. Trẻ đột ngột xuất

hiện vàng da, suy chức năng gan cấp kèm theo tan máu. Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng vàng da đậm, đái nước tiểu sậm màu như nước vối, gan to thùy trái 4cm, lách to độ II.

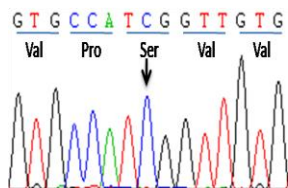
Bảng 1: Các triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm	Giá trị bình thường	Kết quả xét nghiệm
Huyết sắc tố	11-14g/dL	9,1
Bạch cầu	4,3-10.10 ⁹	5,9.10 ⁹
Tiểu cầu	150-300.10 ⁹	36. 10 ⁹
Bilirubin toàn phần	3,4-17(μmol/l)	716
Bilirubin trực tiếp	0,5-6,8(μmol/l)	328
AST	<40(u/l)	124
ALT	<40(u/l)	138
GGT	<40(u/l)	86,5
PT%	>70%	32,7%
INR	0,8-1	3,1
Albumin	35-50(g/l)	28
Protein toàn phần	60-80(g/l)	52
Xét nghiệm Coombs	Âm tính	Âm tính
Ure	3,3-6,6 (μmol/l)	1,57
Creatinin	40-85(μmol/l)	46

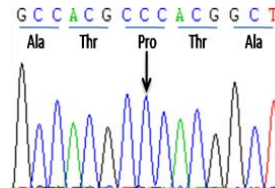
Amoniac	<50(μmol/l)	210
Ceruloplasmin(g/l)	0,2-0,6	0,064
Cu niệu/24 giờ(mg)	<0,1	0,5mg/24h
Cu huyết thanh(u/l)	12-28 mg	12
Kiểu gen	Không có	p.S105*/p.P992L

Chú thích: AST (Aspartate Amino Transferase); ALT (Alanin Amino Transferase); GGT (Gamma Glutamyl Transferase); PT (Prothrombin); Cu (đồng)

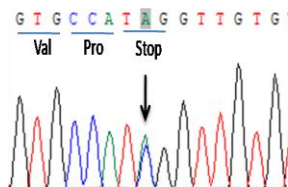
Do các diễn biến lâm sàng của bệnh nhân không phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng bệnh lý xơ gan mật ở bệnh nhân teo mật bẩm sinh đã phẫu thuật, người bệnh tiếp tục được sàng lọc các nguyên nhân có thể gây tổn thương gan cấp tính có tan máu, một trong những căn nguyên được sàng lọc là bệnh lý Wilson do đặc điểm suy gan tối cấp kèm triệu chứng tan máu với test Coombs âm tính ở bệnh nhân. Các xét nghiệm cận lâm sàng như đồng niệu 24h, Ceruloplasmin, test Coombs, soi đáy mắt tìm vòng Kayser - Fleischer đã giúp khẳng định chẩn đoán Wilson.



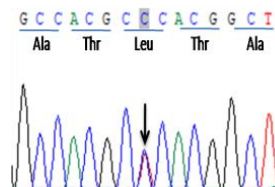
Mẫu đối chứng
Không có đột biến c.314C>A (p.S105*)



Mẫu đối chứng
Không có đột biến c.2975C>T (p.P992L)



WBW190101- Nguyễn Hoàng Bảo Yến
Dị hợp tử đột biến c.314C>A (p.S105*)



WBW190101- Nguyễn Hoàng Bảo Yến
Dị hợp tử đột biến c.2975C>T (p.P992L)

Hình 1: Kết quả giải trình tự gen ATP7B

Đánh giá tiêu chuẩn chẩn đoán Wilson theo thang điểm Leipzig

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán Wilson theo thang điểm Leipzig 2001

Tiêu chuẩn chẩn đoán	Triệu chứng của bệnh nhân	Điểm chẩn đoán
Vòng Kayser - Fleischer	Dương tính	2
TC thần kinh	Không có	0
ceruloplasmin	0.064 g/l	2
Đồng niệu 24h	0.375 mg/24h	2
Phân tích gen ATP7B	Đột biến p.S105* và p.P992L	4

Tổng số điểm chẩn đoán

10

Đánh giá điểm chẩn đoán

≥4 điểm: chẩn đoán xác định bệnh

3 điểm: Nghi ngờ, cần làm thêm xét nghiệm

2 điểm: chưa thể chẩn đoán bệnh

Dựa trên các triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng, bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Wilson theo tiêu chuẩn Leipzig 2001. Các tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng đã được khẳng định thêm bằng xét nghiệm tìm đột biến gen ATP7B. Bệnh nhân mang 2 dị hợp tử kép p.S105* và p.P992L trên gen ATP7B, trong đó có 1 đột biến khẳng định được di truyền từ mẹ.

Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ điều trị dành cho bệnh nhân Wilson và các điều trị hỗ trợ cho bệnh nhân có bệnh gan giai đoạn cuối. Các thuốc được sử dụng gồm D Penicillamin, kẽm acetat, Ursodeoxycholic acid, vitamin K, bổ sung các loại vitamin A,D,E và vitamin B6. Bệnh nhân được điều trị hỗ trợ các triệu chứng suy gan bằng bù albumin, plasma tươi, hạn chế protein trong chế độ ăn, điều chỉnh thăng bằng toan kiềm... Các triệu chứng suy gan diễn biến xấu, bệnh nhân có chỉ số bệnh gan giai đoạn cuối PELD 32 điểm kèm theo các triệu chứng hôn mê gan đầu tiên lúc trẻ 81 tháng tuổi và có chỉ định ghép gan điều trị. Trong thời gian chờ tạng ghép, bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp lọc huyết tương 3 lần do các đợt hôn mê gan với amoniac máu tăng cao. Các đợt hôn mê gan diễn biến liên tiếp trên nền bệnh lý gan mạn tính kèm các đợt tan máu nặng.

III. BÀN LUẬN

Teo mật bẩm sinh là bệnh lý tuy hiếm gặp song là loại dị tật đường mật hay gặp nhất ở trẻ em châu Á. Trong ca bệnh này, các diễn biến lâm sàng của bệnh nhân lúc 2,5 tháng tuổi phù hợp với chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh. Chẩn đoán này được khẳng định bằng kết quả chụp đường mật trong mổ, kết quả giải phẫu bệnh và diễn biến thoát mật của bệnh nhân sau phẫu thuật.

Dù được coi là cách điều trị có hiệu quả duy nhất cho các bệnh nhân teo đường mật bẩm sinh, song phẫu thuật Kasai được coi là phẫu thuật điều trị dẫn lưu mật tạm thời. Các bệnh nhân teo mật bẩm sinh dù có diễn biến thuộc nhóm tốt, vẫn có diễn biến xơ gan mật và lâu dài có thể có các biến chứng của bệnh lý gan mạn tính như xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, bệnh lý gan phổi hoặc gan tim... Song các biến chứng cũng như các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân thường sẽ theo qui luật diễn biến nặng dần theo thời gian.

Các diễn biến bất thường không phù hợp qui luật thông thường của bệnh lý xơ gan mật sau phẫu thuật teo mật bẩm sinh ở bệnh nhân này gồm: Triệu chứng vàng da đột ngột tăng dần trong vòng 1 tháng không kèm các nguyên nhân gây tổn thương gan cấp tính; triệu chứng suy chức năng gan tiến triển nhanh... Đây chính là các lý do khiến bệnh nhân này được chỉ định làm thêm các xét nghiệm sàng lọc các bệnh lý có thể gây tổn thương gan khác, trong đó tập trung vào các nhóm bệnh tổn thương gan cấp tính có kèm theo tan máu, trong đó có Wilson.

Các xét nghiệm cận lâm sàng đã giúp khẳng

định ngoài bệnh lý teo đường mật bẩm sinh đã được điều trị bằng phẫu thuật Kasai, bệnh nhân còn mang sẵn một bệnh lý di truyền bẩm sinh do đột biến gen ATP7B, chẩn đoán này được khẳng định không chỉ bằng các chỉ số mà còn bằng xác định đột biến gen gây bệnh Wilson. Trong trường hợp này, bệnh nhân mang hai dị hợp tử kép p.S105* và p.P992L. Hai đột biến này là các đột biến gen ATP7B gây bệnh Wilson đã được công bố. Đây là trường hợp có sự trùng hợp ngẫu nhiên giữa hai bệnh lý hiếm trên cùng một bệnh nhân, hay có sự liên quan về cơ chế bệnh sinh giữa đột biến ATP7B và teo đường mật bẩm sinh.... Những câu hỏi này cần có các nghiên cứu sâu hơn trong tương lai, bởi cho tới nay, các nguyên nhân thực sự gây teo đường mật ở trẻ em vẫn chưa thực sự được khẳng định rõ ràng. Trong phạm vi bài báo này, chúng tôi mô tả lâm sàng ca bệnh được coi là rất hiếm gặp, trong đó bệnh lý teo đường mật bẩm sinh với tỷ lệ mắc bệnh 1/10000 gặp trùng hợp trên bệnh nhân Wilson với tỷ lệ mắc bệnh 1/30000. Sự phối hợp giữa hai bệnh lý nặng và hiếm, với cùng hậu quả gây tổn thương gan nặng nguyên nhân gây các biến chứng nặng và diễn biến bất thường ở bệnh nhi. Các hậu quả này cũng là nguyên nhân chính làm chỉ số bệnh gan giai đoạn cuối tăng nhanh bất thường khiến chỉ định ghép gan cần được tiến hành sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee S, Park H, Moon SB, et al. Long-term results of biliary atresia in the era of liver transplantation. *Pediatric Surgeons International* 2013;29:1297-301
2. Nizery L, Chardot C, Sissaoui S, et al. Biliary atresia: Clinical advances and perspectives. *Clinic Res Hepatol Gastroenterol* 2016;40:281-7
3. Ningappa M, Min J, Higgs BW, et al. Genome-wide association studies in biliary atresia. *Wiley Interdiscip Rev Syst Biol Med* 2015;7:267-73
4. Cowles RA, Lobritto SJ, Ventura KA, et al. Timing of liver transplantation in biliary atresia—results in 71 children managed by a multidisciplinary team. *J Pediatr Surg* 2008; 43:1605
5. Woimant F, Poujois A. Monitoring of medical therapy and copper endpoints. In: Weiss KH, Schilsky M, editors. *Wilson disease: pathogenesis, molecular mechanisms, diagnosis, treatment and monitoring*. Elsevier Inc; 2018
6. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Wilson's disease. *J Hepatol* 2012;56:671- 685
7. European Association for Study of Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Wilson's disease. *J Hepatol* 2012; 56: 671-685
8. Patil M, Sheth AK, Krishnamurthy CA, Devarbhavi H (2013) A Review and Current Perspective on Wilson Disease. *J Clin Exp Hepatol* 3(4): 321-336.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Khuất Thị Lương*, Nguyễn Đức Lam*

TÓM TẮT⁴⁴

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn của giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi và phỏng vấn 207 sản phụ được gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Kết quả:** Thời gian có tác dụng giảm đau là $9,64 \pm 6,09$ phút; đánh giá đau của các sản phụ trong suốt quá trình chuyển dạ: 2,5% không đau (VAS = 0), 70,8% đau ít (VAS 1-2), 22,8% đau vừa (VAS 3-4), 3,8% đau nhiều (VAS 5-6); không có sản phụ nào VAS > 6. Không gặp trường hợp nào tai biến trong nghiên cứu. Có gặp một số tác dụng không mong muốn sau: giai đoạn I: nôn - buồn nôn 1,4%; ngứa 2,9%; rét run 2,9%, sốt 0,5%, đau nơi chọc kim 0,5%. Giai đoạn II: nôn - buồn nôn 1%; ngứa 1%; rét run 2,4%. Giai đoạn sau đẻ: nôn - buồn nôn 5,3%; ngứa 3,4%; rét run 1,4%; đau đầu 1,4%; bí tiểu 1,9%; đau nơi chọc kim 1,4%. **Kết luận:** Gây tê ngoài màng cứng có hiệu quả giảm đau tốt trong chuyển dạ, phương pháp này khá an toàn: không gặp trường hợp tai biến nào trong nghiên cứu, các tác dụng không mong muốn thường nhẹ và tỷ lệ thấp đã số tự khỏi không phải điều trị gì.

Từ khóa: Gây tê ngoài màng cứng, chuyển dạ, tác dụng không mong muốn.

SUMMARY

EVALUATION THE ANALGESIA EFFECTS AND SIDE EFFECTS OF EPIDURAL ANALGESIA DURING LABOR AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To assess the effects and side effects of epidural anesthesia during the labor at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptive study, follow-up and interviews of 207 women with epidural anesthesia for analgesia during labor at Hanoi Obstetrics Hospital. **Results:** the duration of analgesic effect was 9.64 ± 6.09 minutes; pain assessment of patient during labor: 2.5% painless (VAS = 0), 70.8% low pain (VAS 1-2), 22.8% moderate pain (VAS 3-4), 3.8% suffered from severe pain (VAS 5-6); No patient VAS > 6. There were no cases of accidents in this study. There are some side effects: stage I: vomiting - nausea 1.4%; itching 2.9%; chills 2.9%, fever 0.5%, pain at puncture needle site 0.5%. Stage II: vomiting

- nausea 1%; itch 1%; chills 2.4%. Postpartum stage: vomiting - nausea 5.3%; 3.4% itch; chills 1.4%; headache 1.4%; urinary 1.9%; pain at puncture needle site 1.4%. **Conclusion:** Epidural anesthesia has good analgesic effect in labor, this method is quite safe: no complications in the study, side effects are usually mild and low in most self-treatment without any treatment.

Keywords: Epidural anesthesia, labor, side effects

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai và sinh con là thiên chức của người phụ nữ. Mặc dù chuyển dạ đẻ là một quá trình sinh lý bình thường nhưng nó cũng gây ra sự đau đớn dữ dội về thể xác cho sản phụ. Đau trong chuyển dạ đẻ luôn là nỗi ám ảnh, lo lắng lớn nhất của các sản phụ vì cường độ đau khá dữ dội (có thể so sánh với đau trong gãy xương đùi). Nó không chỉ gây khó chịu cho các sản phụ mà còn gây ra các ảnh hưởng có hại trên tuần hoàn, hô hấp, nội tiết... của mẹ và con. Vì vậy, giảm đau trong chuyển dạ đẻ không chỉ là một phương pháp điều trị mà còn mang tính nhân văn. Gây tê ngoài màng cứng sử dụng phối hợp thuốc gây tê và thuốc giảm đau nhóm opioid là phương pháp giảm đau phổ biến nhất. Tại Việt Nam kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong đẻ đã được áp dụng từ những năm 1980 và ngày càng được áp dụng rộng rãi. Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cũng đã áp dụng khá thường quy phương pháp giảm đau này trong chuyển dạ đẻ. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về cảm nhận và sự đánh giá của sản phụ trong suốt quá trình được gây tê ngoài giảm đau trong và sau cuộc đẻ thông qua theo dõi liên tục và phỏng vấn sản phụ trong suốt quá trình này. Vì vậy đề tài này được thực hiện nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn của giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các sản phụ đẻ thường tại khoa Đẻ tự nguyện, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, đồng ý giảm đau trong đẻ bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Có các tai biến sản

*Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

khoa hoặc gây mê hồi sức.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

***Cỡ mẫu nghiên cứu:** Tính theo công thức tính cỡ mẫu, số lượng bệnh nhân nghiên cứu là 180 bệnh nhân.

***Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 6/2018 đến 9/2018 tại khoa Đẻ tự nguyện, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

2.3. Cách thức tiến hành: Nghiên cứu viên không phải là nhân viên của khoa Gây mê hồi sức để đảm bảo tính khách quan, sẽ theo dõi bệnh nhân từ khi chuyển dạ vào Khoa Đẻ yêu cầu và phỏng vấn bệnh nhân trong suốt quá trình được gây tê ngoài màng cứng giảm đau, chất lượng giảm đau, các tác dụng không mong muốn... đến kết thúc cuộc chuyển dạ. Các thông số nghiên cứu sẽ được ghi vào phiếu nghiên cứu và được xử lý theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu	X ± SD (min – max)
Tuổi (năm)	27,44 ± 3,97 (17 – 41)
Chiều cao (cm)	157,81 ± 4,18 (147 – 168)
Cân nặng (kg)	63,47 ± 6,32 (47 – 80)
Tuổi thai (ngày)	274,24 ± 9,89 (210 – 296)
Con lần 1 (n%)	129 (62,3%)
Con lần 2 (n%)	58 (28%)
Con lần 3 (n%)	20 (9,7%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của sản phụ là 27,44 ± 3,97; chiều cao trung bình là 157,81 ± 4,18cm; cân nặng trung bình là 63,47 ± 6,32kg; thai đủ tháng; Tỷ lệ con so cao hơn con ạp.

3.4. Các tác dụng không mong muốn trên mẹ

Bảng 3.4. Các tác dụng không mong muốn trên mẹ

Tác dụng không mong muốn	Giai đoạn					
	I		II		Sau đẻ	
	n	%	n	%	n	%
Ưc chế vận động (Bromage I)	5	2,4	5	2,4	3	1,5
Nôn/ buồn nôn	3	1,4	2	1	11	5,3
Ngứa	6	2,9	2	1	7	3,4
Run	6	2,9	5	2,4	3	1,4
Bí tiểu	0	0	0	0	4	1,9
Đau đầu	0	0	0	0	3	1,4
Đau nơi chọc kim	1	0,5	0	0	3	1,4
Sốt	1	0,5	0	0	0	0

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn trên mẹ ở cả 3 giai đoạn có tỷ lệ không cao, không cần xử trí gì.

3.4. Tình trạng trẻ sơ sinh

3.2. Hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ

- Thời gian khởi tê trung bình: 9,64 ± 6,09 (phút). Thời gian có tác dụng ngắn nhất là 1 phút, dài nhất là 30 phút.

- Mức độ giảm đau:

Bảng 3.2. Mức độ đau trước và sau khi gây tê

Mức độ đau- (VAS)	Trước khi gây tê		Sau khi gây tê	
	SP	%	SP	%
Không đau (0)	0	0	5	2,5
Đau nhẹ (1-2)	5	2,5	147	70,8
Đau vừa (3-4)	73	35,4	47	22,8
Đau nhiều (5-6)	76	36,8	8	3,8
Đau rất nhiều (7-8)	37	17,7	0	0
Đau khủng khiếp (9-10)	16	7,6	0	0
Tổng	207	100	207	100

Nhận xét: Trước khi gây tê, sản phụ chủ yếu đau vừa và đau nhiều, điểm VAS tập trung từ 3-8, có 62,1% số SP điểm VAS > 4. Sau khi có tác dụng giảm đau, có 96,2% sản phụ có VAS < 4 (chủ yếu từ 1-2 điểm) mức VAS > 4 chỉ còn 3,8%, không có sản phụ nào điểm VAS > 6.

3.3. Cách đẻ

Bảng 3.3. Cách đẻ

Thông số nghiên cứu		n	%
Đẻ thường		196	94,7
Đẻ can thiệp (forcep, giác hút)		0	0
Mổ lấy thai		11	5,5
Lý do mổ lấy thai	Mẹ rặn yếu	1	0,5
	Thai suy	3	1,4
	Cổ tử cung không tiến triển	5	2,4
	Đầu không lọt	2	1

Nhận xét: Đẻ thường chiếm đa số (94,7%). Không có sản phụ nào cần can thiệp forcep hoặc giác hút. Có 11 sản phụ đẻ mổ (5,3%), nguyên nhân hay gặp nhất là cổ tử cung không tiến triển.

Bảng 3.5. Cân nặng và điểm Apgar trẻ sơ sinh

Chỉ số	X ± SD (min – max)
Cân nặng sơ sinh (g)	3211 ± 346 (2050 – 4100)
Apgar sơ sinh phút thứ 1	8.2 ± 0.8 (7 - 10)
Apgar sơ sinh phút thứ 5	9.1 ± 1.1 (8 - 10)

Nhận xét: Cân nặng và Apgar của trẻ sơ sinh đều trong giới hạn bình thường.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả giảm đau: Thời gian khởi tê là thời gian từ khi kết thúc bơm thuốc tê đến khi điểm VAS trong cơn co tử cung dưới 4 điểm. Thời gian khởi tê ngoài sự phụ thuộc vào độ mạnh của thuốc tê, nó còn phụ thuộc vào thể tích và nồng độ thuốc tê. Theo kết quả nghiên cứu, thời gian khởi tê trung bình là $9,64 \pm 6,09$ phút, nhanh nhất là 1 phút và chậm nhất là 30 phút. Thời gian khởi tê chủ yếu dưới 5 phút hoặc 5-10 phút, ngắn hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Quang (chủ yếu từ 6 đến 10 phút) và Isha Chora ($9,40 \pm 2,37$ phút đối với bupivacain và $13,20 \pm 2,53$ phút đối với ropivacain) [2], [5]. Thời gian khởi tê ngắn có hiệu quả rất tích cực đến kết quả giảm đau cũng như sự hài lòng của sản phụ đối với phương pháp gây tê ngoài màng cứng.

4.2. Hiệu quả giảm đau: Theo bảng 3.2, trước khi gây tê ngoài màng cứng tỷ lệ sản phụ đau vừa đến nhiều, có điểm VAS > 4 là 62,1%. Khi có tác dụng giảm đau, tỷ lệ này chỉ còn 3,8%, đồng thời không có sản phụ nào có điểm VAS > 6. Số sản phụ còn đau vừa và đau nhiều chủ yếu rơi vào thời điểm đau nhất của cuộc chuyển dạ là lúc cổ tử cung mở hết và sổ thai. Mặt khác, theo một số nghiên cứu trên thế giới, việc cảm nhận lại cảm giác đau của sản phụ trong giai đoạn II của cuộc chuyển dạ sẽ ảnh hưởng đến cách thức đẻ của sản phụ, mức cảm giác đau trở lại cao hơn sẽ làm giảm tỷ lệ đẻ thủ thuật. Do đó, cần có sự tư vấn và phối hợp giữa bác sỹ và sản phụ trong quá trình theo dõi để có thể đạt mức độ giảm đau cao nhất và đồng thời giảm tỷ lệ đẻ thủ thuật xuống thấp nhất. Như vậy, hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê ngoài màng cứng là rất tốt trong giai đoạn đầu của cuộc chuyển dạ, còn trong giai đoạn sổ thai cần phải cân nhắc giữa hiệu quả giảm đau và nguy cơ tăng tỷ lệ đẻ thủ thuật để điều chỉnh liều thuốc giảm đau.

4.3. Cách thức đẻ: Tỷ lệ đẻ thường là 94,7%, đẻ mổ là 5,3%. Như vậy gây tê ngoài màng cứng không làm tăng tỷ lệ mổ đẻ. Kết quả này phù hợp với Caruselli 8,4% [4]. Tuy nhiên, theo nghiên cứu

y văn, nguy cơ mổ đẻ tăng lên giữa nhóm sản phụ gây tê ngoài màng cứng liên tục so với nhóm gây tê ngoài màng cứng không liên tục. Trong nghiên cứu do sử dụng phương pháp gây tê ngoài màng cứng không liên tục nên không gây ảnh hưởng đến nguy cơ mổ đẻ của sản phụ.

4.4. Tác dụng không mong muốn: Trong nghiên cứu, tác dụng phụ chủ yếu của gây tê ngoài màng cứng là buồn nôn, nôn (trước đẻ 1,4%; trong đẻ 1%; sau đẻ 5,3%), ngứa (trước đẻ 2,9%; trong đẻ 1%; sau đẻ 3,4%) và run (1,9%). Ngoài ra có ghi nhận 1,4% sản phụ đau đầu, bí tiểu. Những trường hợp buồn nôn, nôn thường nhẹ và có thể hết khi sản phụ nghỉ ngơi và sử dụng các thuốc chống nôn thông thường. Không gặp trường hợp tai biến nào trong số 207 sản phụ được nghiên cứu mặc dù những tai biến có thể gặp trong gây tê ngoài màng cứng như rách màng cứng, tụ máu ngoài màng cứng, áp xe ngoài màng cứng, viêm màng não... Điều này cho thấy nếu các bác sỹ gây tê ngoài màng cứng được đào tạo tốt, tuân thủ chỉ định và các nguyên tắc vô khuẩn thì có thể tránh được các tai biến của gây tê ngoài màng cứng. Kết quả này phù hợp với Lê Minh Tâm [3]. Như vậy, chúng ta có thể khẳng định gây tê ngoài màng cứng là phương pháp có độ an toàn cao, có thể áp dụng được rộng rãi trong thực tế lâm sàng.

Kết quả cho thấy 100% trẻ sơ sinh sống đều có điểm Apgar > 8 điểm. Chỉ số Apgar sau 1 phút/5 phút > 7 lần lượt là 99,5% và 99,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả trong nước như Nguyễn Văn Chinh và Lê Minh Tâm cũng như nhiều tác giả người nước ngoài [1], [3].

V. KẾT LUẬN

Gây tê ngoài màng cứng có hiệu quả giảm đau tốt trong chuyển dạ: thời gian có tác dụng giảm đau là $9,64 \pm 6,09$ phút, nhanh nhất là 1 phút, chậm nhất là 30 phút. Đánh giá đau của các sản phụ trong suốt quá trình chuyển dạ: 2,5% không đau (VAS = 0), 70,8% đau ít (VAS 1-2), 22,8% đau vừa (VAS 3-4), 3,8% đau nhiều (VAS 5-6); không có sản phụ nào VAS > 6. Phương pháp này khá an toàn: không gặp trường hợp tai biến nào trong nghiên cứu, các tác dụng không mong muốn thường nhẹ và tỷ lệ thấp đa số tự khỏi không phải điều trị gì (giai đoạn I: nôn - buồn nôn 1,4%; ngứa 2,9%; rét run 2,9%, sốt 0,5%, đau nơi chọc kim 0,5%. Giai đoạn II: nôn - buồn nôn 1%; ngứa 1%; rét run 2,4%. Giai đoạn sau đẻ: nôn-buồn nôn 5,3%; ngứa 3,4%; rét run 1,4%; đau đầu 1,4%; bí tiểu 1,9%; đau nơi chọc kim 1,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chính (2010)**, Nghiên cứu giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng với sự phối hợp thuốc tê và thuốc giảm đau trung ương, luận án tiến sĩ y học, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Trần Văn Quang (2011)**, Đánh giá hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng levobupivacain phối hợp với fentanyl ở các nồng độ và liều lượng khác nhau, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
3. **Lê Minh Tâm (2008)**: Giảm đau sản khoa bằng phương pháp gây tê NMC, Sinh hoạt khoa học

chuyên đề: "Giảm đau trong đẻ", Bệnh viện phụ sản Trung ương.

4. **Caruselli M¹, Camilletti G, Torino G, Pizzi S, Amici M, Piattellini G, Pagni R**; Epidural analgesia during labor and incidence of cesarian section: prospective study; J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 Feb;24(2):250-2. doi: 10.3109/14767058.2010.482625. Epub 2010 Jun 23.
5. **Isha Chora¹ and Akhlak Hussain²**, Comparison of 0.1% Ropivacaine-Fentanyl with 0.1% Bupivacaine-Fentanyl Epidurally for Labour Analgesia; Advances in Anesthesiology, Volume 2014, Article ID 237034, 4 pages.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐẶT BÓNG CHÈN LÒNG TỬ CUNG BẰNG SONDE FOLEY ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU SINH

Lê Cao Tuấn*, Nguyễn Đình Tuyển* và cộng sự

TÓM TẮT⁴⁵

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị và tính an toàn của phương pháp đặt bóng chèn lòng tử cung bằng sonde Foley trong xử trí băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục tại bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên 43 sản phụ sau sinh ngã âm đạo được chẩn đoán băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục điều trị nội khoa thất bại tại Khoa Sản - Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi, trong thời gian từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 11 năm 2018. Thiết kế nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên không đối chứng. Sử dụng sonde Foley số 30 để làm bóng chèn lòng tử cung. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công của phương pháp bóng chèn lòng tử cung trong xử trí băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục là 95,35% (41/43). Thời gian trung bình chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung có hiệu quả cầm máu từ 10 đến 17 phút. Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung từ 6 đến 12 giờ. Lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung từ 130 đến 200 ml. Lượng máu mất thêm sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung đến khi chẩn đoán phương pháp thành công từ 10 đến 50ml. **Kết luận:** Điều trị băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục sau điều trị nội thất bại bằng phương pháp bóng chèn lòng tử cung là một phương pháp điều trị bảo tồn an toàn và hiệu quả cao.

SUMMARY

EFFICACY OF BALLOON TAMPONADE USING FOLEY'S CATHETER IN THE MANAGEMENT OF POSTPARTUM HAEMORRHAGE

Objectives: To evaluate the efficacy and the

safety of balloon tamponade using Foley's catheter in the management of postpartum haemorrhage without genital tract trauma in Quang Ngai Hospital for Children and Women. **Materials & methods:** 43 participants who were diagnosed postpartum haemorrhage without genital tract trauma and were medically treated unsuccessfully at Department of Obstetrics of Quang Ngai Hospital for Children and Women, between January 2018 and November 2018. It was an interventional randomized uncontrolled study. Using Foley's catheter to make a balloon tamponade in uterine. **Results:** The success rate of balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage without genital tract trauma is 95.35% (41/43). The mean time of this tamponade to be diagnosed successful is between 10 and 17minutes. The remaining time of this tamponade is between 6 and 12 hours. The volume in the balloon is between 130 and 200ml. The blood loss until this technique was confirmed success is between 10 and 5ml. **Conclusions:** Balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage without genital tract trauma after medically treated unsuccessfully is a high effective and safe technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Băng huyết sau sinh là một trong năm tai biến sản khoa, là nguyên nhân tử vong hàng đầu của các bà mẹ mang thai trên toàn thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới hàng năm có khoảng 14 triệu trường hợp chảy máu liên quan đến thai sản, ít nhất 25% phụ nữ chết do băng huyết sau sinh, hầu hết những cái chết này xảy ra trong vòng 4 giờ đầu sau sinh và có liên quan đến giai đoạn III chuyển dạ.

Tại bệnh viện Từ Dũ, theo số liệu báo cáo của khoa Sinh, băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ từ 0,22% đến 0,58%. trong đó băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục thường gặp nhất là do tử cung gò kém (55%)^[8]. Điều trị

*Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyển

Email: lecaotuan9@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

bằng huyết sau sinh có nhiều phương pháp: nội khoa và ngoại khoa. Trong 100% các trường hợp bằng huyết sau sinh được điều trị nội khoa ban đầu bằng Oxytocin và Misoprostol 1000 µg, gần 22% cần can thiệp điều trị ngoại khoa sau đó. Năm 2005 có 14 trường hợp bằng huyết sau sinh cắt tử cung, năm 2006 có 12 trường hợp cắt tử cung, 2 trường hợp thắt động mạch tử cung và động mạch hạ vị^[8].

Phương pháp bóng chèn lòng tử cung trong xử trí bằng huyết sau sinh do tử cung gò cứng hay do nhau bám thấp hiện đã và đang sử dụng tại các bệnh viện trong nước và trên thế giới. Tại Quảng Ngãi hiện chưa có nghiên cứu nào về tính hiệu quả và tính an toàn của phương pháp bóng chèn lòng tử cung, một phương pháp nếu thành công có thể giúp sản phụ tránh được nguy cơ mổ bụng và cắt tử cung trong điều trị bằng huyết sau sinh. Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành "Nghiên cứu hiệu quả đặt bóng chèn lòng tử cung bằng Sonde Foley điều trị bằng huyết sau sinh" với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị và tính an toàn của phương pháp đặt bóng chèn lòng tử cung bằng sonde Foley trong xử trí bằng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục tại bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên không đối chứng.

Đối tượng nghiên cứu

Cỡ mẫu tối thiểu được tính dựa vào công thức:

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

Theo Condous [2], $p=0,875$, $d=0,1$ và $\alpha=0,05$ thì $n = 42,0175$. Chọn $n = 43$ đối tượng.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Sản phụ có bằng huyết sau sinh (BHSS): Chảy máu sau khi sổ thai sinh ngã âm đạo ≥ 500 ml trong vòng 24 giờ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đa thai; Tổn thương đường sinh dục.
- Tử cung dị dạng (tử cung đôi, có vách ngăn,...).
- Trong quá trình chuyển dạ có kèm các dấu hiệu có nguy cơ nhiễm trùng.
- Bệnh lý rối loạn đông máu; Tiểu cầu $< 100.000/mm^3$.

Xử lý số bằng phần mềm Stada 8.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 43 trường hợp BHSS sau sinh không do tổn thương đường sinh dục dưới tại Bệnh viện Sản – Nhi tỉnh Quảng Ngãi trong năm 2018, có kết quả sau:

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Tuổi trung bình là

$28,42 \pm 6,13$, nhóm sản phụ có độ tuổi từ 20 đến 35 tuổi chiếm tỉ lệ 76,74%, có 3 trường hợp (6,98%) 16 và 18 tuổi; 74,42% ở nông thôn; 44,19% con so, 16,28% sinh từ 3 con trở lên.

Đặc điểm thai kỳ lần này: 88,36% sản phụ không có tiền căn bệnh lý nội khoa kèm theo; 2,33% trường hợp có tiền căn BHSS ở lần sinh trước; 2,33% trường hợp có vết mổ đẻ cũ. Tuổi thai trung bình: $38,77 \pm 2,51$ tuần. Tuổi thai nhỏ nhất là 26 tuần (tiền căn vết mổ đẻ cũ). Tuổi thai từ 37 đến 40 tuần chiếm 81,38%. Chỉ số ối bình thường 86,04%, đa ối chiếm 6,98%; 6,98% có nhau bám thấp.

Đặc điểm của cuộc chuyển dạ

Bảng 1. Phân bố thời gian theo dõi tại phòng sinh

Thời gian theo dõi	Trường hợp	Tỉ lệ %
< 3 giờ	6	13,95
Từ 3 giờ - < 12 giờ	34	79,07
Từ 12 giờ - < 24 giờ	2	4,65
≥ 24 giờ	1	2,33
Tổng	43	100%

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình là 8 giờ 01 phút $\pm$ 4 giờ 54 phút.

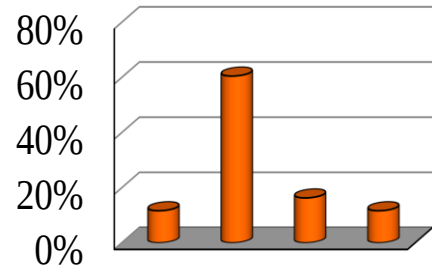
Cân nặng của con: 55,81% trẻ sinh nặng 2500 - <3500g, 6,98% trẻ <2500g, trong đó trường hợp tiền căn vết mổ đẻ cũ trẻ sinh 700 g; 37,2% trẻ sinh nặng ≥ 3500 g.

Chẩn đoán BHSS: Lượng máu mất trung bình: $544,88 \pm 72,55$ (450 – 800ml). Thời gian chẩn đoán BHSS trung bình: $9,65 \pm 3,37$ (5-15 phút). 51,16% sản phụ được chẩn đoán BHSS từ 5 – 9 phút, 16,28% sản phụ được chẩn đoán BHSS sau 15 phút.

Nguyên nhân BHSS: Trong 3 trường hợp nhau bám thấp có 2 trường hợp kèm tình trạng tử cung gò cứng (14,29%).

Đặc điểm của bóng chèn lòng tử cung

Thời gian từ lúc BHSS đến khi đặt bóng chèn lòng tử cung trung bình: $12,09 \pm 3,64$ (7-20 phút). Trong đó 90,7% trường hợp trong vòng 7-15 phút.



Biểu 1. Phân bố lượng máu mất từ lúc chẩn đoán BHSS đến trước lúc đặt bóng chèn.

Nhận xét: Lượng máu mất từ lúc chẩn đoán BHSS đến trước lúc đặt bóng chèn lòng tử cung trung bình: $199,07 \pm 58,55$ ml (120 – 350 ml).

Bảng 2. Phân bố lượng máu mất thêm sau đặt bóng chèn lòng tử cung đến khi chẩn đoán phương pháp thành công hay thất bại

Lượng máu mất thêm	Trường hợp	Tỉ lệ %
Dưới 50 ml	41	95,34
200 ml	1	2,33
400 ml	1	2,33
Tổng	43	100

Nhận xét: Lượng máu mất sau đặt bóng chèn lòng tử cung trung bình: 43,72 ml. Khi đặt bóng chèn lòng tử cung, chỉ có 2 trường hợp máu chảy thêm 200 ml, 400 ml; 2 trường hợp này được chẩn đoán là thất bại và sản phụ phải mổ cắt tử cung.

Bảng 3. Phân bố lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung

	Trường hợp	Tỉ lệ %
130 -< 150 ml	2	4,65
150 -< 180 ml	2	4,65
180-200 ml	39	90,70
Tổng	43	100

Nhận xét: Lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung trung bình: $179,77 \pm 13$ ml (130 – 200ml); 95,35% trường hợp thành công khi đặt bóng chèn lòng tử cung.

Đặc điểm những trường hợp thất bại

Bảng 4. Phân bố đặc điểm những trường hợp thất bại

	Trường hợp 1	Trường hợp 2
Tuổi thai phụ	32	27
Số con	1	0
Tuổi thai	40 tuần	38 tuần
Đặc điểm thai	Bình thường	Bình thường
Đa ối	không	không
Cân nặng con	3700 g	2700 g
Nguyên nhân BHSS đỡ tử cung	Có	Có
Nhau bám thấp	Không	Không
Lượng máu mất lúc chẩn đoán BHSS	500 ml	750 ml
Thời gian theo dõi tại phòng sinh	3 giờ	5 giờ
Thời gian chẩn đoán BHSS	7 phút	5 phút
Thời gian từ lúc chẩn đoán BHSS đến lúc đặt bóng chèn lòng tử cung	20 phút	15 phút
Lượng máu chảy thêm từ lúc chẩn đoán BHSS đến lúc đặt bóng chèn lòng tử cung	200 ml	300 ml
Lượng máu chảy thêm sau	200 ml	400 ml

khí đặt bóng chèn lòng tử cung		
Lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung	180 ml	180 ml
Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung	15 phút	10 phút
Xử trí tiếp theo	Cắt tử cung	Cắt tử cung

Nhận xét: Trong nghiên cứu có hai trường hợp thất bại, một trường hợp sản phụ con so và một trường hợp sản phụ con rạ lần hai. Đối với cả 2 trường hợp: sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung lưu 10-15 phút nhưng chúng tôi thấy máu vẫn tiếp tục chảy ra qua ống dẫn lưu lòng tử cung, sản phụ được mở bụng thắt động mạch tử cung hai bên, động mạch hạ vị nhưng tình trạng chảy máu vẫn không cầm được, tử cung go kém, chúng tôi quyết định cắt tử cung.

Đặc điểm những trường hợp thành công

Lượng máu mất thêm khi chẩn đoán thành công trung bình: $31,22 \pm 12,88$ (10-50ml), trong đó 31,71% (13/41) mất thêm 3ml máu. Thời gian chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung có hiệu quả cầm máu: $12,95 \pm 2,25$ phút (10–17 phút). Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung trung bình: $8,66 \pm 1,89$ giờ (6 – 12 giờ), trong đó 53,66% lưu từ 7 – 8 giờ. Lượng máu mất tổng cộng trung bình: $768,78 \pm 9$ ml (630-990ml).

Bảng 5. Phân bố số lượng bạch cầu trong máu

Bạch cầu	Trước sinh	24-48 giờ sau sinh
Trung bình	10.648 ± 1.883	13.282 ± 3.052
< 10.000/mm ³	17	9
10.000 – 15.000/mm ³	26	18
> 15.000/mm ³	0	16
Tổng số	43	43

Nhận xét: Trong vòng từ 24 - 48 giờ sau thực hiện thủ thuật bóng chèn lòng tử cung, đa số các trường hợp có tình trạng tăng số lượng bạch cầu so với trước sinh.

Phân tích tỉ lệ thành công với một số yếu tố liên quan

Bảng 6. Bảng mối liên quan giữa tỉ lệ thành công và các yếu tố

Yếu tố khảo sát	p
Tuổi mẹ	0,802
Nghề nghiệp của mẹ	0,286
Số con còn sống	0,651
Bệnh lý nội khoa đi kèm	0,628
Tiền căn BHSS	0,828
Tuổi thai	0,677
Chỉ số ối	0,594
Vị trí nhau bám	0,700
Cân nặng của con	0,906

Yếu tố khảo sát	p
Lượng máu mất khi chẩn đoán BHSS	0,111
Lượng máu mất từ lúc chẩn đoán BHSS đến khi đặt bóng chèn lòng tử cung	0,212
Lượng máu mất thêm sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung	0,227
Lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung	0,980
Thời gian chẩn đoán BHSS	0,118
Thời gian từ lúc chẩn đoán BHSS đến khi đặt bóng chèn lòng tử cung	0,030

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tỉ lệ thành công và thời gian từ lúc chẩn đoán BHSS đến khi đặt bóng chèn lòng tử cung ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi chọn sonde Foley để làm bóng chèn lòng tử cung vì sonde đơn giản, rẻ tiền, dễ tìm... phù hợp với điều kiện kinh tế. Hơn nữa đã có nghiên cứu về tính an toàn và hiệu quả của bóng chèn lòng tử cung khi dùng sonde Foley. Tỉ lệ thành công của phương pháp bóng chèn lòng tử cung là 95,35%.

Bảng 7. So sánh tỉ lệ thành công của các nghiên cứu

Năm	Tác giả	Số ca thực hiện	Số trường hợp thành công
1991	Katesmark ^[5]	17	15/17 (88,24%)
2001	Johanson ^[4]	2	2/2 (100%)
2005	Maier và cộng sự ^[7]	17	15/17 (88,24%)
2007 – 2008	Nguyễn Thị Minh Tuyết ^[8]	56	54/56 (96,43%)
5-11/2015	Khairy ^[6]	20	17/20 (85%)
4-10/2013	Gao Yu ^[3]	109	102/109 (93,6%)
10/2014-12/2015	Atef M. Darwish ^[1] ; Sonde Bakri Sonde foley	33 33	30 28 (91%) (84,84%)

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng sonde Foley làm bóng chèn lòng tử cung, so với các nghiên cứu khác sử dụng sonde Sengstaken-Bakemore, bóng Rusch, sonde Bakri tỉ lệ thành công phù hợp. Cũng phù hợp với tỷ lệ thành công của nghiên cứu Khairy và của sử dụng sonde Foley. Hiệu quả cầm máu của bóng chèn lòng tử cung dựa vào nguyên lý chèn một áp lực lớn hơn áp lực tại vị trí chảy máu nên dùng sonde Foley làm bóng chèn lòng tử cung cũng cho hiệu quả cao. Do tác dụng cầm máu tại chỗ dựa trên nguyên tắc tạo một áp lực lên đoạn dưới tử cung và tại vị trí nhau bám, khi tử cung càng gò, áp lực lên các vị trí chèn của bóng càng tăng tác dụng cầm máu. Máu chảy ra từ ống dẫn lưu là máu chảy trong lòng tử cung ngoài khoảng đặt bóng, lượng máu chảy ra này sẽ ngày càng giảm và ngừng dẫn khi tử cung gò tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có hai trường hợp chẩn đoán thất bại. Cả hai trường hợp theo dõi tại phòng sinh ngắn là 3 giờ và 5 giờ. Thời gian chẩn đoán BHSS là 5 phút và 7 phút. Thời gian từ lúc chẩn đoán BHSS đến lúc đặt bóng chèn lòng tử cung là 15 phút và 20 phút nên lượng máu mất thêm khá nhiều (200 - 300 ml). Lượng máu mất tổng cộng từ 900ml và 1450ml. Do đó, trên sản phụ có nhiều nguy cơ BHSS cần theo dõi sát để chẩn đoán BHSS sớm, xử trí kịp thời. Nguyên nhân bằng huyết được nghĩ là do tử cung gò kém, lượng dịch bơm 180 ml có thể tạo áp lực không đủ để có tác dụng cầm máu hay ống dẫn lưu theo dõi lượng máu chảy ra từ

lòng tử cung bị nghẽn nên cho hiệu quả cầm máu giả. Do đó, các trường hợp sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung cần được theo dõi sát về tổng trạng, sinh hiệu trên lâm sàng để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu ẩn trong lòng tử cung.

Theo nghiên cứu của Katesmark và cộng sự^[6], dùng sonde Sengstaken-Blakemore làm bóng chèn lòng tử cung phối hợp oxytocin trên 17 trường hợp BHSS điều trị nội thất bại, ghi nhận có 2 trường hợp thất bại nguyên nhân được nghĩ là do bơm không đủ lượng dịch vào bóng chèn lòng tử cung. Hai trường hợp này có lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung là 200 ml và 300 ml. Theo nghiên cứu của Maier và cộng sự^[7], nghiên cứu dùng sonde Sengstaken-Blakemore xử trí 17 trường hợp BHSS thất bại với điều trị nội khoa và Hb trung bình là 4 mg%, có 2 trường hợp thất bại do rách cổ tử cung, 1 trường hợp có biến chứng nhiễm trùng tử cung.

Bạch cầu trong giới hạn bình thường, không tăng cao. Trong quá trình tiến hành thủ thuật chúng tôi tuân thủ tối đa qui tắc vô trùng, hạn chế ít nhất lây nhiễm ngược dòng. Trong mẫu nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có bệnh viêm nhiễm phụ khoa trong tiền căn. Cũng theo nghiên cứu của Katesmark và cộng sự^[5] Có 1/17 trường hợp nghi nhiễm trùng huyết sau thủ thuật, phải cắt tử cung. Theo nghiên cứu Gao Yu^[3] trên 109 trường hợp đặt bóng chèn lòng tử cung với thời gian lưu bóng chèn trung bình là 22 ± 3 giờ thì không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện dấu hiệu nhiễm trùng.

4.4. Ưu điểm và hạn chế của đề tài

- Sonde Foley dùng làm bóng chèn lòng tử cung đơn giản, dễ tìm, kinh tế.
- Kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện.
- Hiệu quả nhanh, dễ nhận thấy.
- Tỷ lệ thành công cao.

BHSS là một tai biến sản khoa nên việc phát hiện sớm và điều trị tích cực là cần thiết. Việc phòng ngừa BHSS không do chấn thương đường sinh dục với các thuốc gò tử cung đã làm giảm nhiều tỷ lệ BHSS, do vậy tỷ lệ BHSS tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi từ khi sử dụng phương pháp này đã giảm đáng kể. Ngoài ra, nghiên cứu được thực hiện trong thời gian tương đối ngắn và cỡ mẫu chưa đủ lớn nên các phân tích mối liên quan giữa tỷ lệ thành công và các yếu tố chưa đủ mạnh về ý nghĩa thống kê để kết luận. Hơn nữa, đây là một cấp cứu sản khoa cần được xử trí cấp thời, thời gian được tính bằng phút, với những bác sĩ có nhiều kinh nghiệm, nên nhóm nghiên cứu và phiên trực cùng tham gia xử trí.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công của phương pháp bóng chèn lòng tử cung trong xử trí băng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục là 95,35% (41/43). Thời gian trung bình chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung có hiệu quả cầm máu từ 10 - 17 phút. Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung từ 6 - 12 giờ. Lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung từ 130 - 200ml. Lượng máu mất thêm sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung đến khi chẩn đoán phương pháp thành công không đáng kể: từ 10 đến 50 ml, không có trường hợp nào tai biến. Điều trị bằng huyết sau sinh không do tổn thương đường sinh dục sau

điều trị nội thất bại bằng phương pháp bóng chèn lòng tử cung là một phương pháp điều trị bảo tồn an toàn và hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Atef M. Darwish, Mohamed M. Abdallah, Omar M. Shaaban, Mohammed K. Ali, Mohamed Khalaf & Ali Mohamed A. Sabra (2018) Bakri balloon versus condom-loaded Foley's catheter for treatment of atonic postpartum hemorrhage secondary to vaginal delivery: a randomized controlled trial, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 31 (6), pp. 747-753.
2. Condous GS, Arulkumaran S, Symonds I. (2003), The "tamponade test" in the management of massive postpartum hemorrhage, Obstet Gynecol, 101, pp. 767-72.
3. Gao Yu, Wang Zilian, Zhang Jianping, et al. (2014), The efficacy and safety of Bakri hemostasis balloon in the treatment of postpartum hemorrhage, Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology, 49 (09), pp. 670-675.
4. Johanson R, Kumar M, Obrai M (2001), Management of massive postpartum hemorrhage: use of a hydrostatic balloon catheter to avoid laparotomy, Br J Obstet Gynaecol, 108, pp. 420-2.
5. Katesmark M, Brown R, Raju KS (1994), Successful use of a Sengstaken- Blakemore tube to control massive postpartum hemorrhage, Br J Obstet Gynaecol, 101, pp. 259-260.
6. Khairy, Mohammed & Abbas, Ahmed & Abdelbadee, Ahmed & Shazly, Sherif & M. AbdelMagied, Ahmed. (2016), Use of Foley's catheter balloon tamponade to control placental site bleeding resulting from major placenta previa during cesarean section, Obstetrics and Gynecology, 6.
7. Maier RC, Seror M. (2005), Control of postpartum hemorrhage with uterine packing, Am J Obstet Gynecol, 169, pp. 317-321.
8. Nguyễn Thị Minh Tuyết (2008), Đánh giá hiệu quả của đặt bóng chèn lòng tử cung điều trị băng huyết sau sanh tại bệnh viện Từ Dũ.

KHẢ NĂNG ĐÁP ỨNG KHỐI LƯỢNG CÔNG VIỆC ĐƯỢC GIAO CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH SƠN LA NĂM 2018

Hà Thị Mai Phương¹, Nguyễn Duy Luật², Nguyễn Hữu Thắng²,
Võ Hoàng Long², Nguyễn Ngọc Khánh², Nguyễn Hà Lâm², Phạm Hải Thanh²

TÓM TẮT

¹Trường Cao đẳng y tế tỉnh Sơn La

²Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng,

Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Mai Phương

Email: maiphuongdhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2019

Ngày duyệt bài: 12.4.2019

Mục tiêu: Mô tả khả năng đáp ứng khối lượng công việc được giao của nhân viên y tế, bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La, năm 2019. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 215 nhân viên y tế đang công tác tại bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La bằng phiếu phỏng vấn tự điền. **Kết quả:** Trong tổng khối lượng công việc được giao thì 72,1% NVYT đáp ứng được 75-100%, 20% NVYT đáp ứng được từ 50-75% và chỉ có 7,9% NVYT đáp ứng được dưới 50%. Trong đó đáp ứng được 75-100% công việc cao nhất là kỹ thuật viên, sau đó lần lượt là điều dưỡng, dược sĩ, nữ hộ sinh và cuối cùng là bác sĩ.

Kết luận: Khả năng đáp ứng 75-100% khối lượng công việc được giao của NVYT tại BV đa khoa tỉnh Sơn La là 72,1%.

Từ khóa: Khối lượng công việc; Khả năng đáp ứng; Nhân viên y tế, Bệnh viện đa khoa; tỉnh Sơn La.

SUMMARY

THE ABILITY OF MEDICAL STAFF TO RESPOND WITH WORKLOAD AT SON LA PROVINCIAL HOSPITAL IN 2018

Objective: To describe the ability to meet assigning with the workload of health workers at Son La Provincial Hospital in 2019. **Methodology:** A cross-sectional study was performed on 215 medical staffs by self-filled interview. **Result:** 72.1% of health workers had the ability to meet the 75-100% of total workload, 20% of health workers could accept 50-75% and only 7.9% of health workers could do with less than 50% of the workload. In addition, the highest percentage of accepting 75-100% of the workload was done by technicians, then nurses, pharmacists, midwives and eventually doctors. **Conclusion:** The ability to meet 75-100% of the assigned workload of health workers in Son La General Hospital was 72.1%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO), nhân lực y tế (NLYT) bao gồm những người cung cấp dịch vụ y tế, người làm công tác quản lý và cả nhân viên giúp việc mà không trực tiếp cung cấp các dịch vụ y tế, là nhân tố cốt lõi của các hệ thống y tế [1]. Tại Việt nam, NLYT không cân đối giữa các vùng miền trên cả nước [2]. Số cán bộ có trình độ cao, chuyên sâu còn ít và phân bố chưa hợp lý [2]. Vấn đề chất lượng dịch vụ y tế, như hoạt động khám chữa bệnh (KCB) vẫn là vấn đề đáng quan tâm, đặc biệt những chênh lệch trong nguồn lực để bảo đảm chất lượng dịch vụ y tế [3]. Theo thống kê của ngành y tế 2015, Sơn La có tỷ lệ bác sĩ còn thấp. Toàn tỉnh ước tính còn thiếu khoảng 1.000 bác sĩ, cán bộ y tế so với nhu cầu [3]. Do đó, để vấn đề nhân lực và khả năng đáp ứng công tác khám chữa bệnh của NVYT tại BVĐK tỉnh Sơn La, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả khả năng đáp ứng khối lượng công việc được giao của nhân viên y tế, bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nhân viên y tế của bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La từ 2014 – 2018.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 07/2018 đến 12/2018 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, định lượng và hồi cứu sổ sách.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn số liệu về nhân viên y tế từ năm 2014-2018 để mô tả đặc điểm chung về nhân lực của bệnh viện; Chọn mẫu chủ đích 215 nhân viên y tế một số khoa phòng chính để đánh giá khối lượng công việc.

2.3.3. Công cụ thu thập thông tin: Thu thập số liệu sẵn có về nhân lực y tế giai đoạn 2014 – 2018 và mẫu phỏng vấn tự điền.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Làm sạch và phân tích số liệu bằng phần mềm stata 12. Sử dụng thống kê mô tả để mô tả tỷ lệ.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La và nhân viên y tế. Số liệu chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

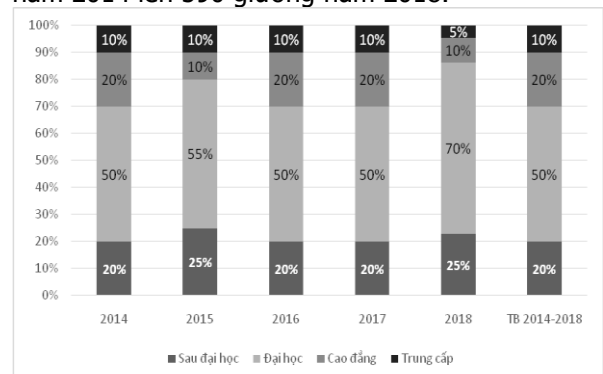
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung nhân lực bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La

Bảng 3.1. Số lượng nhân viên y tế, giường kế hoạch và thực kê tại tỉnh Sơn La, giai đoạn 2014 – 2018

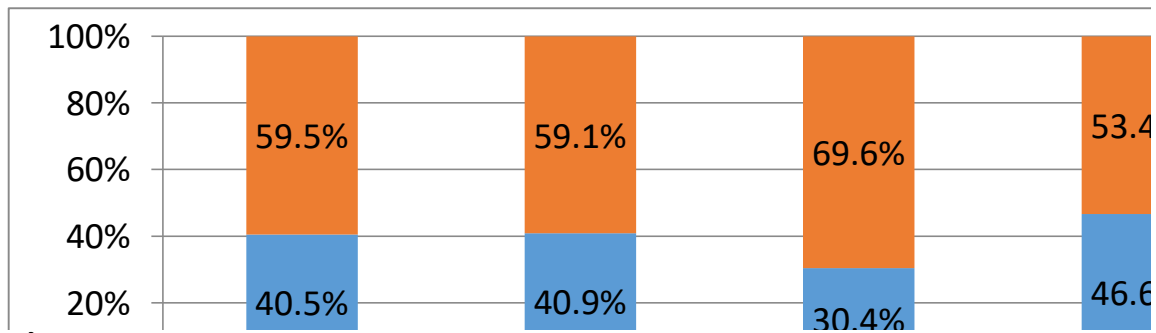
Năm	Số NVYT	Số GBKH	Số GBTK
2014	350	350	428
2015	562	350	479
2016	528	500	540
2017	632	500	573
2018	706	500	590

Nhận xét: Số lượng nhân viên y tế tăng từ năm 2014 – 2018, từ 350 người lên 706 người; Giường bệnh thực kê cũng tăng từ 428 giường năm 2014 lên 590 giường năm 2018.



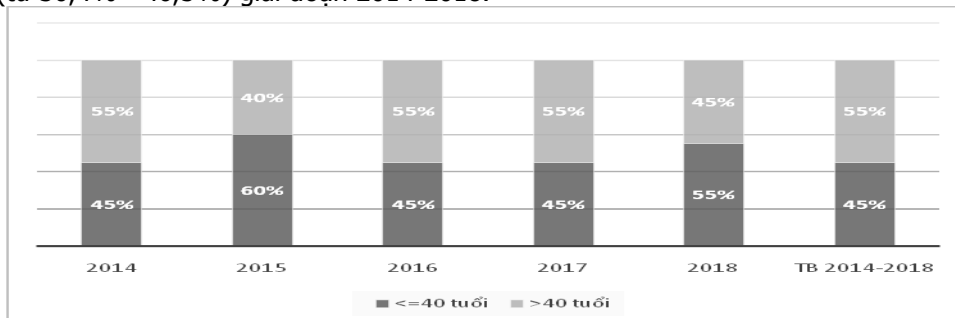
Biểu đồ 3.1. Phân bố nhân viên y tế tỉnh Sơn La theo trình độ học vấn giai đoạn 2014 – 2018

Nhận xét: Tỷ lệ NVYT có trình độ đại học và sau đại học chiếm đa số trên 70%, cao nhất năm 2018 chiếm 95%.



Biểu đồ 3.2. Phân bố nhân lực y tế theo giới của BVĐK tỉnh Sơn La giai đoạn 2014-2018

Nhận xét: Nhân viên y tế là nữ giới (từ 53,4%-69,6%) chiếm tỷ lệ cao hơn nhân viên y tế là nam giới (từ 30,4% - 46,5%) giai đoạn 2014-2018.



Biểu đồ 3.3. Phân bố nhân lực y tế theo nhóm tuổi của BVĐK tỉnh Sơn La giai đoạn 2014-2018

Nhận xét: Nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La lớn hơn 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm nhân viên y tế dưới 40 tuổi.

3.2. Khả năng đáp ứng với khối lượng công việc của nhân viên y tế

Bảng 3.2. Tỷ lệ nhân viên y tế một số khoa lâm sàng tự đánh giá khả năng đáp ứng với khối lượng công việc được giao

Nhân viên y tế	Đáp ứng 75%-100%		Đáp ứng 50%- <75%		Đáp ứng < 50%	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bác sĩ (n=67)	43	64,2	19	28,4	5	7,4
Điều dưỡng (n=110)	85	77,3	17	15,5	8	7,4
Nữ hộ sinh (n=13)	8	61,5	3	23,1	2	15,4
Kỹ thuật viên (n=9)	7	77,8	1	11,1	1	11,1
Dược sĩ (n=16)	12	75,0	3	18,8	1	6,3
Tổng (n=215)	155	72,1	43	20,0	17	7,9

Nhận xét: Trong tổng khối lượng công việc được giao thì 72,1% NVYT đáp ứng được 75-100%, 20% NVYT đáp ứng được từ 50-75% và chỉ có 7,9% NVYT đáp ứng được dưới 50%. Trong đó đáp ứng được 75-100% công việc cao nhất là kỹ thuật viên, sau đó lần lượt là điều dưỡng, dược sĩ, nữ hộ sinh và cuối cùng là bác sĩ. Bộ phận đáp ứng được <50% khối lượng công việc chiếm tỷ lệ cao nhất là nữ hộ sinh (15,4%) và kỹ thuật viên (11,1%).

IV. BÀN LUẬN

Số lượng nhân viên y tế tăng từ năm 2014 – 2018, từ 350 người lên 706 người; Giường bệnh thực kê cũng tăng từ 428 giường năm 2014 lên

590 giường năm 2018. Điều này cho thấy so với xu hướng chung, để đáp ứng nhu cầu khám bệnh chữa bệnh của người dân, số lượng nhân viên y tế của BV đa khoa tỉnh Sơn La tăng đều qua các năm. Nhân viên y tế là nữ giới (từ 53,4%-69,6%) chiếm tỷ lệ cao hơn nhân viên y tế là nam giới (từ 30,4%-46,5%) giai đoạn 2014-2018, điều này cũng phù hợp so với cơ cấu giới tính của ngành y tế. Tỷ lệ NVYT có trình độ đại học và sau đại học chiếm đa số trên 70%, cao nhất năm 2018 chiếm 95%. Nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La lớn hơn 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm nhân viên y tế dưới 40 tuổi. Điều này có thể thấy, nguồn nhân lực bệnh

viện đa khoa tỉnh Sơn La là khá tốt so với cả nước [3], [4].

Khả năng đáp ứng 75-100% khối lượng công việc được giao của NVYT tại BV đa khoa tỉnh Sơn La là 72,1%. Tuy rằng số lượng bác sĩ tăng nhiều trong những năm gần đây nhưng để đáp ứng đủ nhu cầu cho khám chữa bệnh chất lượng vẫn chưa đạt yêu cầu, ngay cả thành phố Hồ Chí Minh cũng chỉ đáp ứng được 60% nhu cầu, có bác sĩ phải khám vài trăm bệnh nhân một ngày [3], [5]. Khả năng đáp ứng công việc bị hạn chế có thể do lượng bệnh nhân đông, quá tải trong khi NVYT bị hạn chế cả về số lượng và chất lượng. Nguyên nhân khác có thể là thiết bị y tế chưa hiện đại, chưa cập nhật tiến bộ công nghệ trong y học nên hạn chế khả năng chuẩn đoán, điều trị và chất lượng xử lý công việc.

V. KẾT LUẬN

Khả năng đáp ứng 75-100% khối lượng công việc được giao của NVYT tại BV đa khoa tỉnh Sơn La là 72,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (WHO) (2006)**, The world health report 2006: working together for health, World Health Organization.
2. **Pacific WHO (2018)**, Human resources for health country profiles: Viet Nam. (Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific).
3. **Bộ y tế (2009)**, "Báo cáo tổng quan chung ngành y tế (JAHR)".
4. **Hodgkin D. Shepard D. H., Anthony Y. & Organization W. H. (2000)**, Analysis of hospital costs: a manual for managers.
5. **Bộ y tế (1997)**, Quyết định 1895/1997/QĐ-BYT Quy chế bệnh viện.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U TUYẾN YÊN XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Văn Đô*, Vũ Văn Hòe*,
Nguyễn Văn Hưng*, Nguyễn Văn Khôi*

TÓM TẮT⁴⁷

Đặt vấn đề: U tuyến yên (UTY) chiếm 10 – 15% các u nguyên phát trong sọ, là u lành tính. Do đặc điểm vị trí giải phẫu và chức năng nội tiết của tuyến yên nên các u tuyến yên chỉ được chẩn đoán khi gây nên các xáo trộn, có hai hội chứng thường gặp là hội chứng khối u và hội chứng nội tiết. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 81 bệnh nhân với chẩn đoán xác định là adenoma tuyến yên tái phát hoặc không phẫu thuật được tại đơn vị Gamma Knife, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2016. **Kết quả:** Qua 81 BN chúng tôi ghi nhận có 23 BN u tăng NTT và 58 BN u không tăng NTT. Tuổi trung bình 43.35 ± 11.98 tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 73 tuổi. Nữ nhiều hơn nam ở cả hai nhóm u, chiếm 53.1% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Thời gian từ lúc PT đến lúc xạ trị trung bình là 10.01 tuần. Triệu chứng do khối u chèn ép gặp nhiều nhất là nhức đầu chiếm 84%. Thể tích u tuyến yên trung bình 5553.73 ± 2991.15 mL. Đặc điểm khối u trên MRI có xâm lấn giao thoa thị chiếm 60.5%. Đa số bệnh nhân nghiên cứu ở độ 3 KNOSP với tỉ lệ là 51.9%. 15 TH tăng tiết PRL và 10 TH u tăng GH. Mối tương quan nghịch giữa kích thước khối u và nồng độ hormon GH nhóm u tăng NTT với $r = -0.416$, $p = 0.048$. Tỉ lệ suy tuyến yên

trước xạ trị là 30,9%. Suy 3 trục tuyến yên là 3.7%. **Kết luận:** U tuyến yên adenoma tái phát hoặc không phẫu thuật được có tỉ lệ nam nữ tương đương nhau và gặp chủ yếu ở tuổi trung niên. Trong u tuyến yên tăng NTT, u tuyến yên tăng tiết PRL là thường gặp. Kích thước u ảnh hưởng đến nồng độ GH trong máu.

Từ khóa: u tuyến yên, xạ trị, Gamma Knife.

SUMMARY

EVALUTED THE CLINICAL AND LABORATORY TEST OF RECURRENT OR RESIDUAL ADENOMA PITUITARY TUMOR

Introduction: The pituitary tumor accounts for 10-15% of the primary brain tumors, which is benign. Due to the anatomical location and endocrine function of the pituitary gland, pituitary adenomas are only diagnosed when causing disturbances, there are two common syndromes: tumor syndrome and endocrine syndrome. **Methods:** Non-controlled clinical intervention study on 81 patients with definite diagnosis of recurrent or residual pituitary adenoma tumor at Gamma Knife unit, Cho Ray Hospital from January 2012 to December 2016. **Results:** Through 81 patients, we recorded 23 patients of functioning pituitary tumor and 58 patients with non-functioning pituitary tumor. The average age is 43.35 ± 11.98 years, the youngest is 18, the largest is 73 years old. Women were more than men in both groups, accounting for 53.1% of the total number of studied patients. The average time from surgery to radiation therapy is 10.01 weeks. The most common symptoms of tumors are headache, which accounts for 84%. Average volume of pituitary adenocarcinoma 5553.73 ± 2991.15 mL. Tumor characteristics on MRI have

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đô

Email: dochrn@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

60.5% of invasive visual interference. Most patients studied at level 3 KNOSP with the rate of 51.9%. In functioning pituitary tumor, 15 patients increase in PRL and 10 patients GH increase. Negative correlation between tumor size and GH hormone concentration of functioning group increased with $r = -0.416$, $p = 0.048$. The rate of hypopituitarism before radiotherapy is 30.9%. The failure of 3 axis of pituitary is 3.7%.

Conclusion: Recurrent or non-surgical adenoma pituitary tumors have similar proportions of men and women and meet mainly in middle age. In functioning pituitary adenomas, secreting pituitary adenoma increased of PRL is common. The size of tumor affects blood levels of GH.

Keywords: pituitary tumors, radiotherapy, Gamma Knife.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến yên (UTY) chiếm 10 – 15% các u nguyên phát trong sọ, là u lành, phát triển từ mô tuyến yên hay từ vết tích phôi thai của túi Rathke, ước tính tỉ lệ bệnh lưu hành từ 15 – 18/100000 dân và đứng hàng thứ ba sau u tế bào thần kinh đệm và u màng não [1]. Do đặc điểm vị trí giải phẫu và chức năng nội tiết của tuyến yên nên các u tuyến yên chỉ được chẩn đoán khi gây nên các xáo trộn, có hai hội chứng thường gặp là hội chứng khối u và hội chứng nội tiết. Tuy nhiên, khá nhiều khối u không gây ra triệu chứng gì và vì thế không bao giờ được chẩn đoán trong suốt cuộc đời. Trong những năm gần đây nhờ sự phát triển của ngành chẩn đoán hình ảnh, nhất là MRI mà UTY ngày càng được phát hiện nhiều hơn. Mục đích chính của các phương pháp đó là loại bỏ hoặc khống chế được khối u, nhưng vẫn đảm bảo được chức năng nội tiết của tuyến yên, ức chế hoặc giảm bài tiết hormon do u gây ra, ít xâm hại nhất đến tổ chức xung quanh [2] [3]. Xạ trị u tuyến yên đã được thực hiện trên thế giới từ những năm 1900, liên tục cải tiến, phát triển kỹ thuật và cho kết quả khả quan về hiệu quả sớm cũng như việc theo dõi lâu dài sau xạ trị [4]. Trong những năm gần đây ở Việt Nam, tại một số cơ sở đã kết hợp xạ trị cho các trường hợp UTY. Tuy nhiên, *chưa có nghiên cứu về xạ trị Gamma cho bệnh nhân u tuyến yên còn sót hoặc tái phát sau mổ. Chính vì*

vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 81 bệnh nhân với chẩn đoán xác định là adenoma tuyến yên đã phẫu thuật, được khám, điều trị và theo dõi tại đơn vị Gamma Knife, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2016. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định u tuyến yên và được phẫu thuật lấy u. Có kết quả giải phẫu bệnh là Adenoma tuyến yên. Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ đánh giá còn u sau phẫu thuật hoặc u tái phát sau phẫu thuật. Bệnh nhân được chỉ định kết hợp điều trị bổ túc bằng phương pháp xạ phẫu, hệ thống xạ phẫu Leksell Gamma Knife tại Đơn vị Gamma Knife – Bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn chẩn đoán u còn lại sau phẫu thuật: là các trường hợp u tuyến yên được mổ lấy u, có bằng chứng còn u ghi nhận trong tường trình phẫu thuật và trên hình ảnh chụp MRI ít nhất 3 tháng sau phẫu thuật. Tiêu chuẩn chẩn đoán u tái phát sau phẫu thuật: là các trường hợp u tuyến yên được mổ lấy u, có bằng chứng trên hình ảnh chụp MRI là u tăng kích thước so sánh với 6 tháng trước đó. Chẩn đoán u tuyến yên theo hiệp hội u não Mỹ (ABTA) [1]. Chẩn đoán xác định u tuyến yên dựa vào: mô bệnh học hoặc u tuyến yên trên MRI sọ não. Chẩn đoán thể bệnh u tuyến yên theo hormon: U tăng nội tiết tố (NTN): tăng một hoặc nhiều hormon: PRL, ACTH, TSH, FSH, GH, LH; U không tăng NTN: không tăng bất kỳ hormon tuyến yên nào.

Tiêu chuẩn nồng độ hormon bình thường ở người trưởng thành đánh giá theo Molina [5] (Hội nội tiết học lâm sàng Mỹ). Suy tuyến yên khi một hoặc nhiều hormon tuyến yên giảm dưới ngưỡng giới hạn dưới của nhóm tham chiếu trừ hormon GH và ACTH. Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tuyến yên theo Nemes [6].

Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập theo suốt quá trình điều trị của BN.

Các số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

	Nhóm u tăng NTN ($n = 23$)	Nhóm u không tăng NTN ($n = 58$)	Nhóm nghiên cứu ($n = 81$)	Giá trị p
Giới tính (n, %): Nam	11 (47.8)	27 (44.6)	38 (46.9)	NA
Nữ	12 (52.2)	31 (53.4)	43 (53.1)	
Tuổi trung bình (năm)	39.48±12.12	44.88±11.67	43.35±11.98	NA
Thời gian từ phẫu thuật đến khi xạ trị (tuần)	9.39 ± 4.06	10.26 ± 5.66	10.01 ± 5.25	0.506

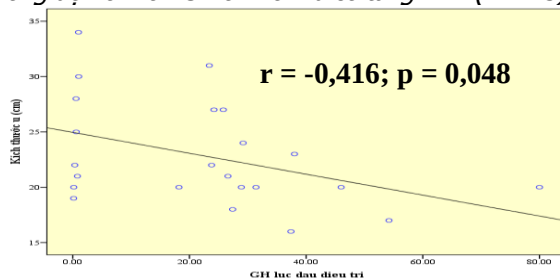
Triệu chứng chèn ép (n;%)				
Giảm trí nhớ	1 (4.3)	12 (20.7)	13 (16)	0.071
Nhức đầu	18 (78.3)	50 (86.2)	68 (84)	0.380
RL thị giác	7 (30.4)	37 (63.8)	44 (54.3)	0.007
Triệu chứng nội tiết (n;%)				
Tiết sữa	5 (21.7)	1 (1.7)	6 (7.4)	0.002
Suy tuyến yên	6 (26.1)	19 (32.8)	25 (30.9)	0.558
Rối loạn kinh nguyệt	2 (8.7)	6 (10.8)	8 (9.9)	0.823
Thiếu năng tình dục	3 (13)	8 (13.8)	11 (13.6)	0.929
To đầu chi	14 (60.9)	0	14 (17.3)	<0.001

Bảng 2: Đặc điểm khối u tuyến yên trên MRI

	Nhóm u tăng NTT (n = 23)	Nhóm u không tăng NTT (n = 58)	Nhóm nghiên cứu (n = 81)	Giá trị p
Thể tích u trước xạ (mm³)	4835.26 ± 2722.11	5835.64 ± 3066.98	5553.73 ± 2991.15	0.175
Xâm lấn giao thoa thị	18 (78.3)	31 (53.4)	49 (60.5)	0.039
Khoảng cách đến giao thoa thị				
< 3mm	6 (26.1)	20 (34.5)	26 (32.1)	0.466
≥ 3mm	17 (73.9)	38 (65.5)	55 (67.9)	
Tính chất u: Dạng hỗn hợp	13 (56.5)	24 (41.4)	37 (45.7)	0.217
Dạng đặc	10 (43.5)	34 (58.6)	44 (54.3)	
Phân độ KNOSP				
Độ 0	1 (4.3)	2 (3.4)	3 (3.7)	0.357
Độ 1	1 (4.3)	0	1 (1.2)	
Độ 2	8 (34.8)	17 (29.3)	25 (30.9)	
Độ 3	12 (52.2)	30 (51.7)	42 (51.9)	
Độ 4	1 (4.3)	9 (15.5)	10 (12.3)	

Bảng 3: Đặc điểm suy tuyến yên của nhóm nghiên cứu

	Nhóm u tăng NTT (n = 23)	Nhóm u không tăng NTT (n = 58)	Giá trị p
Suy tuyến yên	11 (47.8)	32 (53.1)	0.550
Trục thượng thân	6 (26.1)	13 (22.4)	0.725
Trục tuyến giáp	6 (26.1)	14 (24.1)	0.854
Trục hướng thân	0	5 (8.6)	0.146
Trục sinh dục	4 (17.4)	17 (29.3)	0.270
Số lượng trục suy:			
1 trục	7 (30.4)	17 (29.3)	0.81
2 trục	3 (12)	13 (22.4)	
3 trục	1 (4.3)	2 (3.4)	

Biểu đồ 1. Tương quan giữa kích thước u với nồng độ hormon GH ở nhóm u có tăng NTT (n = 23)

Qua 81 BN chúng tôi ghi nhận có 23 BN u tăng NTT và 58 BN u không tăng NTT. Tuổi trung bình 43.35 ± 11.98 tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 73 tuổi. Nữ nhiều hơn nam ở cả hai nhóm u, chiếm 53.1% tổng số bệnh nhân nghiên cứu.

Thời gian từ lúc PT đến lúc xạ trị trung bình là 10.01 tuần. Triệu chứng do khối u chèn ép gặp nhiều nhất là nhức đầu chiếm 84%. Triệu chứng do rối loạn nội tiết gây ra gặp nhiều là suy tuyến yên chiếm 30.9%. Triệu chứng rối loạn thị giác ở nhóm u không tăng NTT nhiều hơn so với nhóm u tăng NTT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tỷ lệ bệnh nhân nhức đầu chiếm cao nhất 78.3% ở nhóm tăng NTT và 86.2% ở nhóm không tăng NTT.

Kích thước u trước xạ hiệu chỉnh và thể tích u trước xạ ở hai nhóm tương đương nhau. Kích thước u trước xạ ở nhóm u tăng NTT nhỏ hơn nhóm không tăng NTT, sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê với $p < 0.05$. Đặc điểm khối u trên MRI có xâm lấn giao thoa thị chiếm 60.5%.

Ở cả hai nhóm u, khoảng cách từ u tới giao thoa thị $\geq 3\text{mm}$ đều nhiều hơn $< 3\text{mm}$, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa về thống kê. U đặc chiếm tỉ lệ cao nhất, không ghi nhận trường hợp u dạng nang nào. Đa số bệnh nhân nghiên cứu ở độ 3 KNOSP với tỉ lệ là 51.9%, ít nhất là độ 1 với tỉ lệ 1.2%.

Chúng tôi ghi nhận có 23 BN u tuyến yên tăng NTT trong đó 15 TH tăng tiết PRL và 10 TH u tăng GH. Kích thước u tương quan không có ý nghĩa với nồng độ các hormon ở nhóm bệnh, nhóm có tăng NTT và nhóm không tăng NTT. Ngoại trừ có mối tương quan nghịch giữa kích thước khối u và nồng độ hormon GH ở nhóm bệnh với $r=-0,310$, $p=0,005$ và nhóm u tăng NTT với $r=-0,416$, $p=0,048$. Tỉ lệ suy tuyến yên trước xạ trị là 30,9%. Suy 3 trục tuyến yên là 3.7%. Không ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về suy tuyến yên và 2 nhóm u.

IV. BÀN LUẬN

Qua thời gian 01/2012 đến 12/2016, trên 81 BN u tuyến yên tái phát hoặc u tuyến không phẫu thuật được, chúng tôi ghi nhận nữ nhiều hơn nam ở cả hai nhóm u, chiếm 53.1% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Một nghiên cứu trên 219 BN u tuyến yên về sự liên quan giới tính và các yếu tố của u tuyến yên cho thấy đối với các u tuyến yên nhỏ và u không tăng tiết prolactin thì tỉ lệ nữ giới cao hơn nam giới [7]. Một số nghiên cứu dịch tễ cho thấy trong bệnh lý u tuyến yên, tỉ lệ nam: nữ là 2: 1 [8]. Tác giả Yuan-Hao Chen và cs [9] báo cáo 22 BN u tuyến yên tái phát hoặc còn lại sau mổ được điều trị xạ trị tại Đài Loan cho thấy tỉ lệ nam: nữ là 2: 1. Tuy nhiên, Bir và cộng sự nghiên cứu 57 TH u tuyến yên không tăng nội tiết tố được điều trị bằng Gamma knife, trong đó có 53 BN là u tuyến yên tái phát và u còn lại sau phẫu thuật cho thấy tỉ lệ nam: nữ là tương đương nhau (56,1% và 43,9%). Ở nghiên cứu chúng tôi, BN là u tuyến yên tái phát hoặc không cắt hết trong phẫu thuật, ghi nhận tuổi trung bình là 43.35 ± 11.9 , tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất 73 tuổi. Theo nghiên cứu thống kê các bệnh lý u não tại Mỹ năm 2013 trên 326711 trường hợp, tần suất xuất hiện u tuyến yên là 16,2% và u tuyến yên có thể xuất hiện ở bất kỳ lứa tuổi nào từ 20 tuổi trở lên, tuy nhiên tần suất u tuyến yên tăng dần theo các nhóm tuổi và nhiều nhất là độ tuổi 55-74 tuổi.

Chúng tôi ghi nhận thời gian từ lúc phẫu thuật đến khi xạ trị trung bình là 10 tuần và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm u. Tác giả Pomeraniec đã nghiên cứu so sánh bắt cặp 222 BN được xạ trị sau phẫu thuật

u tuyến yên không tăng NTT chia thành 2 nhóm xạ trị sớm < 6 tháng sau phẫu thuật và nhóm xạ trị trễ > 6 tháng sau phẫu thuật cho thấy nhóm xạ trị trễ làm tăng nguy cơ u phát triển ($p=0.013$) và u không kiểm soát tốt sau xạ ($p=0.038$) hơn so với nhóm được xạ trị sớm sau thời gian theo dõi trung bình là 68.5 tháng. Trong nghiên cứu chúng tôi phân độ KNOSP độ 3 chiếm đa số 51.9% và độ 4 là 12.3%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân độ KNOSP giữa 2 nhóm u tuyến yên. Tác giả Kim điều trị cho 42 BN u tuyến yên bằng phẫu thuật sau đó xạ trị cho thấy phân độ KNOSP độ 3 và 4 sẽ làm tăng khả năng tái phát sau điều trị, nhóm bệnh nhân có u tuyến yên xâm lấn xoang hang tỉ lệ lành bệnh là 30% so với nhóm không xâm lấn xoang hang tỉ lệ lành bệnh là 72%.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận triệu chứng nhức đầu thường gặp nhất chiếm 84%. Chúng tôi ghi nhận triệu chứng rối loạn thị giác trong nghiên cứu chiếm 54,3% và ở nhóm u không tăng NTT triệu chứng thị giác xuất hiện nhiều hơn so với nhóm u có tăng NTT (63,8% so với 30.4%, $p=0.007$). Guadalupe khảo sát triệu chứng lâm sàng trên 485 BN u tuyến yên không tăng NTT cho thấy triệu chứng đau đầu là thường gặp chiếm 66%. Cảm giác đau đầu sẽ khiến bệnh nhân xuất hiện triệu chứng kèm theo nôn và buồn nôn. Triệu chứng nôn, buồn nôn cũng có thể do tình trạng tăng áp lực nội sọ trong do u chèn ép. Đồng Văn Hệ [10] báo cáo 140 TH u tuyến yên tại bệnh viện Việt Đức cho thấy triệu chứng đau đầu, nôn và buồn nôn là thường gặp nhất chiếm 80%.

Chúng tôi ghi nhận có 23 BN u tuyến yên tăng NTT trong đó 15 TH tăng tiết PRL và 10 TH u tăng GH. Elshirbiny cho thấy trong u tuyến yên tăng NTT, u tăng tiết PLR và GH là thường gặp hơn so với u tăng ACTH. Tác giả Đồng Văn Hệ [10] cũng cho thấy u tăng tiết PRL chiếm 44,17% và u tăng tiết GH chiếm 14,29%, u tăng ACTH chỉ chiếm 2%. Khi phân tích kích thước u và nồng độ các chất nội tiết trong máu, chúng tôi nhận được tương quan ngược giữa nồng độ GH và kích thước u ($r=-0,416$, $p=0,048$) u kích thước nhỏ có khả năng tiết GH nhiều hơn u kích thước lớn. Mukai K. và cs [17] phân tích trên các bệnh các bệnh nhân u không HTNT cho thấy có mối tương quan ngược giữa kích thước u và nồng độ hormon PRL ($r=-0,36$) u kích thước lớn khả năng suy tuyến yên càng cao.

V. KẾT LUẬN

U tuyến yên adenoma tái phát hoặc không phẫu thuật được có tỉ lệ nam nữ tương đương

nhau và gặp chủ yếu ở tuổi trung niên. Triệu chứng nhức đầu, buồn nôn là thường gặp nhất. Trong u tuyến yên tăng NTT, u tuyến yên tăng tiết PRL là thường gặp. Kích thước u ảnh hưởng đến nồng độ GH trong máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Brain Tumor Association (2015).** Pituitary tumors, ISBN 0-944093-90-6.
2. **Chirag G., Hayden M., Katznelson. L et al. (2009).** Non-surgical management of hormone-secreting pituitary tumors. Journal of Clinical Neuroscience, 16: 985-993.
3. **Camara Gomez R. (2014).** Non-functioning pituitary tumors: 2012 update. Endocrine nutrition, 61(3): 160-170.
4. **Wan H., Chihiro O., Yuan S. (2009).** MASEP gamma knife radiosurgery for secretory pituitary adenomas: experience in 347 consecutive cases. Journal of Experimental & Clinical Cancer Research, 28(1): 36.
5. **Molina P.E.(2013).** Anterior Pituitary Gland In: Endocrine Physiology, 4th edition, McGraw-Hill Companies, Inc, New York, 1, 49-72.
6. **Nemes O. (2016).** Hypopituitarism due to pituitary adenomas, traumatic brain injury and stroke, Clinical Medical Sciences, Hungary, 10-13.
7. **Annamaria Colao et al, 2003,** "Gender differences in prevalence, clinical features and response to cabergolin in hyperprolactinemia", European Journal of Endocrinology, 148: 325-331.
8. **Adrain F. Daly et al, 2006,** "High prevalence of pituitary adenoma: A cross-sectional study in the Province of Liege, Belgium", J Clin Endocrinol Metab, 91: 4769 – 4775.
9. **Yuan-Hao Chen et al, 2013,** "Multisession CyberKnife radiosurgery for post-surgical residual and recurrent pituitary adenoma: preliminary result from one center", Journal of Radiosurgery and SBRT, 2, 105-117.
10. **Đồng Văn Hệ, Lý Ngọc Lan, 2012,** "Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh u tuyến yên", Y học Tp Hồ Chí Minh, tập 16, phụ bản 4, 410-416.

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT THỂ PARANOID TẠI 3 HUYỆN CỦA TỈNH HƯNG YÊN

Nguyễn Thanh Bình¹, Vũ Phong Túc¹, Nguyễn Văn Tình²

TÓM TẮT⁴⁸

Qua nghiên cứu 333 bệnh nhân tâm thần phân liệt (BN TTPL) thể paranoid và phỏng vấn 46 cán bộ công tác tại các trạm y tế xã, 82 Lãnh đạo và các cán bộ trực tiếp làm công tác chỉ đạo tuyến Bệnh viện Tâm thần Hưng Yên; Lãnh đạo và cán bộ quản lý Chương trình của Trung tâm y tế 3 huyện Kim Động, Phù Cù, Tiên Lữ, chúng tôi thấy thuốc sử dụng cho BN TTPL chủ yếu là Aminazin chiếm 61,6% Levomepromazin chiếm 48,3%, chỉ có 15,3% BN dùng Haloperidol. 85,5% người bệnh TTPL thể paranoid điều trị ở cộng đồng uống thuốc đều hàng ngày. Cán bộ làm công tác quản lý, điều trị cho người bệnh tâm thần ở cộng đồng có trình độ bác sỹ chiếm 28,3%; có trình độ y sỹ chiếm 45,7%, trình độ điều dưỡng chiếm 26,1%. Số cán bộ này được tập huấn là 84,8%, cán bộ chưa được tập huấn là 15,2%. Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tâm thần được triển khai ở tất cả các xã (100%), lực lượng truyền thông là cán bộ y tế chiếm 82,6%. - 93,5% Trạm y tế khám bệnh và cấp thuốc cho bệnh nhân 2 lần/tháng, số còn lại cấp thuốc 1 lần/tháng.

SUMMARY

The cross-sectional study was implemented among 333 paranoid schizophrenic patients and interviewed 46 medical staff of Commune Health Stations, 82 medical leaders and management staff of Mental Health Hospital of Hungyen Province; Leaders and management staff of Mental Health Project of three District Medical Centers of Kim Dong, Phu Cu and Tien Lu. The results showed that the majority of drug for paranoid schizophrenia outpatients were Aminazin Levomepromazine accounted for 61.6% and 48.3%, respectively while Haloperidol was 15.3%. 85.5% of paranoid schizophrenia outpatients are treated daily. The medical staff as management and treatment among the paranoid schizophrenia outpatients had University Medical Doctor level, Secondary Medical Doctor level and nurses were 28.3%, 45.7% and 26.1% respectively. The percentage of staff with training on mental health management was 84.8%. Mental health communication education was implemented in all communes (100%), communication health workforce staffs were 82.6%. The majority of medical examination and drug administrations were provided at all Commune Health Stations for 2 times per month (93.5%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt thường khởi phát ở lứa tuổi trẻ, khuynh hướng tiến triển mạn tính, dẫn đến tình trạng khó thích ứng. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng dương tính và âm tính gây nên

¹Trường ĐH YD Thái Bình

²Bệnh viện Tâm thần Hưng Yên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenthambinhhdh@yhb@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

sự rối loạn chức năng, đặc biệt là sự rối loạn cảm giác, tư duy và hành vi. [1].

Hoang tưởng và ảo giác là những triệu chứng nổi bật trong bệnh cảnh lâm sàng của thể paranoid, việc phát hiện sớm tái phát hoang tưởng và ảo giác ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid đang điều trị ngoại trú tại cộng đồng sẽ giúp cho các thầy thuốc quyết định điều chỉnh các liệu trình điều trị tốt nhất, hợp lý nhất góp phần nâng cao chất lượng điều trị giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục và hòa nhập cộng đồng [3],[5]. Cho đến nay, Hưng Yên chưa có công trình nghiên cứu đánh giá một cách toàn diện về công tác quản lý, điều trị ngoại trú cho bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid và đánh giá mức độ tái hòa nhập với cộng đồng của bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "Thực trạng công tác quản lý, điều trị ngoại trú bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid tại 3 huyện của tỉnh Hưng Yên" với mục tiêu: *Mô tả thực trạng công tác quản lý, điều trị ngoại trú cho bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid tại các trạm y tế xã.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid hiện được quản lý tại các Trạm y tế xã, thị trấn.
- Nhân viên y tế thôn, tổ dân cư thuộc địa bàn nghiên cứu. Cán bộ y tế được giao nhiệm vụ quản lý, điều trị cho bệnh nhân tâm thần phân liệt thể Paranoid ở các trạm y tế xã, thị trấn; cán bộ quản lý, cán bộ Lãnh đạo, cán bộ Y tế và cán bộ phụ trách quản lý bệnh xã hội.
- Hồ sơ bệnh án, sổ sách, biểu mẫu báo cáo về công tác quản lý, điều trị bệnh nhân tâm thần phân liệt tại các Trạm y tế.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2017

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: huyện Kim

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân loại đối tượng theo giới và nhóm tuổi

Giới	Nam (n=228)		Nữ (n=105)		Chung (n=333)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tuổi						
20- 29	25	11,0	14	13,3	39	11,7
30- 39	52	22,8	23	21,9	75	22,5
40- 49	61	26,8	26	24,8	87	26,1
50- 59	70	30,7	27	25,7	97	29,1
60- 69	14	6,1	12	11,4	26	7,8
≥70	6	2,6	3	2,9	9	2,7
Tổng	228	100	105	100	333	100

Bảng 3.1 cho thấy: Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 68,47% và bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 31,53%.

Động, Phù Cừ, Tiên Lữ tỉnh Hưng Yên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả với cuộc điều tra cắt ngang,

- Điều tra thực trạng bệnh nhân và thân nhân người bệnh về các thông tin liên quan
- Điều tra nhân viên y tế để xác định tình thần, trách nhiệm cũng như khả năng đáp ứng nhiệm vụ và thực trạng công tác quản lý, điều trị bệnh nhân tâm thần phân liệt tại cộng đồng.

2.2.2. Cỡ mẫu:

***Bệnh nhân:** Cỡ mẫu chọn cho nghiên cứu mô tả cắt ngang được tính theo công thức xác định một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: Là số bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid cần nghiên cứu.

Z: Là độ tin cậy, lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$ ($Z = 1,96$); p: Là tỷ lệ bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị ngoại trú được điều trị ổn định hòa nhập cộng đồng, ước tính theo 1 nghiên cứu trước 0,7 [4]. q: $q = 1 - p$

d: Là sai số mong muốn, trong nghiên cứu này lấy $d = 0,05$

Từ công thức và các dữ liệu trên, ta tính được cỡ mẫu là 323 BN (thực tế NC trên 333 BN)

***Cán bộ trạm y tế:** Phòng vấn tất cả 46 cán bộ được giao nhiệm vụ quản lý, khám bệnh, điều trị cho bệnh nhân TTPL ở các Trạm y tế xã, thị trấn trong 3 huyện Kim Động, Phù Cừ, Tiên Lữ.

***Cán bộ lãnh đạo, chỉ đạo:** Phòng vấn sâu tất cả 82 Lãnh đạo và các cán bộ trực tiếp làm công tác chỉ đạo tuyến BV Tâm thần Hưng Yên; Lãnh đạo và cán bộ quản lý Chương trình của Trung tâm y tế 3 huyện Kim Động, Phù Cừ, Tiên Lữ.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Tổng hợp kết quả bằng phương pháp thống kê toán học và tính toán mối liên quan, các số liệu được xử lý bằng chương trình SPSS 14.0.

Bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid đang được điều trị ngoại trú tại các Trạm y tế ở độ tuổi từ 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (29,1%), nhóm 70 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ rất thấp (2,7%).

Bảng 3.2. Phân loại đối tượng theo thời gian mang bệnh

Thời gian mang bệnh	Nam (n=228)		Nữ (n=105)		Chung (n=333)	
	SL	%	SL	%	SL	%
<10	58	25,4	28	26,7	86	25,8
10- 19	90	39,5	38	36,2	128	38,4
20- 29	56	24,6	28	26,7	84	25,2
≥30	24	10,5	11	10,5	35	10,5
Tổng	228	100	105	100	333	100

Bảng 3.2 cho thấy: thời gian mắc bệnh từ 10-19 năm chiếm tỷ lệ 38,4%, thời gian mắc bệnh từ <10 năm chiếm tỷ lệ 25,8%, thời gian mắc bệnh từ 20- 29 năm là 31,58% và bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≥30 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,5%).

2.2.3. Đánh giá thực trạng công tác quản lý, điều trị ngoại trú cho bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid tại các Trạm y tế xã:

Bảng 3.3. Thuốc sử dụng cho người bệnh ở cộng đồng

Thuốc sử dụng	Nam (n=228)		Nữ (n=105)		Chung (n=333)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Aminazin 25mg	143	62,7	62	59,0	205	61,6	> 0,05
Levomepromazin 25mg	109	47,8	52	49,5	161	48,3	
Haloperidol 1,5mg	41	18,0	10	9,5	51	15,3	

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: có 61,6% bệnh nhân ở cộng đồng sử dụng thuốc Aminazin, số bệnh nhân dùng Levomepromazin chiếm 48,3%, chỉ có 15,3% bệnh nhân sử dụng Haloperidol. Số bệnh nhân dùng Haloperidol giữa 2 nhóm nam và nữ khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Phối hợp thuốc trong điều trị ở cộng đồng

Thuốc sử dụng	Nam (n=228)		Nữ (n=105)		Chung (n=333)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
1 loại thuốc	175	76,8	88	83,8	263	79,0	> 0,05
2 loại thuốc	41	18,0	15	14,3	56	16,8	
3 loại thuốc	12	5,3	2	1,9	14	4,2	
Tổng cộng	228	100	105	100	333	100	

Bảng 3.4 cho thấy: Có 79,0% bệnh nhân điều trị ngoại trú ở cộng đồng được sử dụng 1 loại thuốc hướng thần, số bệnh nhân phối hợp 2 loại thuốc chiếm tỷ lệ 16,8%, số bệnh nhân phối hợp 3 loại thuốc an thần kinh chiếm tỷ lệ không đáng kể (4,2%). So sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân nam và nữ về việc được sử dụng phối hợp 3 loại thuốc an thần kinh trong điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Việc uống thuốc duy trì của người bệnh

Thuốc duy trì	Nam (n=228)		Nữ (n=105)		Chung (n=333)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Uống đều hàng ngày	194	85,1	90	86,5	284	85,5	> 0,05
Uống không đều	21	9,2	9	8,7	30	9,0	
Không chịu uống	13	5,7	5	4,8	18	5,4	
Tổng cộng	228	100	105	100	333	100	

Bảng 3.5 cho thấy: Có 85,5% bệnh nhân điều trị ở cộng đồng uống thuốc đều, số bệnh nhân uống thuốc không đều chiếm 9,0%, có 5,4% bệnh nhân không chịu uống thuốc; So sánh việc uống thuốc giữa 2 nhóm nam và nữ thấy không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 3.6. Trình độ chuyên môn của cán bộ quản lý (n = 46)

Trình độ chuyên môn của cán bộ quản lý	Số lượng	Tỷ lệ %
Bác sỹ	13	28,3
Y sỹ	21	45,7
Điều dưỡng	12	26,1
Tổng cộng	46	100

Bảng 3.6 cho thấy: Trình độ chuyên môn của cán bộ Trạm y tế xã được giao nhiệm vụ quản lý,

điều trị cho người bệnh tâm thần ở cộng đồng cụ thể là: bác sỹ chiếm tỷ lệ 28,3%; trình độ y sỹ chiếm 45,7%.

Bảng 3.7. Thâm niên công tác của cán bộ tham gia quản lý

Thâm niên công tác	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 10 năm	19	41,3
11 - 20 năm	13	28,3
>20 năm	14	30,4

Bảng 3.7 cho thấy: Cán bộ Trạm y tế được

giao nhiệm vụ khám chữa bệnh cho bệnh nhân tâm thần ở cộng đồng có thâm niên công tác trên 20 năm chiếm 30,4%; số có thâm niên công tác ≤ 10 năm chiếm tỷ lệ 41,3%.

Bảng 3.8. Tập huấn kiến thức cho cán bộ Trạm y tế (n = 46)

Số lần tập huấn	Số lượng	Tỷ lệ %
Chưa tập huấn	7	15,2
Tập huấn 1 lần	11	23,9
Tập huấn 2 lần	11	23,9
Tập huấn 3 lần	17	37,0
Tổng cộng	46	100

Bảng 3.8 cho thấy: Cán bộ làm nhiệm vụ quản lý, điều trị cho bệnh nhân tâm thần phân liệt ở các Trạm y tế đã được tập huấn 3 lần chiếm 37,0%, số được tập huấn 2 lần và 1 lần đều chiếm 23,9%, vẫn còn tới 15,2% số cán bộ chưa được tập huấn những kiến thức cần thiết về chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng.

Bảng 3.9. Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe

Truyền thông	Thực hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuyên truyền giáo dục sức khỏe tâm thần	Có thực hiện	46	100
	Không thực hiện	0	0,0
Phương thức truyền thông	Qua loa đài	43	93,5
	Trực tiếp tại TYT	22	47,8
	Tại nhà bệnh nhân	19	41,3
Người tham gia truyền thông	Cán bộ Trạm y tế	38	82,6
	Cán bộ thông tin xã	28	60,9
	Y tế thôn	20	43,5
	Cán bộ đoàn thể khác	5	10,9

Kết quả bảng 3.9 cho thấy công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tâm thần đã được quan tâm triển khai ở tất cả các xã trong huyện (100%). Truyền thông qua loa đài chiếm tỷ lệ 82,9%, có 64,9% số xã truyền thông tới nhà người bệnh. Lực lượng truyền thông, ngoài cán bộ y tế ở cơ sở, cán bộ thông tin tham gia nhiều nhất, chiếm 82,9% số xã; cán bộ các đoàn thể khác tham gia truyền thông giáo dục sức khỏe tâm thần còn rất ít (8,6%).

Bảng 3.10. Công tác quản lý hồ sơ, bệnh án, thuốc và báo cáo thống kê.

Nội dung	Đúng quy định	
	SL	%
Hồ sơ bệnh án	37	80,4
Ghi chép bệnh án	46	100
Số theo dõi xuất nhập thuốc	46	100
Tủ riêng bảo quản thuốc an thần kinh	45	97,8
Báo cáo thống kê (1 lần/ tháng)	46	100

Bảng 3.10 cho thấy: Việc quản lý, ghi chép diễn biến của người bệnh đạt yêu cầu ở 100% trạm y tế, còn 19,6% không đạt yêu cầu về hồ sơ bệnh án. Về quản lý dược, tất cả các Trạm y tế đều có sổ theo dõi sử dụng thuốc, chế độ báo cáo dược hàng tháng được thực hiện ở 100% số trạm y tế, về tủ riêng bảo quản thuốc hướng tâm thần đạt 97,8%, còn 1 trạm y tế chưa có ngăn tủ riêng để bảo quản thuốc chiếm 2,2%.

Bảng 3.11. Tình hình quản lý bệnh nhân của cán bộ chuyên trách

Nội dung	Thực hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
Quản lý bệnh nhân	Có quản lý	46	100
	Không quản lý	0	0,0
Nguồn thông tin giúp quản lý	Kiểm tra tại nhà BN	25	54,3
	Qua báo cáo của y tế thôn	27	58,7
	Tại trạm y tế	29	63,0
	Nguồn thông tin khác	7	15,2
Số lần khám bệnh, cấp thuốc/ tháng	Một lần	1	2,2
	Hai lần	43	93,5
	Không theo lịch	2	4,3

Bảng 3.11 cho thấy 100% cán bộ được điều tra có quản lý người bệnh TTPL; nguồn thông tin giúp công tác quản lý cũng rất đa dạng, phong phú: kiểm tra tại nhà 54,3%, qua báo cáo của y tế thôn 58,7%, nắm thông tin tại Trạm y tế 63,0% và từ các nguồn thông tin khác 15,2%.

Bảng 3.12. Công tác kiểm tra giám sát

Tuyến Số lần	Huyện		Tỉnh		P
	SL	%	SL	%	
Có giám sát	46	100,0	46	100	-
1 lần/ năm	13	28,3	30	65,2	<0,05
2 lần/ năm	20	43,4	16	34,8	>0,05
>2 lần/năm	13	28,3	0	0,0	-

Bảng 3.12 cho thấy: tất cả các xã (100%) đều được kiểm tra, giám sát bởi hai tuyến quản lý là tỉnh và huyện. Tuyến tỉnh giám sát chủ yếu 1 lần/năm (65,2%), số xã có giám sát 2 lần /năm chiếm tỷ lệ 34,8%; đối với tuyến huyện, tỷ lệ số xã được giám sát từ 2 lần/năm trở lên chiếm tỷ lệ cao hơn (43,4%), có 28,3% số xã được giám sát trên 2lần/năm. Sự khác nhau giữa tuyến tỉnh và huyện về số lần giám sát là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. KẾT LUẬN

- Aminazin là thuốc được sử dụng cho 61,6% bệnh nhân TTPL thể paranoid ở cộng đồng, số bệnh nhân dùng Levomepromazin chiếm 48,3%, chỉ có 15,3% bệnh nhân sử dụng Haloperidol.

- Có 79,0% bệnh nhân điều trị ngoại trú ở cộng đồng được sử dụng 1 loại thuốc hướng

thần, số bệnh nhân phối hợp 2 loại thuốc chiếm tỷ lệ 16,8%, số bệnh nhân phối hợp 3 loại thuốc an thần kinh chiếm tỷ lệ 4,2%.

- 85,5% người bệnh TTPL thể paranoid điều trị ở cộng đồng uống thuốc đều hàng ngày, số uống thuốc không đều chiếm tỷ lệ 9,0% và không chịu uống thuốc chiếm tỷ lệ 5,4%.

- Cán bộ được giao nhiệm vụ quản lý, điều trị cho người bệnh tâm thần ở cộng đồng có trình độ bác sỹ chiếm tỷ lệ 28,3%; có trình độ y sỹ chiếm 45,7%, còn 26,1% cán bộ có trình độ điều dưỡng.

- Các cán bộ được giao quản lý, điều trị cho bệnh nhân tâm thần phân liệt ở các Trạm y tế đã được tập huấn là 84,8%, cán bộ chưa được tập huấn là 15,2%.

- Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tâm thần được triển khai ở tất cả các xã (100%); lực lượng truyền thông là cán bộ y tế chiếm 82,6%; cán bộ thông tin của xã tham gia chiếm 60,9%, cán bộ các đoàn thể tham gia 10,9%.

- 100% cán bộ được điều tra có quản lý người bệnh TTPL; nguồn thông tin để quản lý rất phong phú: kiểm tra bệnh nhân tại nhà (54,3%), qua báo cáo của y tế thôn (58,7%), nắm thông tin tại Trạm y tế (63,0%) và từ các nguồn thông tin khác (15,2%).

- Tất cả các xã (100%) đều được hai tuyến tỉnh và huyện kiểm tra, giám sát. Tuyến tỉnh giám sát

chủ yếu 1 lần/năm (65,2%); tuyến huyện giám sát chủ yếu từ 2 lần/năm trở lên (43,4).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Bình (2014), "Đánh giá công tác điều trị ngoại trú cho bệnh nhân tâm thần phân liệt ở các trạm y tế xã tại Thái Bình", Tạp chí Y học Việt Nam (số 1, tháng 8/2014), Nhà xuất bản y học Việt Nam, tr 62-65.
2. Bộ Y tế (2011), "Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện", Thông tư số 07/2011/TT-BYT.
3. Chương trình Quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng (2002), Chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng cho các bệnh loạn thần nặng mãn tính.
4. Phạm Quang Lịch (2013), Đánh giá kết quả quản lý, điều trị bệnh nhân tâm thần phân liệt ở cộng đồng tại huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình, Luận án tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
5. Hargarter L., Lahaye M., Cherubin P., et al. (2017), "Treatment response and tolerability with once-monthly paliperidone palmitate initiated shortly after hospital admission in patients with schizophrenia", World J Biol Psychiatry. 2017 Jun 8;1-11.
6. Richards D.A., Bower P., Chew-Graham C., et al (2016), "Clinical effectiveness and cost-effectiveness of collaborative care for depression in care for depression in UK primary care: a cluster randomised controlled trial", Health Technol Assess. 2016 Feb;20(14): 1-192.

PHÁT HIỆN SỚM NGƯỜI MẮC BỆNH WILSON CHƯA CÓ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG BẰNG XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN PHÂN TỬ

Nguyễn Phạm Anh Hoa*, Nguyễn Thị Mai Hương*

TÓM TẮT⁴⁹

Wilson là bệnh di truyền lặn trên NST thường (13q.14.3) do đột biến gen ATP7B mã hóa cho protein ATPase, có chức năng vận chuyển đồng từ gan để bài tiết ra ngoài thông qua mật. Rối loạn chức năng protein ATPase là nguyên nhân dẫn đến đồng tích lũy phần lớn tại gan và một số cơ quan khác chẳng hạn như não, thận và do đó gây ra các bệnh liên quan đến gan, tâm thần và thần kinh. **Mục tiêu:** Phát hiện đột biến cho 23 thành viên trong gia đình gồm 3 thế hệ của một bệnh nhân Wilson. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 23 thành viên trong một gia đình gồm 3 thế hệ của một bệnh nhân Wilson được sàng lọc đột biến V176SfsX28 và P1273Q trên gen ATP7B bằng kỹ thuật giải trình tự gen. **Kết quả:** nghiên cứu đã phát hiện thêm 1 bệnh nhân Wilson bị đột biến di

hợp tử kép; 10 người mang gen bệnh và 12 người không bị đột biến gen. **Kết luận:** Sàng lọc đột biến cho các thành viên trong gia đình có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng, tư vấn di truyền trước sinh và tư vấn di truyền tiền hôn nhân.

Từ khóa: Bệnh Wilson, đột biến gen ATP7B, đột biến đích, sàng lọc đột biến, chẩn đoán sớm

SUMMARY

EARLY DETECTION MUTATIONS FOR ASYMPTOMATIC WILSON PATIENTS: A CASE REPORT

Wilson is a recessive hereditary disease (13q.14.3) caused by ATP7B gene mutation that encodes ATPase protein, which transports copper from the liver to excretion via the bile. Protein ATPase dysfunction is a major cause of co-accumulation in the liver and other organs such as the brain and kidneys, and thus causes liver and neurological diseases. **Objective:** To perform genetic analysis for 23 components in three generations of a Wilson family. Subjects and Methods: 23 members in three generations of a Wilson patient were screened for targeted ATP7B gene mutation by direct sequencing. **Results:** The study found one

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phạm Anh Hoa

Email: drhoanph@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

more Wilson patient with compound heterozygous ATP7b gene mutations; 10 other members were carriers and 12 remainings were normal. **Conclusion:** Screening of targeted ATP7B gene mutations for family members of probands is important in clinical practice and prenatal genetic counseling and genetic counseling pre-marriage.

Từ khóa: Wilson disease, ATP7B gene mutation, screening targeted mutation, asymptomatic diagnosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Wilson là một bệnh di truyền lặn hiếm gặp trên thế giới với tỷ lệ mắc từ 1/5000 đến 1/30000 trẻ đẻ sống do đột biến gen ATP7B (3, 9). Gen ATP7B nằm trên NST số 13 (13q14.3), mã hóa protein ATPase (P type ATPase copper transporting beta peptide) nhóm photphat và có vai trò quan trọng trong quá trình vận chuyển, hấp thu và đào thải đồng (2, 3). Kích thước toàn bộ gen ATP7B vào khoảng 80 kb, gồm có 21 exon và 20 intron, khung đọc mở có kích thước 4,3 kb (6). Rối loạn chức năng protein ATPase là nguyên nhân dẫn đến đồng tích lũy phần lớn tại gan và một số cơ quan khác chẳng hạn như não, thận, và do đó gây ra các bệnh liên quan đến gan, tâm thần và thần kinh (6, 9).

Bệnh Wilson khởi phát ở nhiều độ tuổi khác nhau, thường gặp nhất là từ 5 đến 35 tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất được chẩn đoán lúc 3 tuổi (9) và lớn tuổi nhất đã ngoài 80 tuổi (2). Khi được chẩn đoán sớm, bệnh nhân Wilson sẽ được điều trị sớm và tránh các biểu hiện, biến chứng

nguy hiểm của bệnh. Bệnh nhân Wilson có thể được chẩn đoán theo thang điểm Leipzig nhưng khi đó họ đã có nhiều biểu hiện lâm sàng (2). Ngoài ra, nhiều trường hợp được phát hiện bị bệnh Wilson nhờ sàng lọc đột biến gen trên các ca chỉ điểm trong các gia đình có tiền sử mắc bệnh Wilson. Hầu hết các ca này chưa có biểu hiện lâm sàng và bất thường trên xét nghiệm sinh hóa. Chính vì thế, nghiên cứu đã được thực hiện với mục tiêu: *Phát hiện sớm người mắc bệnh Wilson chưa có biểu hiện lâm sàng.*

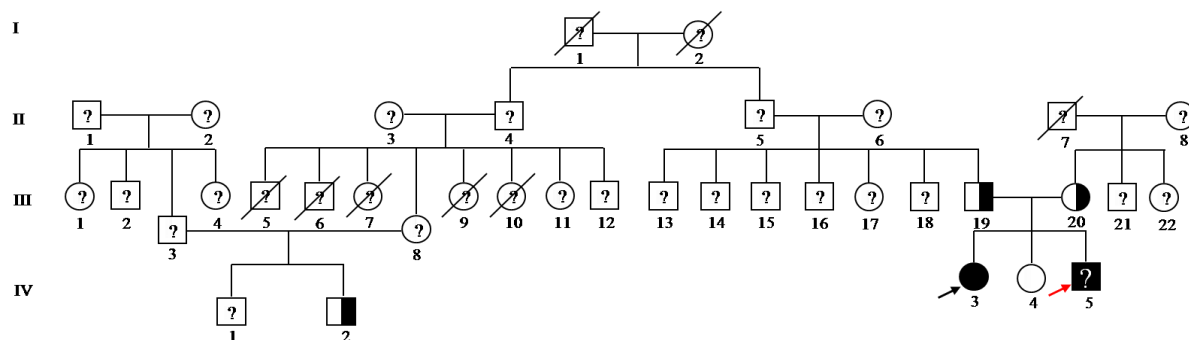
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân mã số WBW151002B (IV.5) được phát hiện mắc bệnh Wilson. Gia đình bệnh nhân có tiền sử có một chị gái bị bệnh Wilson và có đột biến đồng hợp tử S105* trên gen ATP7B (IV.3).

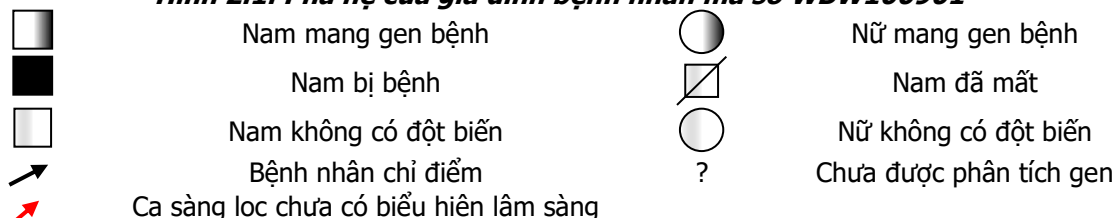
- Thế hệ I: Cụ bà nội (I.1 và I.2) đã chết trước khi nghiên cứu được thực hiện.

- Thế hệ thứ II: Ông ngoại của bệnh nhân (II.7) đã chết; ông bà nội (II.5, II.6) và các ông bà họ hàng (II.1-II.4) chưa được phân tích đột biến gen ATP7B.

- Thế hệ III: bố mẹ bệnh nhân (III.19, III.20) là người mang gen bệnh; 5 người bác của bệnh nhân (III.5, III.6, III.7, III.9, III.10) đã mất ở độ tuổi 9-13 tuổi không rõ nguyên nhân. Các thành viên còn lại (III.1-III.22) chưa được phân tích đột biến gen ATP7B.



Hình 2.1. Phả hệ của gia đình bệnh nhân mã số WBW100901



- Thế hệ thứ 4: một bệnh nhân mắc bệnh Wilson và là ca chỉ điểm của phả hệ (IV.3); một người mắc bệnh chưa có biểu hiện lâm sàng (IV.5); một người hoàn toàn bình thường (IV.4); một người anh họ mang gen bệnh (IV.2) và một

thành viên còn lại chưa được phân tích đột biến gen ATP7B (IV.1).

2. Phân tích đột biến gen ATP7B: Mẫu bệnh phẩm được sử dụng trong nghiên cứu là 2 ml máu ngoại vi, chống đông EDTA sẽ được tách

DNA bằng kit QIAamp DNA Blood mini kit (Qiagen, Đức). Mẫu DNA được sử dụng để làm khuôn cho phản ứng PCR nhằm khuếch đại 21 exon và vùng intron lân cận giữa các exon của gen ATP7B bằng 21 cặp mồi đặc hiệu (Invitrogen, Hoa Kỳ). Sản phẩm PCR được tinh sạch và giải trình tự trên máy ABI-3130 (Applied Biosystems, Foster City, Hoa Kỳ). Kết quả giải trình tự gen được phân tích bằng phần mềm ChromasPro, Seqscape v2.5 và so sánh với trình tự chuẩn NG_008806.1 trên Ngân hàng gen quốc tế.

3. Đạo đức nghiên cứu: Trước khi tiến hành nghiên cứu, bệnh nhân và gia đình bệnh

nhân được tư vấn di truyền và kí cam kết đồng thuận tham gia nghiên cứu. Thông tin và kết quả xét nghiệm của các bệnh nhân và người nhà được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Dựa trên kết quả phân tích đột biến gen ATP7B đã phát hiện trên ca chỉ điểm, đột biến này sẽ được sàng lọc cho toàn bộ các thành viên trong gia đình bệnh nhân. Nghiên cứu đã phát hiện người em trai (IV.5) của bệnh nhân mã số WBW100901 (IV.3) là một trường hợp mắc Wilson chưa có biểu hiện lâm sàng (Bảng 3.1 và 3.2).

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 13 trường hợp bị Wilson được phát hiện qua sàng lọc gia đình

Ca bệnh	Tuổi/giới*	Kiểu hình	Cp (g/l)	Đồng niệu/24 giờ (mg)	Vòng KF	Điểm m*	Kiểu gen	Điểm **
Chỉ điểm	nữ/10	thần kinh	0,020		có	6	S105*/S105*	10
Sàng lọc	nam/3t	-	0,021	≤0,05	không	2	S105*/S105*	6

Chú thích: Điểm *: điểm Leipzig tại thời điểm chẩn đoán bệnh; Điểm **: điểm Leipzig sau khi phân tích gen ATP7B. Điểm chẩn đoán bệnh Wilson (2) như sau:

≥4 điểm: chẩn đoán xác định bệnh
3 điểm: có thể chẩn đoán nhưng cần làm thêm xét nghiệm khác

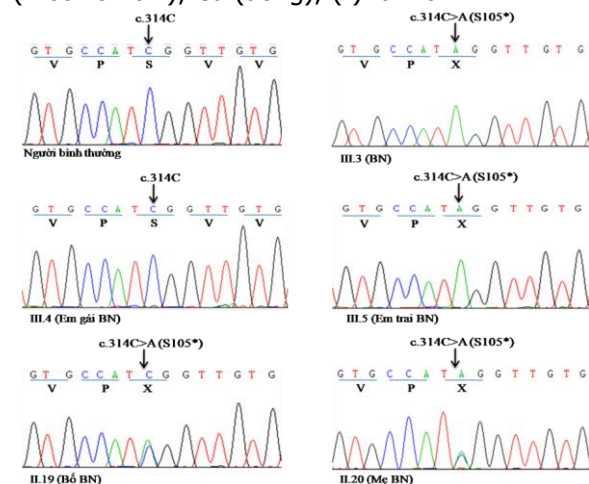
2 điểm: chưa thể chẩn đoán bệnh
Ca chỉ điểm trong gia đình bệnh nhân là một bệnh nhân nữ, 10 tuổi, phát bệnh năm 7 tuổi. Theo bảng điểm Leipzig, bệnh nhân được 6 điểm, nhưng sau khi có kết quả phân tích gen bệnh nhân đạt 10 điểm. Trong khi đó, ca sàng lọc là em trai của bệnh nhân mới chỉ ceruloplasmin giảm thấp (0,021) và được 2 điểm, đồng niệu của bệnh nhân không tăng, không có vòng KF và chưa đủ điểm chẩn đoán xác định bệnh Wilson. Tuy nhiên, sau khi được sàng lọc đột biến gen ATP7B, bệnh nhân có đột biến đồng hợp tử S105* (đạt 4 điểm), tổng điểm của bệnh nhân theo thang điểm Leipzig là 6 điểm và hoàn toàn đủ điểm chẩn đoán xác định bệnh Wilson.

Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng, kiểu gen và điểm chẩn đoán của 5 trường hợp mắc Wilson chưa có biểu hiện lâm sàng

Xét nghiệm	Chỉ số bình thường	Ca sàng lọc WBW 151002B
Tuổi/Giới		3t/nam
Bilirubin-trực tiếp (μmol/l)	0.5-6.8	0,75
Bilirubin-toàn phần (μmol/l)	3.4-17	2,87
AST (u/l)	<40	37,19
ALT (u/l)	<40	32,46

GGT (u/l)	<40	20,46
PT%	>70%	121,00
Albumin (g/l)	35-50	29,00
Protein tổng số (g/l)	60-80	57,80
Xét nghiệm Coombs		-
Ceruloplasmin (g/l)	0,2-0,6	0,0209
Cu niệu/24 giờ (mg)	<0,1	<0,05
Cu huyết thanh (u/l)	12-28	2,7
Kiểu gen	Không có	S105*/S105*

Chú thích: AST (Aspartate Amino Transferase); ALT (Alanin Amino Transferase); GGT (Gamma Glutamyl Transferase); PT (Prothrombin); Cu (đồng); (-): âm tính.



Hình 8.1. Trình tự đột biến S105* của gia đình bệnh nhân mã số WBW100901.

Phân tích đột biến gen ATP7B cho thấy bệnh

nhân mã số WBW100901 (IV.3) và em trai (mã số WBW151102B - IV.5) bị đột biến đồng hợp tử S105*. Em gái (IV.4) của bệnh nhân không có đột biến, bố (III.19) và mẹ (III.20) của bệnh nhân WBW100901 bị đột biến dị hợp tử S105* (Hình 3.1).

Tại vị trí 314 ở người bình thường là nucleotide C nhưng khi bị đột biến, nucleotide C sẽ bị thay thế bằng nucleotide A làm cho bộ ba TCG mã hóa Serine (S) thứ 105 trên chuỗi polypeptide chuyển thành bộ ba TAG mã hóa mã kết thúc (*).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân thứ hai, 3 tuổi có kiểu gen S105*/S105*, thuộc nhóm SMs/SMs (bệnh nhân có hai đột biến nghiêm trọng) (7). Mặc dù mối liên quan giữa kiểu gen và kiểu hình của bệnh Wilson tại Việt Nam vẫn chưa được nghiên cứu nhiều, đột biến S105* được giả thiết là liên quan đến kiểu hình nặng và phát bệnh sớm hoặc có biểu hiện tổn thương gan, hoặc có thể gặp ở một số trường hợp bệnh cảnh kết hợp giữa bệnh gan và thần kinh. Chị gái của bệnh nhân mã số WBW151002B (ca chỉ điểm-mã số WBW100901) (kiểu gen S105*/S105*) có biểu hiện lâm sàng nặng chẳng hạn như co cứng cơ, vận động tứ chi khó khăn và cuối cùng bị liệt toàn thân, nếu không được phát hiện sớm, bệnh nhân mã số WBW151002B có thể sẽ có biểu hiện lâm sàng nặng giống chị gái ruột. Bệnh nhân thứ ba, 7 tuổi bị tăng transaminase nhẹ, được sàng lọc đột biến vì đã có anh trai bị bệnh Wilson (ca chỉ điểm) và hiện đã tử vong. Ngoài ra, bệnh nhân có 1 chị gái bị bệnh Wilson đã mất vì suy gan cấp, có đột biến đồng hợp tử S105* trên gen ATP7B. Do vậy, các trường hợp có kiểu gen tương tự được phát hiện sớm khi chưa có biểu hiện lâm sàng sẽ được tiên lượng có lâm sàng tương tự với anh, chị của mình nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Nếu không có xét nghiệm di truyền, cả 2 bệnh nhân này có thể bị bỏ sót hoặc không thể phát hiện sớm vì chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo thang Leipzig (2), họ sẽ có thể có biểu hiện lâm sàng giống anh, chị em đã phát bệnh của mình và việc điều trị sẽ khó khăn hơn, sức khỏe của bệnh nhân sẽ bị ảnh hưởng nghiêm trọng hơn. Wilson là bệnh lý đặc biệt bởi sự liên quan giữa kiểu gen và kiểu hình. Kiểu hình của bệnh Wilson không chỉ phụ thuộc vào thể đột biến, mà còn phụ thuộc vào từng loại đột biến xảy ra trên các vị trí khác nhau của gen ATP7B (1). Hầu hết y văn công bố kết quả nghiên cứu mối liên quan giữa một số đột biến

thường gặp với biểu hiện lâm sàng. Theo đó, bệnh nhân bị đột biến đồng hợp tử R778L có biểu hiện bệnh từ sớm và lâm sàng nặng của thể bệnh gan (3). Đặc biệt ở Việt Nam, hầu hết bệnh nhân Wilson đều đến bệnh viện khám khi họ đã có nhiều biểu hiện lâm sàng của bệnh khiến cho việc chẩn đoán có thể nhầm lẫn với nhiều bệnh lý khác liên quan đến gan, thần kinh hoặc tiết niệu (6, 4, 5) khiến cho nhiều bệnh nhân bị biến chứng nặng, thậm chí suy gan cấp và tối cấp (2, 8). Bởi vậy, việc phát hiện đột biến cho bệnh nhân Wilson để làm cơ sở di truyền trong việc tầm soát đột biến gen cho anh, chị, em ruột của bệnh nhân là hết sức cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Sàng lọc đột biến gen ATP7B cho các thành viên trong gia đình có tiền sử mắc bệnh Wilson có ý nghĩa quan trọng trong thực hiện hành lâm sàng, tư vấn di truyền trước sinh và tư vấn di truyền tiền hôn nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chang JJ, Hahn SH.** The genetics of Wilson disease (2017). *Handb Clin Neurol* 142 (3rd series): 19-34
2. **Ferenci P, Czlonkowska A, et al.** Moradpour D (European Association for the study of the liver) (2012). EASL Clinical practice guidelines: Wilson's disease. *J Hepatol* 56(3): 671-85
3. **Forbes JR, Cox DW.** Functional characterization of missense mutations in ATP7B: Wilson disease mutation or normal variant? (1998). *Am J Hum Genet* 63(6): 1663-1674
4. **Huster D, Hoppert M, Lutsenko S, et al** (2003) Defective cellular localization of mutant ATP7B in Wilson's disease patients and hepatoma cell lines. *Gastroenterology* 124(2): 335-345
5. **Huster D, Kühne A, Bhattacharjee A, Raines L, Jantsch V, Noe J, Schirrmeister W, Sommerer I, Sabri O, Berr F, Mössner J, Stieger B, Caca K, Lutsenko S (2012)** Diverse functional properties of Wilson disease ATP7B variants. *Gastroenterology* 142(4): 947-956
6. **Kenney SM, Cox DW.** Sequence variation database for the Wilson disease copper transporter, ATP7B (2007). *Hum Mutat* 28(12): 1171-1177
7. **Li XH, Lu Y, Ling Y, Fu QC, Xu J, Zang GQ, Zhou F, De-Min Y, Han Y, Zhang DH, Gong QM, Lu ZM, Kong XF, Wang JS, Zhang XX (2011)** Clinical and molecular characterization of Wilson's disease in China: identification 14 novel mutations. *BMC Med Genet* 12: 16
8. **Patil M, Sheth AK, Krishnamurthy CA, Devarbhavi H (2013)** A Review and Current Perspective on Wilson Disease. *J Clin Exp Hepatol* 3(4): 321-336.
9. **Roberts EA, Schilsky ML.** A practice guideline on Wilson disease (2003). *Hepatology* 37(6): 1475-1492.