KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC PHẢI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, kết quả phẫu thuật nội soi ngực phải điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trong thời gian từ 1/2015 tới tháng 5/2019, tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An chúng tôi đã thực hiện cắt thực quản nội soi ngực phải cho 31 trường hợp ung thư thực quản 2/3 dưới. Tuổi bệnh nhân trung bình là 53,4 (từ 40 tới 73). Vị trí ung thư 1/3 giữa: 18 ca, 1/3 dưới: 13 ca. Chúng tôi thực hiện qua nội soi đường ngực và qua đường bụng: 4 ca. Thực quản và dạ dày được lấy qua một đường rạch nhỏ mũi ức. Dạ dày được tạo hình đưa qua trung thất sau lên cổ và nối với thực quản đoạn cổ. Dẫn lưu khoang màng phổi phải và mở thông hỗng tràng nuôi ăn được thực hiện ở tất cả các trường hợp. **Kết quả:** 18 trường hợp u nằm 1/3 giữa (58,1%), 13 u ở 1/3 dưới (41,9%). Thời gian mổ trung bình 246,9 phút. Không có trường hợp nào tử vong. Biến chứng 6 trường hợp: 1 trường hợp chảy máu sau mổ được phẫu thuật lại, 1 trường hợp áp xe phổi sau mổ, 3 trường hợp rò miệng nối thực quản dạ dày ở cổ được điều trị bảo tồn, 1 trường hợp hẹp miệng nối điều trị bằng nong. Số ngày nằm viện trung bình 9,6 ngày. **Kết luận:** Cắt thực quản nội soi ngực phải là kỹ thuật tương đối an toàn, hiệu quả và có thể sử dụng thường qui trong điều trị ung thư thực quản.

Từ khóa: Cắt thực quản nội soi ngực phải, ung thư thực quản.

SUMMARY

THE ENDOSCOPIC SURGERY RESULTS OF RIGHT THORACOSCOPY IN ESOPHAGEAL CANCER TREATMENT AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the ability and the endoscopic surgery results of right thoracospy in esophageal cancer treatment at Nghe An Oncology Hospital. **Subjects and Methods:** From 1/2015 to 5/2019, we have performed 31 cases of eosophagectomy right thoracoscopy and laparoscopy for treatment of the middle and lower third esophageal cancer in Nghe An Oncology Hospital. Average patient ages was 53,4 (range, 40 to 73). Tumors located in the middle third of esophagus 18 cases, lower third 13 cases. The esophagus was mobilized via right thorax thoracoscopy and mediastinal lymph nodes dissection was done. The esophageal reconstruction by gastric tube and dissection of lymph nodes around cardia were done by laparoscopy. The gastric tube was then introduced through the posterior mediastinum to the cervical level to anastomose with the cervical eosophage. Jejunostomy and right chest tube was done in all cases. **Results:** Tumors located in the mid third in 18 cases (58,1%), lower third in 13 cases (41,9%). Mean operative time was 246,9 minutes. Complications occurred in 6 cases: 1 pneumonia, 3 cervical anastomotic leak which had been managed conservatively, 1 anastomotic stenosis required dilation. Mean hospital stay was 9.6 days. **Conclusions**: Right thoracoscopic esophagectomy appears to be a safe, effective option and could be used routinely in management of esophageal cancer.

Keywords: Right thoracoscopic esophagectomy, esophageal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh lý ác tính thường gặp của hệ tiêu hóa, chẩn đoán UTTQ không khó nhưng đa số bệnh được phát hiện thường ở giai đoạn muộn, vì vậy việc phát hiện bệnh sớm để điều trị triệt căn là rất quan trọng [1]. Điều trị UTTQ là một vấn đề khó khăn, phức tạp, phải điều trị đa mô thức với sự phối hợp đồng bộ của nhiều chuyên khoa, trong đó phẫu thuật là lựa chọn được ưu tiên hàng đầu [2].

Hiện nay, UTTQ vẫn là bệnh lý có tiên lượng kém và bệnh nhân thường đến muộn nên khả năng cắt bỏ triệt căn khối u chưa đến 1/3 các trường hợp. Phẫu thuật cắt bỏ thực quản là một phương pháp can thiệp ngoại khoa nặng nề, có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao (6-7%) [3],[4]. Do đó, sự phát triển phẫu thuật nội soi dường như mang đến một giải pháp hợp lý nhằm khắc phục những nhược điểm của phẫu thuật mở kinh điển. Ngoài những ưu điểm không thể phủ nhận được của phẫu thuật nội soi như tính thẩm mỹ, hồi phục nhanh, ít đau, giảm thiểu biến chứng... thì các vấn đề rất được quan tâm đối với UTTQ là khả năng cắt bỏ triệt căn tổn thương và nạo vét hạch. Bởi vì nhiều nghiên cứu cho thấy đây là hai yếu tố có ý nghĩa giúp cải thiện thời gian sống thêm sau mổ [3],[4],[5]. Tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực phải đã được áp dụng điều trị cho 31 bệnh nhân UTTQ. *Mục tiêu đề tài:*

- Đánh giá tai biến, biến chứng sớm của phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực phải.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực phải điều trị bệnh lý UTTQ.

**Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung
Email: thaibatapchimtud@gmail.com
Ngày nhận bài: 9/4/2019
Ngày phản biện khoa học: 2/5/2019
Ngày duyệt bài: 19/5/2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, cắt ngang.

2. Đối tượng nghiên cứu: 31 bệnh nhân nam UTTQ được phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực phải tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 1/2015 - 5/2019, độ tuổi trung bình 56,8 (40 - 73 tuổi). Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân UTTQ được phẫu thuật nội soi cắt thực quản đường ngực phải.
- U ở giai đoạn T1- T3, không có di căn xa. Có kết quả GPB trước mổ là carcinoma tế bào vảy hoặc carcinoma tuyến.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- U giai đoạn T4, có di căn xa.
- Có tiền sử điều trị dày dính màng phổi phải, phẫu thuật mở vùng ngực phải.

Kỹ thuật mổ nội soi ngực phải:

- Vô cảm: Bệnh nhân được gây mê NKQ với ống Carlène thông khí một phổi trái.
- Thì ngực: + Bệnh nhân nằm sấp, nghiêng trái.

+ Vị trí trocar: Chúng tôi thường sử dụng 3 trocar: trocar 10mm đầu tiên đặt ở KLS 4-5 đường nách giữa để đưa camera, 1 trocar 10 mm thứ 2 đặt ở KLS 7-8 đường nách giữa, 1 trocar 5 mm đặt KLS 8-9 đường nách sau để đưa dụng cụ vào thao tác (hình 1).

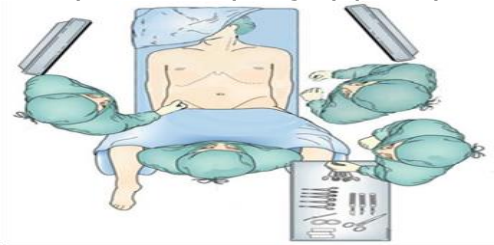
Hình 1: *Tư thế bệnh nhân thì ngực*

+ Đưa camera vào quan sát đánh giá toàn bộ khoang lồng ngực phải, đánh giá vị trí, kích thước khối u và sự xâm lẫn của khối u đối với các tạng lân cận. Phẫu tích toàn bộ thực quản bắt đầu từ màng phổi trung thất che phủ thực quản, cắt dây chằng phổi dưới (nếu có), quai tĩnh mạch đơn (quai tĩnh mạch Azygos), nạo vét hạch trung thất thành một khối, đặt 1 dẫn lưu khoang màng phổi phải và nở phổi phải.

- Thì bụng: trước đây, chúng tôi thường phẫu thuật mở để giải phóng, tạo hình dạ dày, nạo vét hạch bụng, tuy nhiên thời gian gần đây chúng tôi chuyển sang phẫu thuật nội soi hoàn toàn thì bụng:

+ Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng, đặt lại ống nội khí quản thường.

+ Vị trí và số lượng trocar: 2 trocar 10 mm đặt ở rốn (camera) và ngang rốn trên đường giữa đòn phải (phẫu tích), 2 trocar 5mm đặt lần lượt ở dưới sườn phải trên đường giữa đoàn phải (cầm nắm) và dưới ức (vén gan) (hình 2).



Hình 2: *Tư thế bệnh nhân nội soi thì bụng*

+ Tạo hình ống dạ dày: bắt đầu từ giải phóng bờ cong lớn bảo tồn vòng mạch bờ cong lớn, thắt và cắt động mạch vị trái cùng nạo hạch từ tâm vị, bờ cong nhỏ dạ dày, nhóm động mạch gan, vị trái, động mạch lách qua nội soi bụng. Mở nhỏ mũi ức 4-5 cm, tạo hình ống dạ dày ngoài ổ bụng. Mở thông hỗng tràng nuôi ăn.

- Thì cổ: bộc lộ thực quản cổ qua đường mở cổ trái bờ trước cơ ức đòn chũm, đưa ống dạ dày lên qua trung thất sau nối với thực quản cổ.

Đánh giá kết quả với các thông số: thời gian mổ, lượng máu mất - truyền trong mổ, số hạch nạo được trong mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới…
- Một số chỉ tiêu về lâm sàng và cận lâm sàng.
- Đặc điểm tổn thương GPB: vị trí u, giai đoạn khối u, type mô bệnh học.
- Kết quả phẫu thuật: thời gian mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ…

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn từ 1/2015 đến 5/2019 chúng tôi đã thực hiện 31 trường hợp nam giới cắt thực quản nội soi ngực phải, trong đó có 26 trường hợp đầu tiên thực hiện mở bụng ngay từ đầu, từ trường hợp thứ 27 chúng tôi thực hiện nội soi 2 thì ngực- bụng từ đầu.

Tuổi trung bình là 53,4 ± 7,6, thấp nhất là 40 tuổi, cao nhất 73 tuổi. Ung thư biểu mô vảy chiếm đa số với 22/31 (70,9%), ung thư biểu mô tuyến 9/31 (29,1%).

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Bệnh nhân	Tỷ lệ
Nuốt nghẹn	31	100
Sút cân	14	41,1
Đau sau xương ức	4	12,9
Nôn ra máu	0	0

Bảng 2: Hình ảnh nội soi

Đặc điểm u	Bệnh nhân	Tỷ lệ
U sùi	18	58,1
Loét thâm nhiễm	9	29,1
Chít hẹp	4	12,8

Bảng 3: Đặc điểm khối u

Vị trí u	Bệnh nhân	Tỷ lệ
K thực quản 1/3 giữa	18	58,1
K thực quản 1/3 dưới	13	41,9
Đánh giá giai đoạn		
Khối u: T1	2	6,4
T2	7	22,5
T3	18	58,1
T4	4	13
Hạch: N0	17	54,8
N1	6	19,4
N2	8	25,8

Bảng 4: Phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Số lượng
Vét hạch trung thất	3,7 ± 1,4 (hạch)
Vét hạch ổ bụng	5,2 ± 2,1 (hạch)
Xét nghiệm diện cắt	31/31 (âm tính)
Chuyển mổ NS→ mổ mở	0 (bệnh nhân)
Thời gian mổ trung bình (phút)	246,9 ± 15 (phút)

Bảng 5: Tai biến- biến chứng

Các tai biến và biến chứng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ
Tổn thương ống ngực	1	3,2
Chảy máu sau mổ	1	3,2
Áp xe phổi sau mổ	1	3,2
Xì miệng nối ở cổ	3	9,6
Khàn tiếng	3	9,6
Hẹp miệng nối cổ sau mổ	1	3,2
Tổn thương khí phế quản	0	0
Tử vong	0	0

Thời gian nằm viện trung bình : 9,6 ± 4,3 (7-26 ngày).

Mổ lại: 02 trường hợp (6,4%)

Tử vong: 0 trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật xâm hại tối thiểu cắt thực quản đã bắt đầu được thực hiện từ năm 1992 [7], kể từ đó, phẫu thuật này không ngừng phát triển và đã được sử dụng ở hầu hết các trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Phẫu thuật cắt bỏ thực quản với 3 đường mổ (cổ, ngực và bụng) điều trị UTTQ nhìn chung được chấp nhận là triệt để, nhưng là một can thiệp ngoại khoa nặng nề với tỷ lệ biến chứng và tử vong khá cao. Đặc biệt cắt thực quản mở ngực với các biến chứng hô hấp, đau, hạn chế hô hấp do cắt rạch lớn cơ thành ngực hay khó khăn thao tác do phẫu trường hạn chế… là những vấn đề được quan tâm và đây chính là lí do mà phẫu thuật nội soi ngực- bụng cắt thực quản được lựa chọn thay thế ưu việt hơn, cho phép khắc phục được những nhược điểm trên [1],[3],[6]. Hiện tại chúng tôi đang triển khai phẫu thuật cắt thực quản nội soi 2 thì ngực và thì bụng, lúc đó, việc phẫu tích giải phóng, tạo hình dạ dày kèm nạo vét hạch ổ bụng sẽ được thực hiện hoàn toàn qua nội soi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi:

- *Thời gian mổ:* thời gian mổ trung bình của chúng tôi 246,9 ± 15phút, nhanh nhất 168 phút, chậm nhất 285 phút. Ở những ca đầu tiên tự triển khai phẫu thuật còn nhiều bỡ ngỡ nên mất nhiều thời gian, càng về sau khi đã thực hiện kỹ thuật được hoàn thiện, các thao tác được nhanh gọn hơn nên thời gian phẫu thuật được rút ngắn đáng kể.

- Trong mổ, chúng tôi gặp 1 trường hợp tổn thương ống ngực được phát hiện trong mổ nhờ kiểm tra lại ống ngực sau khi nạo vét hạch xung quanh thực quản và được xử lý bằng kẹp clip qua nội soi, sau mổ trường hợp này không có rò dưỡng chấp, không có trường hợp nào tổn thương khí phế quản, chảy máu trong mổ hay phải chuyển mổ mở.

- Biến chứng sau mổ: Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ 32,2%, trong đó:

+ Chảy máu sau mổ: có 1 trường hợp chảy máu sau mổ 10 tiếng, đây là bệnh nhân thứ 8 trong 31 bệnh nhân. Sau mổ bệnh nhân có máu không đông chảy qua dẫn lưu nhỏ ổ bụng, số lượng tăng dần, xét nghiệm lại công thức máu cấp cứu sau ml: Số lượng hồng cầu giảm 3,2 T/L, hyết sắc tố 88G/L, bệnh nhân được chuyền 500ml khối hồng cầu, theo dõi dẫn lưu ổ bụng thì lượng máu giảm dần. Tuy nhiên sau đó bệnh nhân có tụt huyết áp, kiểm tra lại dẫn lưu ổ bụng thì dẫn lưu bị tắc do máu cục. Bệnh nhân được mở bụng kiểm tra có 1 nhánh động mạch phía bờ cong nhỏ dạ dày đang chảy máu thành tia, nguyên nhân được xác định là do dùng stapler tạo hình dạ dày không cầm được mạch máu, mặc dù bệnh nhân này đã được khâu tăng cường bằng chỉ vincryl 4.0. Bệnh nhân được cầm máu và ổn định, ra viện ngày 10 sau mổ.

+ Áp xe màng phổi phải: đây là bệnh nhân thứ 27 (bệnh nhân đầu tiên được thực hiện nội soi 2 thì ngực- bụng, sau mổ 4 ngày có xuất hiện sốt cao 39ºC, khó thở, vùng cổ phải sưng nề, tách mép vết mổ vùng cổ có mùi hôi thối, chụp CLVT ngực thì toàn bộ nhu mô phổi phải bị xẹp hoàn toàn, khoang màng phổi chứa các ổ hốc dịch có nhiều vách ngăn dày. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực phải cấp cứu, khi nội soi toàn bộ khoang màng phổi chứa đầy dịch mủ đặc, có nhiều hốc, giả mạc bám dày vào

màng phổi, dẫn lưu màng phổi bị tắc, xử trí: bơm rửa làm sạch khoang màng phổi, lấy hết giả mạc, đặt thêm 01 dẫn lưu màng phổi để bơm rửa hàng ngày. Nguyên nhân được xác định do đặt 2 dẫn lưu vùng cổ quá sâu xuống trung thất, làm dịch vùng cổ chảy xuống màng phổi phải gây áp xe, đây cũng là bệnh nhân nằm viện sau mổ dài ngày nhất 26 ngày.

+ Khàn tiếng sau mổ: có 3 trường hợp, trong đó có 1 trường hợp khàn nặng sau mổ, được hướng dẫn tập nói trước khi ra viện, sau 02 tuần hẹn tái khám chỉ còn khàn nhẹ, 2 trường hợp khàn nhẹ và nói lại được bình thường khi ra viện.

+ Xì miệng nối thực quản cổ: đây cũng là biến chứng thường gặp, tỉ lệ dao động 10%. Tỷ lệ rò miệng nối thực quản cổ của các tác giả khác từ 2,3- 11% [2],[3], chúng tôi gặp 3 trường hợp xì miệng nối là các bệnh nhân bước đầu thực hiện phẫu thuật, khi chưa có nhiều khinh nghiệm tạo hình dạ dày và khâu nối, từ bệnh nhân thức 12 về sau khi có kinh nghiệm trong tạo hình ống dạ dày, khâu nối thi không còn xì rò thực quản cổ. 3 trường hợp này được điều trị nội khoa bảo tồn bằng hút liên tục và nuôi dưỡng qua thông hỗng tràng, không phải phẫu thuật lại.

+ Hẹp miệng nối thực quản cổ: đây cũng là biến chứng thường gặp, giao động 25% theo y văn, chúng tôi gặp 1 trường hợp hẹp miệng nối sau mổ 1 tháng, được nong miệng nối qua nội soi ổn định.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt thực quản là một phẫu thuật lớn, phức tạp nhưng nếu cơ sơ điều trị có đội ngũ phẫu thuật viên có kinh nghiệm về phẫu thuật tiêu hóa, kỹ năng phẫu thuật nội soi, được trang bị đầy đủ các thiết bị phẫu thuật nội soi, kết hợp việc chuẩn bị bệnh nhân tốt thì vẫn có thể tiến hành thực hiện phẫu thuật cắt thực quản nội soi tại các bệnh viện tuyến tỉnh với tỷ lệ tai biến, biến chứng có thể chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ermanno Ancona Volker Budach, Gemma Gatta et al (2009),** Esophageal cancer, Start Oncology in Europe,7th Edition,pp1-2.
2. **Lâm Việt Trung, Nguyễn Minh Hải, Võ Tấn Long và cộng sự (2012),** Đánh giá tính khả thi, an toàn và kết quả ngắn hạn trong phẫu thuật nội soi điều trị UTTQ, Phẫu thuật nội soi, tập 2, số 1, tr. 48-52.
3. **Mehran RJ (2008):** "Minimally Invasive Surgical Treatment of Esophageal Carcinoma", Gastrointest Cancer Res, 2: 283 – 286.
4. **Scheepers JJG (2007):** "Thoracoscopic resection for esophageal cancer: A review of literature", J Minim Access Surg, 3(4): 149– 160.
5. **Akiyama H (1994):** "Radical Lymph Node Dissection for Cancer of the Thoracic Esophagus", Annals of Surg, 220 (3): 364 - 373.
6. **Herbella FA (2010):** "Minimally invasive esophagectomy", World J Gastroenterol,16(30): 3811-3815.
7. **Nguyen NT (2003):** "Thoracoscopic and Laparoscopic Esophagectomy for Benign and Malignant Disease: Lessons Learned from 46 Consecutive Procedures". J Am Coll Surg, 197(6): 902 - 913.
8. **Triệu Triều Dương (2008),** Nghiên cứu phẫu thuật nội soi điều trị bệnh UTTQ tại Bệnh viện 108, Y học TP. Hồ Chí Minh, 12, tr. 200-2003.

ĐẶC ĐIỂM SẢN PHỤ LỚN TUỔI ĐẺ CON SO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Mạnh Thắng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 765 sản phụ lớn tuổi đẻ con so tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2012 và 2013. Kết quả cho thấy tỷ lệ sản phụ lớn tuổi đẻ con gặp nhiều nhất trong nhóm từ 35 – 39 tuổi. Lý do sinh con muộn là kết hôn muộn (52,8%), vô sinh (20,1%). Tỷ lệ phải hỗ trợ sinh sản để có thai ở nhóm sản phụ lớn tuổi (≥35 tuổi) cao gấp 2,76 lần so với nhóm sản phụ trẻ tuổi. Bệnh lý thường gặp nhất của nhóm sản phụ lớn tuổi sinh con là tiền sản giật (3,8%), sau đó lần lượt là u xơ tử đái tháo đường và u xơ tử cung với tỷ lệ 5,2% và 2,1%.

Từ khóa: Sản phụ lớn tuổi, đẻ con so, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF WOMEN WHO HAD A LIVE FIRST BIRTH AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

A study was conducted on 765 women aged 35 and over (older women) conducted at National Hospital of Obstetrics and Gynecology between 2012 and 2013. Most women having a live first birth aged 35-39 years. The reason of late pregnant women was mostly late marriage (52.8%). The proportion of assisted reproduction for pregnant older women is

**Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Thắng.
Email: bsnguyenmanhthang@gmail.com
Ngày nhận bài: 24/3/2019
Ngày phản biện khoa học: 10/5/2019
Ngày duyệt bài: 22/5/2919

2.76 times higher than that of others (<35 years). Preeclampsia (3.8%), diabetes mellitus (5.2%) and uterine fibroids (2.1%) are the first, the second and the third leading diseases among older mothers, respectively.

Keywords: Older mother; mothers who had a live first birth; National Hospital of Obstetrics and Gynecology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những phụ nữ từ 35 tuổi trở lên sinh con đầu lòng gọi là con so mẹ lớn tuổi. Khi bà mẹ lớn tuổi mang thai và sinh đẻ, đối với mẹ sẽ tăng nguy cơ mắc bệnh: tiền sản giật, rau tiền đạo, u xơ tử cung [1],[2],[3]. Đối với con, có thể gặp: non tháng, ngôi bất thường, suy dinh dưỡng, ngạt…

Trên thế giới, tỷ lệ bà mẹ sinh con lần đầu ở tuổi trên 35 ngày càng tăng trong những năm gần đây, nguyên nhân rất khác nhau do lập gia đình muộn, hay tiền sử vô sinh, nạo hút thai, hoặc xu hướng gần đây của một số phụ nữ là do ưu tiên cho học vấn và nghề ghiệp mà quyết định sinh con muộn. Và Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng này, khi mà càng ngày phụ nữ càng tham gia và góp phần quan trọng vào mọi lĩnh vực đời sống kinh tế, chính trị và xã hội.

Nhờ có tiến bộ của lĩnh vực chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ sơ sinh đã giảm bớt những tai biến, tử vong cho mẹ và con nên mẹ lớn tuổi đẻ con so không còn nhiều áp lực nữa. Tuy nhiên có rất ít nghiên cứu đầy đủ và chi tiết về tỷ lệ, đặc điểm của sản phụ con so lớn tuổi và thái độ xử trí sản khoa đối với các sản phụ này. Vì vậy nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm của sản phụ lớn tuổi đẻ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2012 – 2013.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu, có so sánh.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2013

- Địa điểm: Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2.3 Đối tượng nghiên cứu:

- Nhóm nghiên cứu bao gồm sản phụ lớn tuổi với tiêu chuẩn lựa chọn là: tuổi sản phụ ≥ 35 tuổi, đẻ con so, tuổi thai ≥ 37 tuần và thai sống.

- Nhóm chứng là các sản phụ <35 tuổi, đẻ con so, tuổi thai ≥ 37 tuần và thai sống.

2.4 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Bao gồm những hồ sơ bệnh án thỏa mãn điều kiện nghiên cứu được lấy từ 01/01/2012 đến 31/12/2013 tại BVPSTW. Tổng số đối tượng nhómnghiên cứu là 765 đối tượng.Số hồ sơ bệnh án nhóm chứng là 765 bệnh án.

2.5 Kỹ thuật thu thập thông tin: Điền thông tin cho từng đối tượng nghiên cứu vào phiếu điều tra dựa trên bệnh án tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong hai năm 2012 – 2013.

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 SPSS 16.0. Các số liệu được trình bày dưới dạng biểu đồ và bảng biểu.

2.7 Đạo đức nghiên cứu: Tiến hành nghiên cứu trung thực, các biến số ghi nhận được đều lấy từ các số liệu có sẵn trên hồ sơ bệnh án chứ không can thiệp vào bệnh nhân. Các thông tin các nhân của đối tượng được giữ bí mật và mã hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 765 đối tượng nghiên cứu lứa tuổi gặp nhiều nhất là 35-39 tuổi chiếm tỷ lệ 35,16%. Lứa tuổi gặp ít nhất là ≥ 45, có 56 trường hợp, chiếm tỷ lệ 3,66%.

Bảng 1. Nguyên nhân mẹ lớn tuổi đẻ con so

Nguyên nhân	Tần số	Tỷ lệ (%)
Kết hôn muộn	404	52,8
Vô sinh	153	20,1
Tiền sử nạo, sảy thai	92	12
Không rõ nguyên nhân	116	15,1
Tổng	**765**	**765**

Nhận xét: trong các nguyên nhân mẹ lớn tuổi đẻ con so thì kết hôn muộn chiếm tỷ lệ cao nhất 52,8%. Đứng thứ 2 là nguyên nhân vô sinh 20,1%. Bên cạnh đó có 15,1% không xác định được nguyên nhân.

Bảng 2. So sánh cách thức có thai ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng

Cách thức có thai	Nhóm chứng		Nhóm nghiên cứu		p	OR
	n	%	n	%		
Tự nhiên	701	91,6	611	79,9	<0,05	1
Hỗ trợ sinh sản	64	8,4	154	20,1		2,76

Nhận xét: Tỷ lệ có thai tự nhiên là chủ yếu chiếm 91,6% ở nhóm chứng, và 79,9% ở nhóm nghiên cứu.Tỷ lệ có thai bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) là thấp nhất với 11 trường hợp (1,4%) ở nhóm chứng và 9 trường hợp (1,2%) ở nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ phải hỗ trợ sinh sản để có thai ở những sản phụ trên 35 tuổi cao gấp 2,76 lần so với những sản phụ dưới 35 tuổi, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh lý của con so lớn tuổi so với nhóm chứng

Bệnh của mẹ	Nhóm chứng		Nhóm nghiên cứu	
	n	%	n	%
HPQ/BVP	5	0,65	1	0,13
TSG	11	1,44	29	3,79
TMáu/GTC	7	0,92	3	0,39
VG	3	0,39	2	0,34
Hellps	30	3,92	32	4,18
ĐTĐ	18	2,35	40	5,17
RTĐ	7	0,09	18	2,35
UXTC	10	1,31	16	2,09
U nang	2	0,26	2	0,26
Bệnh khác	33	4,3	12	1,72
Khoẻ mạnh	645	84,31	618	80,78

Nhận xét: Bệnh lý TSG ở nhóm mẹ lớn tuổi gặp 29 trường hợp chiếm 3,79% nhiều hơn nhóm mẹ < 35 tuổi (1,44%). Bệnh lý UXTC ở nhóm mẹ lớn tuổi có 16 trường hợp chiếm 2,09% so với nhóm chứng (1,31%). ĐTĐ ở nhóm mẹ lơn tuổi là 5,17% chiếm tỷ lệ cao hơn gấp 2,2, lần so với nhóm mẹ < 35 tuổi (2,35%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với P < 0,05.

Bảng 4. Mối liên quan giữa bệnh lý của mẹ và tình trạng sản phụ lớn tuổi

Bệnh lý của mẹ	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p	OR
	n	%	n	%		
Có bệnh	147	19,2	120	15,7	<0,05	1
Không bệnh	618	80,8	645	84,3		1,28

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh lý của nhóm nghiên cứu gấp 1, 28 lần so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh lý và nhóm tuổiở sản phụ lớn tuổi

Bệnh lý / Nhóm tuổi	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		p
	n	%	n	%	
35 – 39 tuổi	48	32,5	365	59,2	< 0,05
≥ 40 tuổi	99	67,5	253	40,8	
Tổng số	**147**	**19,2**	**618**	**80,7**	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm sản phụ ≥ 40 tuổi là 67,5%. Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm sản phụ 35 - 39 tuổi là 32,5%. Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm sản phụ ≥ 40 tuổi cao hơn, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Về nguyên nhân sinh con so khi mẹ lớn tuổi: Qua phân tích các số liệu thu được trong từng bệnh án, chúng tôi thấy có hai nguyên nhân chính khai thác được, đó là kết hôn muộn và vô sinh. Trong đó số sản phụ có nguyên do kết hôn muộn là nhiều nhất chiếm 50,8% trong tổng số mẹ lớn tuổi đẻ con so, tiếp đến là nguyên nhân do vô sinh chiếm 20,1%, còn lại là do có tiền sử nạo thai, sẩy thai và không rõ nguyên nhân.

Khi so sánh kết quả này với một số nghiên cứu khác chúng tôi thấy như sau:

Tác giả	Nước	Kết hôn muộn	Vô sinh	Nguyên nhân khác
Kessler	Israel	40,8%	22,4%	Tiền sử nạo. sử dụng thuốc tránh thai, không rõ nguyên nhân.
Morrison	Canada	-	22%	Sẩy thai, không rõ nguyên nhân.
Tuck	Anh	-	26,9%	
Tô Thị Thu Hằng	(2000)	68,9%	13,9%	Tiền sử sẩy, nạo thai, không rõ nguyên nhân

Như vậy kết quả của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết luận của những nghiên cứu khác, đó là nguyên nhân của mẹ lớn tuổi đẻ con so chủ yếu là do kết hôn muộn và vô sinh [4], [5], [6].

4.2 Cách thức có thai. Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng những phụ nữ < 35 tuổi đẻ lần đầu khả năng có thai tự nhiên cao gấp 2,76 lần so với những phụ nữ ≥ 35 tuổi. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với những phân tích ngay từ đầu là phụ nữ từ 35 tuổi trở lên thường gặp những vòng kinh không phóng noãn, điều này làm chúng ta liên tưởng đến lý do vô sinh ở những năm cuối của tuổi sinh đẻ. Đặc biệt theo tác giả Phạm Thị Minh Đức, vào khoảng tuổi 45 ở buồng trứng người phụ nữ, số nang trứng có đáp ứng với kích thích của FSH và LH còn rất ít [7]. Như vậy kết quả này hoàn toàn tương xứng với kết quả ở trên: một trong 2 nguyên nhân chính mẹ đẻ con so lớn tuổi là do vô sinh, nên tỷ lệ có thai tự nhiên thấp hơn so với nhóm mẹ đẻ con so < 35 tuổi.

4.3 Bệnh lý mẹ trong thời kỳ thai nghén. Sinh đẻ là thiên chức của người phụ nữ và trong trường hợp bình thường thì không có ảnh hưởng

gì xấu đến sức khoẻ nói chung của người phụ nữ. Tuy nhiên nếu sinh đẻ khi tuổi đã cao thì đó là hoàn cảnh không tốt có thể gây ra những bệnh mới và làm nặng thêm những bệnh cũ có từ trước. Thật vậy, từ kết quả thu được nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng tỉ lệ mắc bệnh nói chung trong khi mangthaicủa nhóm mẹ ≥ 35 tuổi chiếm 19,22% cao hơn1,28 lần so với nhóm mẹ <35 tuổi (15,69%). Đặc biệt các bệnh tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường, u xơ tử cungở nhóm mẹ lớn tuổi đẻ con so cao hơn hẳn nhóm mẹ tuổi <35. Tỷ lệ bệnh tật ở nghiên cứu của chúng tôi ít hơn so với một số các nghiên cứu khác: Tô Thị Thu Hằng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh trong khi mang thai của nhóm mẹ ≥ 35 tuổi chiếm 23,5 %. Tỷ lệ bệnh của con so mẹ lớn tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn vì trong tiêu chuẩn nghiên cứu chúng tôi chỉ lấy trường hợp mẹ đẻ con so đủ tháng, thai sống, như vậy đã loại đi rất nhiều các trường hợp mẹ bệnh lý rồi, vì tỷ lệ mẹ bệnh lý nằm trong nhóm đẻ non, sơ sinh non yếu, tử vong rất cao.

Từ kết quả thu được chúng tôi thấy rằng trong tổng số 147 sản phụ mắc bệnh trong quá trình thai nghén của nhóm mẹ lớn tuổi thì có 29 trường hợp mắc bệnh tiền sản giật chiếm 19,73 % trong tổng số mắc bệnh và chiếm 3,79% trong tổng số mẹ lớn tuổi đẻ con so nhiều hơn so với nhóm mẹ trẻ tuổi (1,9%). Nhiều nghiên cứu của tác giả khác cũng cho rằng tỉ lệ mắc tiền sản giật là cao trong nhóm mẹ lớn tuổi, tuy nhiên có sự hơn kém nhau chút ít. Tỉ lệ này của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác, như so với nghiên cứu của Prysak (2,7%), kết quả nghiên cứu của Kessler (11,2%), hay 11,9% như trong nghiên cứu của Tô Thị Thu Hằng [2], [4], [8]. Nguyên nhân kết quả của chúng tôi thấp hơn là vì trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ lấy các sản phụ con so đủ tháng, trong khi tỷ lệ mẹ bệnh tật khá cao ở những thai phụ đẻ non.

Từ kết quả thu được cho thấy số sản phụ mắc bệnh u xơ tử cung trong nhóm mẹ lớn tuổi là 16 trường hợp chiếm 10,88 % nhiềuhơnso với nhóm mẹ trẻ tuổi (10 trường hợp chiếm 8,3 %). Tỉ lệ này cao hơn nghiên cứu của Prysak (3,7%) [8], Kessler (5,1%) [4]. Nhưng tỉ lệ mắc u xơ tử cung trong nhóm mẹ lớn tuổi của nghiên cứu chúng tôi lại thấp hơn khi so với kết quả nghiên cứu của Blanc (17,37%). Trong những trường hợp u xơ tử cung đươc lựa chọn trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân đã được phát hiện u xơ tử cung từ trước đẻ và gồm cả những trường hợp phát hiện u xơ tử cung trong mổ đẻ và trong lúc kiểm soát tử cung sau đẻ, có lẽ do vậy mà tỉ lệ mắc u xơ tử cung trong nhóm mẹ lớn tuổi của nghiên cứu này cao hơn nhiều khi so với nhóm mẹ trẻ tuổi do tỉ lệ mổ đẻ trong nhóm mẹ lớn tuổi cao hơn vì trong khi mổ đẻ sẽ có điều kiện phát hiện được cả những u xơ tử cung nhỏ.

Vì tỷ lệ sinh con ở những sản phụ lớn tuổi đang tăng lên trong nhiều quốc gia, mặt khác rau tiền đạo ở lứa tuổi này gây ra những hậu quả biến chứng nguy hiểm hơn, nên các nghiên cứu về sản khoa trong và ngoài nước rất quan tâm đến nguy cơ tăng khả năng bị mắc rau tiền đạo ở phụ nữ sinh đẻ muộn. Kết quả nghiên cứucho thấy tỷ lệ mắc rau tiền đạo trong nhóm mắc bệnh là 12,2% và chiếm 2,35 % trong tổng số các sản phụ ≥ 35 tuổi đẻ con so; cao hơn so với nhóm mẹ < 35 tuổi (0,9%). Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn so với Hà Thị Minh Phương (4,5%) [1] khi tác giả này nghiên cứu tỷ lệ rau tiền đạo của các mẹ lớn tuổi đẻ con so nhẹ cân.

V. KẾT LUẬN

Lứa tuổi gặp nhiều nhất trong nhóm nghiên cứu là 35 - 39 chiếm tỷ lệ 35,16%.Lý do sinh con muộn là kết hôn muộn (52,8%), vô sinh (20,1%). Tỷ lệ phải hỗ trợ sinh sản để có thai ở nhóm sản phụ lớn tuổi (≥35 tuổi) cao gấp 2,76 lần so với nhóm sản phụ trẻ tuổi. Bệnh lý thường gặp nhất của nhóm sản phụ lớn tuổi sinh con là tiền sản giật (3,8%), sau đó lần lượt là u xơ tử đái tháo đường và u xơ tử cung với tỷ lệ 5,2% và 2,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Thị Minh Phương (2006)**, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan của mẹ lớn tuổi đẻ con so nhẹ cân tại BVPSTƯ trong 5 năm (2001 - 2005), Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Tô Thị Thu Hằng (2001)**, Nghiên cứu tình hình các bà mẹ lớn tuổi đẻ con so tại viện BVBMTSS từ năm 1996 - 2000, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Phan Trường Duyệt (2003),**Lâm sàng sản phụ khoa, Phần Sản khoa, trang 97, 106, 142, 168 .
4. **Kessler I., Lancet M., Borenstein R. và cộng sự. (1980).** The problem of the older primipara. Obstet Gynecol, **56**(**2**), 165–169.
5. **Morrison I. (1975)**. The elderly primigravida. Am J Obstet Gynecol, **121**(**4**), 465–470.
6. **Tuck S.M., Yudkin P.L., và Turnbull A.C. (1988).** Pregnancy outcome in elderly primigravidae with and without a history of infertility. Br J Obstet Gynaecol, **95**(**3**), 230–237.
7. **Phạm Thị Minh Đức (1987),**Cơ sở sinh lý học của chăm sóc sức khoẻ sinh sản, Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản, trang 106 - 114 .
8. **Prysak M., Lorenz R.P., và Kisly A. (1995).** Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. Obstet Gynecol, **85**(**1**), 65–70.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN BÌNH TÂN -TỈNH VĨNH LONG

Bùi Tùng Hiệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại bệnh viện Đa khoa huyện Bình Tân – tỉnh Vĩnh Long từ tháng 10 năm 2018 đến tháng 12 năm 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 120 bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp, đang được điều trị nội trú từ tháng 10/2018 –12/2018 tại bệnh viện Đa khoa huyện Bình Tân – tỉnh Vĩnh Long. **Kết quả:** Trong 120 bệnh nhân nghiên cứu có 78 nữ (65,0%) và 42 nam (35,0%). Độ tuổi trên 50 chiếm 91,67%, tuổi trên 60 tuổi chiếm 62,5%, tuổi trên 80 chiếm tỉ lệ 9,17%. Số bệnh nhân tăng huyết áp độ I chiếm tỷ lệ khá cao 65,83%, tăng huyết áp độ II chiếm 21,67%, tăng huyết áp độ III chiếm 12,5%. Điều trị tăng huyết áp sử dụng 5 nhóm thuốc bao gồm 10 hoạt chất, sử dụng nhiều nhất là nhóm ức chế thụ thể Angiotensin II 69,17%, thuốc sử dụng ít nhất là chẹn Beta chiếm 2,5%. Phác đồ đơn trị liệu chiếm 55,83%, nhóm ức chế thụ thể Angiotensin II được sử dụng cao nhất là 34,33%, nhóm chẹn Beta được sử dụng thấp nhất 5,97%. Phối hợp thuốc chiếm 44,17%, trong đó phối hợp 2 thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,02%, phối hợp 3 thuốc chiếm tỷ lệ thấp 16,98%, đa số là phác đồ có lợi tiểu + ức chế thụ thể Angiotensin II chiếm 26,42%. **Kết luận:** Trong nghiên cứu này điều trị tăng huyết áp có 5 nhóm, trong đó nhóm ức chế thụ thể Agiotensin II, ức chế men chuyển, chẹn kênh calci được sử dụng nhiều nhất, nhóm chẹn Beta sử dụng ít nhất. Nhóm phối hợp 2 thuốc được sử dụng nhiều nhất. Lựa chọn thuốc điều trị tăng huyết áp theo phát đồ của Bộ Y Tế chiếm tỷ lệ 71,7%. Phát hiện 1 tương tác thuốc ở mức độ nghiêm trọng, có ý nghĩa lâm sàng, đó là tương tác giữa clopidogel + omeprazol/ esomeprazol.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tăng huyết áp vô căn, hypertension.

SUMMARY

STUDY ON THE USE OF DRUGS IN TREATMENT HYPERTENSION BINH TAN DISTRICT GENERAL HOSPITAL-VINH LONG PROVINCE

Objectives: Survey on the use of drugs in treatment hypertension Binh Tan District General Hospital-Vinh Long Provice from October, 2018 to December, 2018. **Subjects and methods:** Descriptive cross-sectional retrospective. The study was conducted on 120 patients diagnosed with hypertension, receiving inpatient treatment from 10/2018 - 12/2018 at Binh Tan District General Hospital - Vinh Long Province. **Results:** Among 120 study patients, there were 78 women (65.0%) and 42 men (35.0%). The age of over 50 accounts for 91.67%, the age of over 60 years old accounts for 62.5%, the age of over 80 accounts for 9.17%. The number of patients with hypertension level I accounts for a high proportion of 65.83%, hypertension level II accounts for 21.67%, hypertension level III accounts for 12.5%. Treatment of hypertension uses five groups of drugs including 10 active ingredients, the most commonly used is the Angiotensin II receptor inhibitor group 69.17%, the least commonly used Beta blocker accounts for 2.5%. Single-therapy regimens accounted for 55.83%, the highest Angiotensin II receptor inhibitor group was 34.33%, the lowest beta block group used 5.97%. The combination of drugs accounted for 44.17%, in which the combination of 2 drugs accounted for the highest rate of 83.02%, the combination of 3 drugs accounted for a low rate of 16.98%, most of them were diuretic + inhibitory regimens. Angiotensin II receptors accounted for 26.42%. **Conclusion:**In this study, treatment of hypertension had 5 groups, in which Agiotensin II receptor blockers, ACE inhibitors, calcium channel blockers were used the most, and Beta blockers used the least. The combination of the two drugs is most commonly used. Selection of drugs to treat hypertension according to the Ministry of Health's map accounted for 71.7%. Detecting a serious, clinically significant drug interaction is the interaction between clopidogel + omeprazole / esomeprazole.

Keywords: Hypertension, idiopathic hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị tăng huyết áp cần phải liên tục, kéo dài và phải được theo dõi chặt chẽ. Trên thực tế việc phát hiện, quản lý và điều trị bệnh nhân tăng huyết áp tại cộng đồng gặp rất nhiều khó khăn. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng như người dân còn nghèo chưa đủ tiền theo dõi điều trị, thiếu sự quan tâm, thiếu hiểu biết, trình độ học vấn thấp. Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho các bệnh nhân tăng huyết áp. Do đó nghiên cứu:"Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa huyện Bình Tân – tỉnh Vĩnh Long năm 2018" được tiến hành với hai mục tiêu:

- *Khảo sát đặc điểm bệnh nhân tănghuyếtápđượcđiềutrị nội trú tạiBệnh viện Đa khoa huyện Bình Tân – tỉnh Vĩnh Long.*
- *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa huyện Bình Tân – tỉnh Vĩnh Long.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

** Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tùng Hiệp
Email: buitunghiep2@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2019
Ngày duyệt bài: 10.5.2019

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh án của các bệnh nhân tăng huyết áp đã được điều trị tại bệnh viện, bệnh án lưu tại khoa nội bệnh viện Đa khoa huyện Bình Tân – tỉnh Vĩnh Long. Đối tượng nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn là tiêu chuẩn loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân > 18 tuổi và nhập viện từ phòng khám bệnh vào thẳng khoa nội. Bệnh nhân khám lần đầu có HA ≥ 140/90mmHg hoặc đã điều trị và hiện đang dùng thuốc hạ huyết áp. Bệnh nhân có đầy đủ các xét nghiệm, thăm dò chức năng thường quy.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thời gian điều trị tại bệnh viện bị gián đoạn. Bệnh nhân chuyển từ khoa khác sang. Phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên 120 bệnh nhân điều trị ở bệnh viện trong khoảng thời gian từ 10/2018 – 12/2018 dựa theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Theo số liệu cung cấp từ bộ phận thông tin lưu trữ của Bệnh viện Đa khoa huyện Bình Tân – tỉnh Vĩnh Long, tiến hành sắp xếp ngẫu nhiên dựa vào phần mềm Excel lấy mẫu ngẫu nhiên và lấy 120 bệnh án đầu tiên để tiến hành nghiên cứu.

Phương pháp thu thập thông tin: Các bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được điền thông tin vào một mẫu phiếu thu thập thông tin bệnh nhân.

Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích và xử lý thống kê bằng phần mềm Microsoft Excel 2013. Các phép phân tích được sử dụng trong nghiên cứu: tính tần số và tỷ lệ phầm trăm.

Cỡ mẫu: Số lượng mẫu: 120 bệnh án

Những quy định trong nghiên cứu:

Tuổi: tính theo tuổi dương lịch bằng cách lấy năm nhập viện trừ năm sinh.

Giới tính: gồm hai giá trị (Nam; Nữ).

Bệnh mắc kèm: Bệnh tổn thương cơ quan đích được bác sĩ chẩn đoán và ghi trong hồ sơ bệnh án.

Phác đồ điều trị và các nhóm thuốc điều trị trong phác đồ được sử dụng: dựa vào bệnh án.

Tương tác thuốc trong điều trị: dựa vào bệnh án.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa Khoa huyện Bình Tân – tỉnh Vĩnh Long trong khoảng thời gian từ 10/2018 – 12/2018 trên 120 bệnh nhân chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi và giới tính

Giới tính	Nam		Nữ		Tổng	
Tuổi	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
31 – 50	5	4.17	5	4.17	11	8.33
51 – 60	17	14.17	18	15.00	35	29.17
61 – 70	12	10.00	33	27.50	45	37.50
71 – 80	6	5.00	13	10.83	19	15.83
> 80	2	1.67	9	7.50	11	9.17
Tổng	42	35.00	78	65.00	120	100.00

Nhận xét: Về độ tuổi của nhóm bệnh nhân nội trú phần lớn bệnh nhân tăng huyết áp ở độ tuổi trên 50, chiếm hơn 90% tổng số bệnh nhân khảo sát. Trong đó, độ tuổi từ 51 - 70 chiếm tỉ lệ cao ở cả 2 giới. Số bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 66.67%. Về giới tính của bệnh nhân, số bệnh nhân nữ chiếm gần 65,00%, nữ chiếm gấp 2 lần so với bệnh nhân nam (nữ: 65,00% so với nam: 35,00%).

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo phân độ tăng huyết áp

Chẩn đoán	THA độ I	THA độ II	THA độ III
Số bệnh nhân	79	26	15
Tỷ lệ	65,83%	21,67%	12,5%

Nhận xét: Trong 120 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có hơn một nữa số bệnh nhân được chẩn đoán THA độ I (65,83%) và có 21,67% bệnh nhân chẩn đoán THA độ II. Điều này cho thấy việc tầm soát bệnh THA tại cơ sở có hiệu quả. Đa số bệnh nhân có ý thức chăm sóc sức khỏe, kiểm tra sức khỏe thường xuyên nên phát hiện sớm bệnh THA và điều trị kịp thời. Có 12,50% bệnh nhân THA độ III. Đa số mẫu nghiên cứu là những bệnh nhân được điều trị THA từ trước.

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân điều trị tăng huyết áp mắc kèm bệnh lý khác

Bệnh	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Bệnh thuộc yếu tố nguy cơ		
Đái tháo đường	54	45,0
Rối loạn lipid		10,0
Bệnh tổn thương cơ quan đích		
Tim	31	25,83
Não	4	3,33
Thận	7	5,83
Khác	12	10,0
Tổng	**120**	**100**

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân mắc tăng huyết áp kèm theo các bệnh lý về đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao nhất 45%. Các bệnh lý về tim mạch chiếm tỷ lệ khá cao là 25,83%.đái tháo đường và bệnh lý tim mạch là 2 yếu tố nguy cơ hàng đầu gây nên bệnh tăng huyế áp và ngược lại bệnh tăng huyế áp cũng là nguycơ gây ra hai bệnh lý trên. Những bệnh lý về thận và não chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 5,83% và 3,33%. Các bệnh thuộc yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp như rối loạn lipid chiếm tỉ lệ là 10%.

3.2. Đặc điểm về việc sử dụng thuốc trong điều trị bệnh tăng huyết áp

Bảng 4. Các thuốc điều trị tăng huyết áp được sử dụng trong mẫu nghiên cứu

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Dạng bào chế	Hàm lượng	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)	Tổng (%)
Lợi tiểu	Spironolacton	Viên nén	25mg	9	7.50	11.67
	Hydroclorothiazid	Viên nén	12,5mg	5	4.17	
Chẹn Calci	Felodipin	Viên nén	5mg	19	15.83	56.67
	Amlodipin	Viên nang	5mg	49	40.83	
Ức chế men chuyển	Peridopril	Viên nén	5mg	17	14.17	25.83
	Enalapril	Viên nén	5mg	14	11.67	
Ức chế thụ thể Angiotensin II	Valsartan	Viên nén	80mg	17	14.17	69.17
	Telmisartan	Viên nén	80mg	15	12.50	
	Losartan	Viên nén	50mg	51	42.50	
Chẹn Beta	Bisoprolol	Viên nén	5mg	3	2.50	2.50

Nhận xét: Nhóm ức chế thụ thể và nhóm chẹn Calci được sử dụng phổ biến nhất trong mẫu nghiên cứu (69,17% và 56,67%). Trong đó, tỉ lệ các thuốc được sử dụng nhiều ở 2 nhóm này lần lượt là Losartan (42,5%) và Amlodipin (40,83%). Nhóm thuốc được sử dụng cao tiếp theo là nhóm Ức chế men chuyển (25,83%), trong đó Peridopril và Enalapril được sử dụng lần lượt với tỉ lệ là 14,17% và 11,67%. Tiếp đến là nhóm thuốc Lợi tiểu(11,67%). Trong đó, các nhóm thuốc được sử dụng với tỉ lệ lần lượt là Spironolacton (7,5%) và Hydroclorothiazid (4,17%). Cuối cùng là nhóm thuốc Chẹn beta với tỉ lệ sử dụng thấp nhất là 2,5%.

Phác đồ và phối hợp thuốc điều trị tăng huyết áp trong mẫu nghiên cứu

Bảng 5. Phác đồ điều trị tăng huyết áp

Phác đồ	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Đơn trị liệu	67	55.83
Đa trị liệu	53	44.17
Tổng	**120**	**100**

Nhận xét: Phác đồ đa trị liệu và đơn trị liệu có tỷ lệ tương đối gần bằng nhau. Hiện nay, có nhiều nhóm thuốc điều trị THA với nhiều hoạt chất, hàm lượng cũng như cách dùng khác nhau, mỗi loại đều có tác dụng là giảm huyết áp nhưng cơ chế và mức độ khác nhau. Để làm tăng hiệu quả điều trị, nhiều bệnh nhân được chỉ định sử dụng phối hợp hai hay nhiều nhóm thuốc khác nhau. Việc phối hợp hay sử dụng đơn trị liệu thuốc THA tùy thuộc vào mức độ bệnh của bệnh nhân, các xét nghiệm cận lâm sàng, các bệnh kèm theo, bên cạnh đó còn có sự ảnh hưởng của tuổi, cân nặng, bệnh kèm theo. Do vậy, việc đưa ra quyết định lựa chọn điều trị phù hợp là vô cùng quan trọng và cần thiết.

Bảng 6. Sử dụng thuốc trong phác đồ đơn trị liệu

Nhóm thuốc	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Lợi tiểu	5	7.46
Chẹn Calci	17	25.37
Ức chế men chuyển	18	26.87
Ức chế thụ thể Angiotensin II	**23**	**34.33**
Chẹn Beta	4	5.97
Tổng	**67**	**100**

Nhận xét: Khảo sát trên 67 đơn thuốc đơn trị liệu ta thấynhóm ức chế thụ thể Angiotensin II được sử dụng với tỷ lệ cao nhất là 34,33%. Các nhóm thuốc được sử dụng tiếp theo lần lượt là ức chế men chuyển (26,87%), chẹn Calci (25,37%). Nhóm chẹn Beta và nhóm lợi tiểu được sử dụng với tỉ lệ tương đối thấp là5,97% và 7,46%.

Kết quả thấp hơn với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hồng Sơn với tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn kênh canxi là 68,24%, thuốc ức chế men chuyển là 64,62%, riêng nhóm ức chế thụ thể Angiotensin nghiên cứu có tỷ lệ sử dụng cao hơn hẳn (15,39%). (Hội Tim Mạch Việt Nam, 2015).

Bảng 7. Các phối hợp thuốc sử dụng trong phác đồ đa trị liệu

Thuốc	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Phối hợp 2 nhóm thuốc		
Lợi tiểu + UCMC	8	15.09
Lợi tiểu + UCTT Angiotensin II	14	26.42
Chẹn Calci + UCMC	8	15.09
Chẹn Calci + UCTT	10	18.87

Angiotensin II		
Chẹn Beta + UCMC	4	7.55
Phối hợp 3 nhóm thuốc		
Chẹn Beta + Chẹn Calci + UCTT Angiotensin II	4	7.55
Lợi tiểu + Chẹn Calci + UCMC	5	9.43

Nhận xét: Có đến 83,02% bệnh nhân sử dụng phối hợp 2 thuốc. Trong đó, được sử dụng nhiều nhất là phác đồ gồm có lợi tiểu kết hợp ức chế thụ thể Agiotensin II(26,42%), phác đồ ức chế thụ thể + Chẹn Calci chiếm 18,87%. Các kiểu phối hợp còn lại chiếm tỉ lệ nhỏ.Phác đồ phối hợp 3 thuốc chiếm tỷ lệ nhỏ khoảng 16,98%.

Kết quả nghiên cứu này cho kết quả tương đương rất sát với một nghiên cứu được tiến hành ở Canada nhằm mục đích mô tả mô hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp. Theo đó, bệnh nhân được sử dụng phác đồ đơn trị liệu với tỷ lệ lớn nhất (47,0%), tiếp đến là phác đồ phối hợp 2 thuốc (34,8%), phác đồ phối hợp 3 thuốc (12,3%) và phác đồ phối hợp 4 thuốc (5,5%). (Lipska KJ. Et al, 2011).

Lựa chọn thuốc điều trị tăng huyết áp cho bệnh nhân đái tháo đường

Bảng 8. Tỷ lệ lựa chọn thuốc huyết áp cho bệnh nhân đái tháo đường căn cứ theo Hướng dẫn điều trị của Bộ Y Tế, 2010

Lựa chọn thuốc			**Số BN**	**Tỷ lệ %**
Phát đồ theo Hướng dẫn Bộ Y Tế	Ức chế men chuyển		39	32.5
	Ức chế thụ thể		44	36.7
	Ức chế men chuyển/ức chế thụthể + chẹn calci/LT không thiazid		3	2.5
Tổng			**86**	**71,7**
Phát đồ không có trong Hướng dẫn Bộ Y Tế	Phác đồ có LT thiazid (Bệnh nhân suy thận)		8	6,7
	Phác đồ có chẹn beta		5	4,2
	Lựa chọn khác	Chẹn calci	19	15,8
		UCMC + UCTT	2	1,7
Tổng			**34**	**28,3**

Nhận xét: Theo thống kê cho thấy, số bệnh nhân được chỉ định điều trị phác đồ theo Hướng dẫn Bộ Y Tế là 86 chiếm 71,7%, số còn lại được chỉ định phác đồ không có trong Hướng dẫn Bộ Y Tế là 34 chiếm 28,3%.

Tương tác thuốc thường gặp trong mẫu nghiên cứu

Bảng 9. Tương tác trong phối hợp thuốc điều trị tăng huyết áp

STT	**Mức độ tương tác**	**Kiểu phối hợp**	**Tần suất**	**Tỷ lệ (%)**
1	Nghiêm trọng	Clopidogel + omeprazol/ esomeprazol	16	13,3
2	Trung Bình	Atorvastatin + clopidogel	7	5,8
3	Trung Bình	Insulin + ức chế thụ thể	5	4,2
4	Trung Bình	Insullin + ức chế men chuyển	28	23,3
5	Trung Bình	Insullin + lợi tiểu	8	6,7
6	Trung Bình	Insullin + chẹn Beta	2	1,7
Tổng			66	55

Nhận xét: Số tương tác có ý nghĩa lâm sàng: 16 (13,3%). Số tương tác trung bình: 50 (41,7%). Trong đó tương tác giữa cặp Insulin + ức chế men chuyển chiếm tỷ lệ khá cao 23,3%, tiếp theo là tương tác giữa Insulin+lợi tiểu chiếm 6,7%, tương tác giữa Insulin + chẹn Beta chiếm tỷ lệ thấp 1,7%. Có tương đối nhiều tương tác giữa các thuốc điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường gặp trong mẫu nghiên cứu nhưng chủ yếu là các tương tác ở mức độ trung bình xếp vào tương tác không có ý nghĩa lâm sàng. Số lượt tương tác là 66, chiếm 55% số đơn thuốc, trung bình một đơn thuốc có 0,83 tương tác. Trong đó có 16 tương tác có ý nghĩa lâm sàng cần được chú ý và điều chỉnh.

IV.KẾT LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

- *Về nhóm tuổi và giới tính:* Trong 120 bệnh nhân điều trị tăng huyết áp. Phần lớn bệnh nhân mắc bệnh ở độ tuổi trên 50 và có sự chênh lệch lớn về tỷ lệ nhập viện do tăng huyết áp giữa bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ. Bệnh nhân nam có 42 người chiếm tỷ lệ 35,0% và bệnh nhân nữ có 78 người chiếm tỷ lệ 65,0%.

- *Độ tăng huyết áp:* Theo phân độ tăng huyết áp thì đa số bệnh nhân trong giai đoạn tăng huyết áp độ I (65,83%), còn bệnh nhân trong giai đoạn tăng huyết áp độ II, tăng huyết áp độ III chiếm tỷ lệ lần lượt là 21,67% và 12,5%.

- *Bệnh lý mắc kèm*: Bệnh nhân tăng huyết áp kèm đồng mắc với các bệnh khác tương đối nhiều. Có đến 45,0% bệnh nhân tăng huyết áp mắc bệnh đái tháo đường kèm theo và các bệnh lý về tim mạch chiếm tỷ lệ khá cao (25,83%).

4.2. Sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp

- Lựa chọn phác đồ điều trị tăng huyết áp:

Trong mẫu nghiên cứu tại bệnh viện Đa khoa huyện Bình Tân việc sử dụng phác đồ điều trị tăng huyết áp thấy rằng: phác đồ đơn trị liệu và phác đồ đa trị liệu có tỷ lệ gần bằng nhau (đơn trị liệu: 55,83%; đa trị liệu: 44,17%)

• Phác đồ đơn trị liệu có 3 nhóm thuốc thuốc được sử dụng phổ biến là: Ức chế thụ thể Angiotensin II, Ức chế men chuyển, Chẹn calci

• Phác đồ đa trị liệu thì nhóm phối hợp 2 thuốc được sử dụng phổ biến nhất (83,02%). Trong đó, sự kết hợp của thuốc Lợi tiểu + Ức chế thụ thể Angiotensin II được sử dụng nhiều nhất (26,42%).

- Nhóm thuốc Ức chế thụ thể Agiotensin II được sử dụng nhiều nhất trong mẫu nghiên cứu này (71,7%).

- Phối hợp 3 nhóm thuốc được sử dụng thấp hơn, gồm phối hợp Chẹn Beta + Chẹn Calci + Ức chế thụ thể Angiotensin II và Lợi tiểu + Chẹn Calci + Ức chế men chuyển.

- Tương tác thuốc trong điều trị tăng huyết áp: Phát hiện 1 trường hợp tương tác thuốc ở mức độ nghiêm trọng, có ý nghĩa lâm sàng, đó là tương tác giữa clopidogel+omeprazol/ esomeprazol.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế. (2010).** Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị tăng huyết áp (ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
2. **Hội tim mạch Việt Nam (2015).** Cập Nhật Khuyến Cáo. Chẩn Đoán - Điều Trị - Tăng Huyết Áp 2015
3. **JNC (2003).** The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention. Detection. Evaluation. and Treatment of High Blood Pressure. pages The JNC7.
4. **JNC (2014).** Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth. Joint National Committee (JNC8)
5. **Lipska KJ. Bailey CJ and Inzucchi SE (2011).**Use of metformin in the setting of mild-to-moderate renal insufficiency. Diabetes Care 2011: 34. Pages 1431-1437.
6. **Nguyễn Hồng Sơn (2012).** Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp có kèm đái tháo đường tại khoa nội tổng hợp bệnh viện đa hoa Dầu Giây huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai. Luận văn tốt nghiệp dược sĩ chuyên hoa cấp I. Trường đại học Dược Hà Nội.
7. **Võ Thị Hồng Phượng (2010),** Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường tại Khoa Nội bệnh viện Đại học Y Dược Huế, Tạp chí Dược học, Số 409, tr 2-4.

KHẢO SÁT GIẢI PHẪU ĐẠI THỂ VÀ CẤU TRÚC VI THỂ SỤN CÁNH MŨI LỚN TRÊN NGƯỜI VIỆT

Trần Đăng Khoa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát giải phẫu đại thể và cấu trúc vi thể các phần của sụn cánh mũi lớn và các cấu trúc vùng đỉnh mũi. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, thực hiện trên 30 mũi thi hài người Việt trưởng thành tạiBộ môn Giải phẫu Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và 2 mẫu mô học được nhuôm HE tại Viện 69 từ 12/2017 – 4/2019. **Kết quả:** Chiều dài trụ trong trung bình bên phải và trái lần lượt là 12,3mm và 13,2mm, gồm 2 phần cột trụ và chân trụ. Khoảng cách xa nhất 2 chân trụ là 10,7mm. Chiều dài vòm trung bình là 3,7mm (phải) và 3,9mm (trái), gồm 2 tiểu đơn vị: thùy và vòm. Chiều dày điểm đỉnh là 1,0mm (phải) và 0,9mm (trái). Chiều rộng dây chằng gian vòm và gian trụ bằng ½ chiều cao và gấp đôi độ dày. Độ dày lớp mỡ gian vòm 3mm bằng ½ chiều rộng. **Kết luận:** Về cấu trúc đại thể: sụn cánh mũi lớn gồm có 3 tiểu đơn vị trụ ngoài, trụ giữa và trụ trong. Phần nhô cao của trụ giữa gọi là điểm đỉnh. Về cấu trúc vi thể: hệ thống nâng đỡ vùng đỉnh mũi gồm dây chằng gian trụ, dây chằng gian vòm, mỡ gian vòm và lớp SMAS.

Từ khóa: Sụn cánh mũi lớn, trụ ngoài, trụ giữa, trụ trong, vòm, điểm đỉnh, dây chằng gian vòm, dây chằng gian trụ, mỡ gian vòm.

SUMMARY

ANATOMIC AND MICRO ANATOMIC FEATURES OF THE LOWER LATERAL NASAL CARTILAGES IN VIETNAMESE

Objectives: Investigation the anatomic and microanatomic features of the major alar cartilages and the structures of the nasal tip. **Methods:** Descriptive study, 30 nose of cadavers fixed by 10% formalin from 18 year olds in Anatomy Department of the UPNT and 2 nose cadavers fixed by HE in the 69 instituefrom December 2017 to April 2019. **Results:** The average lengthof the internal alar crus is 12,3mm on the right and 13,2mm on the left, and has the tow part: footplate and the crus. The maximum distance between the 2 crus is 10,7mm. The average length of the dome in medial crus is 3,7mm and 3,9mm on the right and left side separately, with 2 subunits are the domal segment and lobular segment. The average thickness of the tip cartilage is 1,0 mm and 0,9 mm on the right and left side. The wide of the interdomal and intermediate crus ligaments are 0,5 fold the height and 2 fold the thickness. The thickness of the

**Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đăng Khoa
Email: khoatrandr@gmail.com
Ngày nhận bài: 28/3/2019
Ngày phản biện khoa học: 22/4/2019
Ngày duyệt bài: 13/5/2019

interdomal fat pat is 3mm and about 0,5 fold the wide. **Conclusions:** The major alar cartilages has 3 parts: internal, medial and laterl crus. The highest point of the medial crus is also called by the tip. The microanatomic structures of tip consist of the interdomal ligaments, intermediate crus ligaments, SMAS, interdomal fat pat.

Keywords: Major alar cartilage, lateral crus, medial crus, internal crus, interdomal fat pat, interdomal ligaments, intermediate crus ligaments.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi ngoài là một trong những cơ quan được phẫu thuật nhiều trong chuyên ngành thẩm mỹ, đặc biệt tại các nước châu Á do nhu cầu thẩm mỹ mũi khá cao. Cấu trúc mũi người Châu Á đặc trưng thường có đỉnh mũi to và sống mũi thấp và phẫu thuật tạo hình mũi không chỉ đơn thuần là đặt sống nâng cao mũi, mà còn thu nhỏ đỉnh mũi, thu gọn cánh mũi, chỉnh hình xương mũi, v.v... Trong đó vai trò của sụn cánh mũi lớn đóng quan trò quan trọng trong việc định hình đỉnh mũi, đặc biệt là các cấu trúc tham gia cấu tạo tháp mũi như trụ trong, trụ ngoài, vòm của sụn cánh mũi lớn chứa điểm đỉnh, quan điểm kiềng ba chân cũng như khái niệm cung M, hệ thống nâng đỡ đỉnh mũi gồm dây chằng gian vòm, gian trụ, da sụn, tạo nên tỉ số lực nén, lực căng mũi ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ mũi [3],[5].

Việc nắm các cấu trúc này sẽ giúp cho phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp tác động ở vùng đỉnh mũi [2]. Hiện nay đã có nhiều công trình nghiên cứu giải phẫu đại thể vùng sụn cánh mũi lớn, tuy nhiên khảo sát rõ hơn về mặt cấu trúc vi thể, nhằm xác định rõ các phần của sụn cánh mũi lớn nhất là ở vùng đỉnh mũi tại Việt Nam vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu [4],[5],[8]. Xuất phát từ những điểm nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu *"Khảo sát giải phẫu đại thể và cấu trúc vi thể sụn cánh mũi lớn trên người Việt"* với mục tiêu:

(1).Khảo sát giải phẫu đại thể và cấu trúc vi thể các phần của sụn cánh mũi lớn: trụ ngoài, trụ giữa, trụ trong.

(2).Khảo sát giải phẫu đại thể và cấu trúc vi thể các cấu trúc có liên quan ở vùng đỉnh mũi trên người Việt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

+ Nhóm 1: Khảo sát đại thể: 30 thi hài người Việt trưởng thành được xử lý formalin 10% tại bộ môn Giải phẫu Trường Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch.

+ Nhóm 2: Khảo sát vi thể: 02 mẫu mũi thi hài người Việt trưởng thành được xử lý formalin 10% tại Bộ môn Giải phẫu trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

- Tiêu chuẩn nhận: Thi thể người Việt, trưởng thành trên 18 tuổi. Còn nguyên vẹn vùng tháp mũi, chưa phẫu thuật trên vùng mũi. Không biến dạng, u bướu hay bất thường về giải phẫu vùng mặt.

- Tiêu chuẩn loại: loại bỏ các thi thể bị biến dạng tháp mũi, đã mổ bên trong hố mũi hay trong quá trình phẫu tích phát hiện các chi tiết giải phẫu bị hư hại do bảo quản hay xử lý không đúng.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2017 – 4/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Khảo sát đại thể. Bọc lộ các cấu trúc vùng đỉnh mũi theo phương pháp mổ mũi hở, xác định sụn cánh mũi lớn và các cấu trúc liên kết xung quanh sụn cánh mũi lớn ở vùng đỉnh mũi.

Đo đạc chiều dài đoạn cột trụ, đoạn chân trụ, khoảng giantrụ, chiều dài, chiều rộng tiểu đơn vị thùy và vòm, độ dày sụn điểm đỉnh, chiều ngang, cao của tam giác mô mềm.Khảo sát dây chằng gian vòm, gian trụ, lớp mỡ gian vòm (nếu có).

2.2.2. Khảo sát vi thể. 02 thi thể cắt toàn bộ vùng gốc mũi với giới hạn trên là đường ngang qua đầu trong 2 cung mày, 2 đường ngoài dọc theo bờ ngoài xương mũi, cánh mũi hai bên và giới hạn dưới dọc theo bờ dưới cánh mũi và chân trụ mũi, cố định formol 10% làm mô học. Khử khoáng trong dung dịch axit nitric 5%, mẫu xương mũi – trán trở thành mô mềm. Từ block paraphin cắt các lát cắt trên máy microtome với độ dày 4 µm, nhuộm tiêu bản theo phương pháp HE (Hematoxylin – Eosin), sau đó quan sát dưới kính hiển vi quang học với các quang kính 4, 10, 20, 40 để xác định sụn cánh mũi lớn và các cấu trúc liên kết xung quanh.

2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Các hình ảnh mô học được đọc bằng phần mềm Image Pro tại Viện 69 Bộ tư lệnh lăng, chụp ảnh bằng camera Olympus đính kèm trong kính hiển vi.

Phân tích và xử lý các phép kiểm thống kê bằng phần mềm SPSS 19. Xử dụng các test thống kê t-test và X^2 với khoảng tin cậy 95%. Trình bày bằng phần mềm Word và Excel 2007.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm mẫu khảo sát: Nghiên cứu cấu trúc đại thể thực hiện trên 30 thi thể người Việt với nam gồm 20 nam người chiếm tỉ lệ 62,5% và nữ là 12 người với tỉ lệ 37,5%, độ tuổi trung bình 67,3 ± 16,7 tuổi (dao động từ 21 đến 93 tuổi).

3.2. Đặc điểm sụn cánh mũi lớn

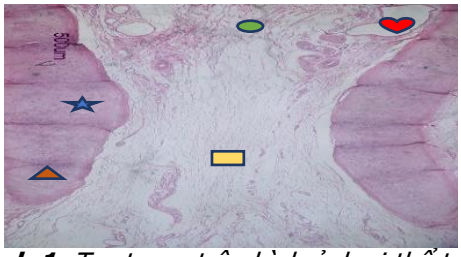
3.2.1. Trụ trong

Bảng 1. Các kích thước trụ trong trên thi thể

Kích thước (mm)	Phải	Trái	p-values
Chiều dài trụ trong	12,3 ± 2,9	13,2 ± 2,2	0,076[e]
Chiều rộng trụ trong	3,5 ± 1,2	3,2 ± 1,2	0,007[e]
Độ dày sụn đoạn cột trụ	0,8 ± 0,2	1,0 ± 1,0	0,346[e]
Khoảng cách xa nhất giữa 2 đoạn cột trụ (khoảng gian trụ)	3,2±1,4		
Chiều dài đoạn chân trụ tựa sát nhau	0,5±0,8		
Khoảng cách xa nhất giữa 2 chân trụ	10,7±2,5		

c. T - student test. e. Mann - Withney test.

Chiều dài đoạn cột trụ lớn hơn đoạn chân trụ khoảng 2mm, và chiều dài chân kiềng trong ở cả 2 bên khoảng 15mm, các kích thước không giống nhau ở cả 2 bên.



Hình 1. *Trụ trong trên hình ảnh vi thể tương ứng với vùng khoanh tròn trên hình (A)*

(*)Chú thích: đoạn chân trụ tách rời nhau (△), đoạn cột trụ đối nhau (★), các sợi collagen chạy trong khoảng gian trụ (☐), các sợi collagen của dây chằng gian vòm (○), mạch máu khoang gian vòm (♥).·

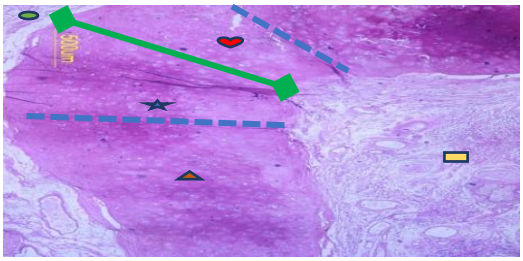
Chiều dài trụ trong của mẫu khảo sát là 12-13mm ngắn hơn tác giả Polselli R. [7] là 16-24mm, sự khác biệt này cũng dễ hiểu về mặt chủng tộc và do đó cột trụ mũi cũng dài và ảnh hưởng đến độ nhô đỉnh mũi. Chiều dài chân trụ (đây là phần ít được mô tả trong các sách kinh điển) của chúng tôi từ 5-5,7mm và khoảng cách 2 chân trụ là 10,7mm phù hợp với nghiên cuu1 củaByrd H.S. [2] là chiều dài chân trụ 4-7,5mm (trung bình 5,8mm) và khoảng cách giữa 2 chân trụ 7,5-15mm (trung bình 11,4mm). Ngoài ra chúng tôi nhận thấy tỉ lệ tách ra ở phía trên đoạn cột trụ ở trên là 60% ở cả 2 bên và khác nhau giữa bên phải trái, khoảng cách xa nhất giữa 2 đoạn cột trụ hay gọi khoảng gian trụ là 3,2mm. Trong khi đó phần chân trụ dính nhau rất ít không đáng kể 0.5mm và chân trụ hầu như tách ra xa nhau 2 bên tựa vào nền mũi và khoảng cách xa nhất giữa 2 chân trụ là 11mm (gần gấp 4 lần khoảng gian trụ).

3.2.2. Trụ giữa

Bảng 2. Các kích thước trụ giữa trên thi thể (n=30)

Kích thước	Phải	Trái	p-values
Chiều dài tiểu đơn vị thùy	3,0 ± 1,1mm	3,0 ± 1,1mm	0,884[e]
Chiều dài vòm	4,9 ± 2,0mm	5,0 ± 2,3mm	0,655[e]
Chiều rộng tiểu đơn vị thùy	3,7 ± 1,1mm	3,9 ± 2,1mm	0,434[e]
Chiều rộng vòm	4,3 ± 1,4mm	4,5 ± 1,6mm	0,254[e]

e. Mann – Withney test



Hình 2. *Tiêu bản vùng tiếp nối vòm và trụ trong*

(*) Chú thích: đoạn cột trụ trong (△), tiểu đơn vị thùy (★), các sợi collagen thuộc dây chằng gian vòm (○), tiểu đơn vị vòm (♥), tam giác mô mềm là mô liên kết lỏng lẻo (☐), phần mũi tên màu xanh lá là điểm đỉnh.

Bảng 3. Tam giác mô mềm trên thi thể

Kích thước	Phải	Trái	p-values
Chiều ngang	10,2 ± 2,4mm	10,5 ± 3,5mm	0,0001[e]
Chiều cao	4,7 ± 1,5mm	4,6 ± 1,2mm	0,020[e]

e. Mann – Withney test

Chiều cao tam giác mô mềm khoảng 5mm bằng ½ chiều ngang và các kích thước tam giác mô mềm ở 2 bên không giống nhau.

Bảng 4. Độ dày sụn trụ giữa trên thi thể

Kích thước	Phải	Trái	p-values
Tiểu đơn vị thùy	1,2 ± 0,3mm	1,2 ± 0,3mm	0,650[e]
Vòm	1,2 ± 0,3mm	1,3 ± 0,3mm	0,065[e]
Điểm đỉnh	1,0 ± 0,5mm	0,9 ± 0,2mm	0,386[e]
Khoảng cách 2 điểm đỉnh	6,8 ± 2,7mm		

Độ dày sụn các phần trụ giữa từ 1mm trở lên, không thấy sự khác biệt giữa 2 bên trên thi thể. Theo Tai-ling W. thì yếu tố khoảng cách giữa 2 điểm đỉnh là quan trọng nhất nhưng theo chúng tôi thì mức độ ảnh hưởng của khoảng cách này không mạnh mà còn do nhiều yếu tố khác nữa như: góc tiểu đơn vị, mỡ gian vòm, độ dày da đỉnh mũi và độ dày lớp SMAS mũi, do đó tuỳ theo yếu tố nào hay kết hợp nhiều yếu tố cùng lúc mà chúng ta có kỹ thuật khác nhau để xử lý. Ngoài ra hai điểm đỉnh của cặp sụn cánh mũi lớn hình thành nên một tam giác mô mềm yếu ớt không có sụn, ở vùng trên trong sụn cánh mũi lớn. Chiều cao tam giác mô mềm theo nghiên cứu của chúng tôi khoảng 5mm bằng ½ chiều ngang và diện tích khoảng 25mm^2, các kích thước tam giác mô mềm ở 2 bên không giống nhau. Đây là một vùng phẫu thuật viên ít để ý đến và nó sẽ ảnh hưởng đến khuyết mũi 2 bên khi chúng ta khâu vết thương mũi sau khi phẫu thuật với lực siết chỉ chặt.

Thêm vào đó Tai-ling W. cũng ghi nhận khoảng cách giữa hai điểm đỉnh trung bình từ 5 – 6mm, nếu khoảng cách này trên 6mm thì được xem là đỉnh mũi to. Theo nghiên cứu chúng tôi khoảng cách 2 điểm đỉnh trên thi thể là 6,8mm lớn hơn trên người qua siêu âm là 5,6mm. Do đó nếu dựa vào kết quả khoảng cách này thì đỉnh mũi người Việt không to nhưng thực tế không phải vậy khi đo kết quả qua nhân trắc thì đa số đỉnh mũi người Việt to. Vậy đâu là yếu tố ảnh hưởng đến đỉnh mũi người Việt to mặc dù khoảng cách 2 điểm đỉnh không lớn hơn 6mm? Điều này có thể giải thích một phần ở trên là do 2 tiểu đơn vị vòm hợp với nhau 1 góc khoảng 80^0 vào đường giữa cho nên ảnh hưởng đến khoảng cách 2 điểm đỉnh. Độ dày da đỉnh mũi là một yếu tố gây cản trở khi làm nhỏ đỉnh mũi, chiều dày da này được đánh giá bằng quan sát, sờ nắn hay có thể dùng siêu âm để đo độ dày da mũi.

3.2.3. Trụ ngoài

Bảng 5. Kích thước trụ ngoài sụn cánh mũi lớn trên thi thể

Các kích thước trụ ngoài		Phải	Trái	p-values
Chiều dài	Gối ngoài đến ranh giới đuôi	12,3 ± 2,4mm	12,1 ± 2,3mm	0,626[e]
	Đuôi	6,1 ± 2,7mm	5,5 ± 2,1mm	0,150[e]
	Cả trụ ngoài	18,5 ± 3,9mm	17,5 ± 2,9mm	0,305[e]
Chiều rộng	Tại gối ngoài	8,0 ± 1,8mm	8,1 ± 1,8mm	0,750[e]
	Tại điểm giữa trụ ngoài	8,5 ± 1,4mm	8,5 ± 1,2mm	0,969[e]
	Tại đuôi	5,0 ± 1,8mm	4,6 ± 0,9mm	0,245[e]
Độ dày sụn	Tại gối ngoài	0,9 ± 0,2mm	0,8 ± 0,2mm	0,524[e]
	Tại điểm giữa trụ ngoài	0,8 ± 0,2mm	1,1 ± 1,7mm	0,387[e]
	Tại đuôi	0,7 ± 0,2mm	0,7 ± 0,2mm	0,176[e]

e. Mann – Withney test

Chiều dài toàn trụ ngoài bên phải 18,5mm và trái 17,5mm, chiều rộng tại điểm giữa trụ ngoài 8,5mm, các kích thước đuôi của trụ ngoài chỉ bằng khoảng ½ trụ ngoài, độ dày sụn khoảng 0,8mm. Hướng đi của trụ ngoài chạy song song chiếm 40,0% (12/30) và chạy chếch lên chiếm đa số 60,0% (18/30).

Trụ ngoài chạy song song với bờ lỗ mũi, phía ngoài chạy hướng lên trên hợp với bờ lỗ mũi một góc 15^0 [5], nhưng theo Constantian M.B. [3], sau khi rời khỏi gối ngoài trụ ngoài chạy song song 1/3 bờ lỗ mũi sau đó chạy chếch lên trên $30\text{-}45^0$ và có thể lớn hơn nữa, theo Sheen sự thay đổi này sẽ gây nên đỉnh mũi to, nhận định này hoàn toàn phù hợp theo nghiên cứu chúng tôi hướng đi của trụ ngoài chạy chếch lên chiếm 60%. Do đó việc khảo sát kích thước trụ ngoài nói riêng hay trụ trong sẽ góp phần cung cấp số liệu trong việc chỉnh hình đỉnh mũi trên người Việt, chiều dài 16 – 24mm, rộng 4 – 10mm, khoảng cách từ bờ dưới sụn cánh mũi lớn đến rìa lỗ mũi thay đổi rất nhiều tuỳ từng vị trí đo và tuỳ từng người, khoảng 6mm đo ở điểm giữa vòm sụn, 5mm đo từ điểm giữa trụ ngoài, 13mm đo từ điểm xa nhất của phần cuối trụ ngoài [5], phù hợp với nghiên cứu chúng tôi dài 18mm, rộng tại điểm giữa 8,5mm và dày 1mm.

Từ đó nhìn chung mũi người Việt chân trụ trong và trụ ngoài ngắn so với các dân da trắng. Cho nên hầu hết các phẫu thuật chỉnh hình mũi là khâu ghép sụn nối dài các chân kiềng 3 chân. Nên chú ý rằng hình dạng trụ ngoài cũng như độ oẵn trụ trong sẽ ảnh hưởng lớn các kích thước này. Chúng tôi cũng khảo sát mối tương quan giữa trụ ngoài và chân kiềng ngoài với hình dạng trụ ngoài để xem việc biến dạng trụ ngoài có ảnh hưởng đến các kích thước này không ở cả 2 bên và nhận thấy rằng hình dạng bất thường của trụ ngoài không ảnh hưởng đến chiều dài trụ ngoài hay chiều dài chân kiềng ngoài.

3.3. Các cấu trúc xung quanh vùng sụn cánh mũi lớn ở vùng đỉnh mũi

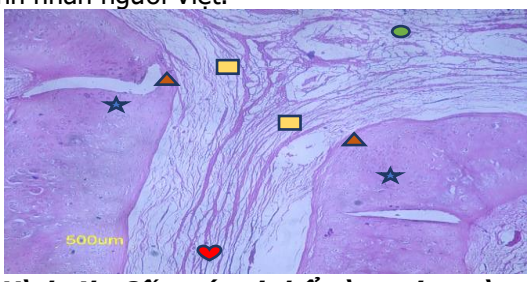
Hệ thống nâng đỡ đỉnh mũi

Bảng 6. Các kích thước dây chằng gian vòm trên thi thể

Các kích thước dây chằng gian vòm	Trung bình
Chiều cao dây chằng	8,0 ± 4,8mm
Chiều rộng dây chằng	4,2 ± 2,4mm
Độ dày dây chằng	1,8 ± 1,0mm

Chiều rộng dây chằng gian vòm khoảng 4mm bằng ½ chiều cao và gấp đôi độ dày. Qua quá trình phẫu tích trên thi thể và dựa theo nghiên cứu của Saban Y.[8], chúng tôi nhận thấy khái niệm của Anderson không còn chính xác khi mở rộng phạm vi bám của dây chằng gian vòm

Lý do các mốc khảo sát hầu như bị cắt đứt hoàn toàn trong phẫu thuật tạo hình mũi theo đường mổ ngoài. Còn đối với đường mổ trong trong phẫu thuật nâng cao sống mũi khi bóc tách đặt vật liệu ghép thì có thể vị trí vật liệu này nằm trên hay dưới dây chằng gian vòm, mà theo nghiên cứu chúng tôi thì tốt nhất là nằm dưới dây chằng để tránh lộ vật liệu ghép ở đầu mũi khi nâng cao đỉnh mũi. Nói khác đi, dây chằng gian vòm này chỉ khu trú tại khoang gian vòm còn vùng mở rộng dây chằng thì đã có công trình của Saban Y.[8] khẳng định là không có phần mở rộng mà chủ yếu là do lớp SMAS, nên trong giới hạn của đề tài này chưa thể chứng minh được qua mô học vì thế sẽ tiếp tục nghiên cứu vai trò của vùng này qua mô học và trên bệnh nhân người Việt.

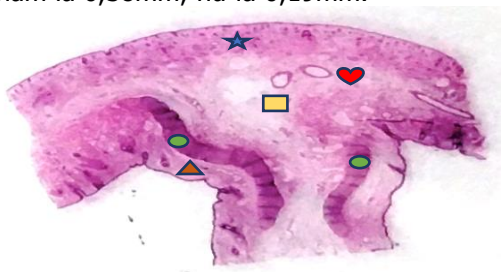


Hình 4b. Cấu trúc vi thể vùng gian vòm

(*) Chú thích: điểm đỉnh (△) của vòm (trụ giữa) (★), các tế bào mô mỡ của tổ chức mỡ gian vòm (○), các sợi collagen ở phần dây chằng gian trụ(♥) liên tục với dây chằng gian vòm vùng điểm đỉnh phủ lên phần trụ ngoài (□).

Chiều rộng dây chằng gian trụ trên thi thể trung bình khoảng 3,1mm ± 1,3mm, bằng ½ chiều cao 5,8 ± 1,6mm và gấp đôi độ dày trung bình của dây chằng gian trụ là 1,6 ± 0,8mm.Trong quá trình phẫu tích chúng tôi nhận thấy dây chằng này nằm phía dưới dây chằng gian vòm và liên kết 2 trụ trong với nhau, thông thường tồn tại một lớp mỡ nằm giữa 2 trụ trong có thể ít hay nhiều, cũng khá tương đồng với các tác giả khác [6].

Chiều rộng lớp mỡ gian vòm trên thi thể trung bình khoảng 7,9 ± 3,8mm và chiều cao 11,5 ± 3,8mm, nhưng độ dày trung bình chỉ 1,5mm ± 1,1mm.Theo nghiên cứu chúng tôi độ dày lớp mỡ gian vòm 3mm bằng ½ chiều rộng là 6,5mm, và thực tế lớp mỡ này trãi dài từ khoang gian vòm lên đến điểm gãy trên mũi khoảng trên 15mm và dày khoảng 3,3mm (Hình 4a,b). Sự hiện diện lớp mỡ này hầu như luôn luôn có trên mọi cá thể khảo sát, khác với tác giả El-Shaarawy E.A.A. [5] thì khoảng 6,5% không thấy mỡ gian vòm đây cũng là một nghiên cứu kết luận như vậy còn hầu hết các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài đều thấy sự hiện diện lớp mỡ này cho dù đỉnh mũi to hay nhỏ. Còn nghiên cứu chúng tôi, trên xác và bệnh nhân đều có lớp mỡ gian vòm với kích thước từ 1,8-3,2mm nằm trong khoảnggian vòm 2,9mm phù hợp với tác giả Copcu E. kích thước mảng mỡ gian vòm là 1,8 x 3,2mm [4], độ dày mỡ tại đỉnh mũinam là 0,38mm, nữ là 0,19mm.



Hình 5. Cấu trúc vi thể vùng đỉnh mũi

(*) Chú thích: da dày vùng đỉnh mũi (★) với tổ chức dưới da dày (♥) xen lẫn là mô mỡ gian vòm (□) nằm phía trên vùng vòm của sun cánh mũi lớn (△).

V. KẾT LUẬN

Đối với sụn cánh mũi lớn:gồm có 3 tiểu đơn vị: trụ ngoài, trụ giữa – vòm và trụ trong. Hướng của trụ ngoài chạy chếch lên chiếm 60% do đó khoảng cách từ gối ngoài bằng khoảng ½ khoảng cách từ đuôi sụn cánh mũi lớn đến bờ lỗ mũi trước. Chiều dài trụ giữa 8mm, rộng vòm 4,5mm, đặc trưng vòm người Việt là góc tiểu đơn vị rộng tù nhưng 2 vòm lại gom vào đường giữa nên góc giữa 2 tiểu đơn vị nhỏ hơn 90^0, nhô cao nhất vùng vòm gọi là điểm đỉnh, có dây chằng gian vòm phủ lên. Giữa 2 phần của trụ trong có các sợi dây chằng liên kết.

Đối với các cấu trúc nâng đỡ vùng đỉnh mũi: Chiều rộng dây chằng gian vòm và gian trụ bằng ½ chiều cao và gấp đôi độ dày. Độ dày lớp mỡ gian vòm 3mm bằng ½ chiều rộng. Phần mô học cho thấy rõ sự hiện diện của các cấu trúc này trong việc góp phần nâng đỡ vùng đỉnh mũi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Burres S. (1999),** "Tip Points: Defining the Tip", Aesthetic Plastic Surgery, 23, pp. 113-118.
2. **Byrd H.S. (2001),** "Rhinoplasty", Selected readings in plastic surgery, 9(18), pp. 1-51.
3. **Constantian M.B. (2000),** "Four Common Anatomic Variants that Predispose to Unfavorable Rhinoplasty Results: A Study Based on 150 Consecutive Secondary Rhinoplasties", Plastic And Reconstructive Surgery, 105(1), pp. 316-331.
4. **Copcu E., Metin K., Ozsunar Y., et al. (2004),** "The interdomal fat pad of the nose: a new anatomical structure", Surgical and Radiologic Anatomy, 26, pp. 14-18.
5. **El-Shaarawy E.A.A. (2016),** "Morphological and morphometrical study of the cartilaginous framwork of the dorsum and tip of the nose among populations: cadaveric study", DOI: 10.5603/FM.a2016.0008, e-ISSN: 1644-3284.
6. **Ishii C. H. (2014),** Current update in Asian rhinoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open, 2 (4).
7. **Polselli R., Saban Y., Braccini F. (2002),** "Anatomie artistique du nez", Rhinoplastie Editions: Les minographies du CCA Groupe N0 32, Livraison France, pp. 9-35.
8. **Saban Y., Amodeo C.A., Hammou J.C., et al. (2008),** "An Anatomical Study of the Nasal Superficial Musculoaponeurotic System", Archives of Facial Plastic Surgery, 10(2), pp. 109-115.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG ĐẤU THẦU MUA THUỐC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105 TỪ NĂM 2015 - 2017

Hồ Cảnh Hậu[1], Nguyễn Minh Chính[2], Hoàng Hải[2], Hoàng Xuân Hòa[1], Lê Việt Bình[1],

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực trạng đấu thầu mua thuốc tại Bệnh viện Quân y 105 từ năm 2015 - 2017. **Phương pháp nghiên cứu**: Sử dụng PPNC hồi cứu kế hoạch và kết quả đấu thầu mua thuốc. **Kết quả**: Yêu cầu kinh nghiệm và năng lực của nhà thầu có ≥ 1 hợp đồng, chứng minh được khả năng tài chính trên 2 năm và điểm kỹ thuật đạt ≥ 80 điểm. Hình thức đấu thầu đơn lẻ. Xây dựng kế hoạch đấu thầu theo 5 phân nhóm. Số nhà thầu trung bình tham gia/khoản thuốc là 1,09 ± 0,200 nhà thầu. Số khoản trúng thầu trung bình trong 3 năm từ 75 - 88%.. **Kết luận**: Số khoản trúng thầu: 75–88% và có giá trị tương ứng là 70-82%. Thuốc trúng thầu theo nguồn gốc nước ngoài có số lượng và giá trị trên 50%.

Từ khóa: Đấu thầu mua thuốc, Danh mục thuốc đấu thầu, Bệnh viện Quân y 105.

SUMMARY

A STUDY ON THE STATUS OF DRUG PROCUREMENT AT THE 105th MILITARY MEDICAL HOSPITAL FROM 2015 TO 2017

Objectives: To investigate the status of drug procurement at the 105 Military Medical Hospital from 2015 to 2017. **Methods**: Use of retrospective study plan and drug procurement's results. **Results**: Requirement for experience and capacity of the contractor is larger than or equal to 1 contract, proof of financial ability over 2 years and technical points larger than or equal to 80 points. Single tender form. The bidding plan is built for 5 sub-groups. The average number of participating contractors/ drugs ranged: 1,09 ± 0,20. The average winning amount for the three years from 75% to 88%. **Conclusions**: The number of winning bids: 75 - 88% and the corresponding value is 70-82%. Winning lottery tickets of foreign origin are valued at over 50%.

Key words: Procurement of drugs, List of drugs for bidding, The 105th Military Medical Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đấu thầu mua thuốc là nhiệm vụ thường niên tại các cơ sở y tế. Mục tiêu của công tác đấu thầu (ĐT) là mua được thuốc theo kế hoạch xây dựng có chất lượng với giá rẻ. Thực tế, tình hình bệnh tật hàng năm không diễn biến theo qui luật nên công tác dự báo đảm bảo thuốc trong năm tới gặp nhiều khó khăn, đòi hỏi các đơn vị xây dựng kế hoạch đấu thầu phải hoạch định kế hoạch cụ thể, sát với thực tế để công tác đảm bảo không bị thừa (gây lãng phí) và phải đủ cho nhu cầu khám và điều trị trong năm của đơn vị.

Bệnh viện Quân y 105 (BVQY105) là bệnh viện hạng I thuộc Tổng cục Hậu cần - Bộ Quốc phòng có nhiệm vụ khám và điều trị cho nhiều đối tượng (Quân, chính sách, BHYT, DVYT). Vì vậy, nghiên cứu thực trạng đấu thầu mua thuốc tại BVQy 105 từ năm 2015 - 2017 có ý nghĩa cao trong thực hiện công tác đấu thầu những năm tiếp theo tại đơn vị nghiên cứu nói riêng và các cơ sở y tế trong toàn quân nói chung

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các văn bản theo luật định, hồ sơ và kết quả đấu thầu tại BVQY105 trong 3 năm (từ năm 2015 – 2017).

[1]*Bệnh viện Quân y 105*
[2]*Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Hồ Cảnh Hậu
Email: dshocanhhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/4/2016
Ngày phản biện khoa học: 1/5/2019
Ngày duyệt bài: 17/5/2019

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu kết quả đấu thầu thông qua các số liệu: Hồ sơ mời thầu, kế hoạch ĐT và kết quả ĐT từ đó: Lựa chọn so sánh đối chứng các thông số nghiên cứu; Lập bảng kết quả ĐT; Lập bảng theo dõi số khoản không trúng thầu. Phân tích lý do khoản thuốc không mua được.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xây dựng hồ sơ mời thầu (HSMT). HSMT được xây dựng theo hướng dẫn của Thông tư 01/2012 (áp dụng cho năm 2015 và năm 2016) và Thông tư 11/2016 (áp dụng cho năm 2017) [1,2]. Các yêu cầu về tiêu chí kỹ thuật do đơn vị tự xây dựng được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá năng lực và kinh nghiệm của nhà thầu

Tiêu chí	2015	2016	2017
KN nhà thầu	05 HĐ tương tự	≥01 hợp đồng tương tự	≥01 HĐ tương tự
SX- KD	2 năm gần đây	Tối thiểu 02 năm	3 năm gần đây
Tài chính	Trong 2 năm	Trong 2 năm	3 năm gần đây
Bảo đảm dự thầu	20.000.000 đồng.	1% tổng giá trị các mặt hàng dự thầu	1% giá trị KH phần nhà thầu tham dự
Bảo đảm hợp đồng	1% gói trúng nhưng ≥10.000.000 đồng.	5% tổng giá trị hợp đồng	3% giá trị hợp đồng
Điểm KT	≥80% tổng số điểm.	≥81% tổng số điểm.	≥80% tổng số điểm.
Tiến độ cung cấp	Thuốc cấp cứu = 01 ngày.	Thuốc cấp cứu = 01 ngày	= 72h làm việc; trường hợp đặc biệt =6h.

Kết quả cho thấy: - Chưa thống nhất được trong 3 năm về tiêu chí Kinh nghiệm về hoạt động kinh doanh: Yêu cầu về đảm bảo dự thầu và đảm bảo hợp đồng (trong 3 năm: 1%; 2%; 3% và 5%)

- Yêu cầu về tiến độ cung cấp hàng hóa cũng không thống nhất, đặc biệt là thời gian cung cấp thuốc cấp cứu (6 giờ, 24 giờ)

- Yêu cầu các tiêu chí trong một năm chưa có tính logic: Yêu cầu kinh nghiệm nhà thầu tối thiểu là 01 hợp đồng tương tự nhưng yêu cầu về kinh nghiệm sản xuất - kinh doanh tối thiểu là 02 năm (năm 2016) và 03 năm (năm 2017).

3.2. Hình thức tổ chức và phương thức đấu thầu mua thuốc

- Hình thức: tự tổ chức thực hiện. Năm 2017, tham gia thêm đấu thầu tập trung cấp địa phương do Sở Y tế Hà Nội tổ chức.

- Phương thức: Năm 2015 thực hiện theo phương thức 1 giai đoạn, 1 túi hồ sơ và năm 2016 đến 2017 là 1 giai đoạn 2 túi hồ sơ.

3.3. Xây dựng kế hoạch danh mục thuốc (DMT) đấu thầu: Xây dựng kế hoạch DMT đấu thầu trong 3 năm được xét chi tiết theo phân nhóm kỹ thuật. Kết quả được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Kế hoạch DMT theo nguồn gốc, xuất xứ *Đvt giá trị: Triệu đồng*

Tiêu chí \ Nhóm		1	2	3	4	5	Tổng
Năm 2015	Số khoản	296	106	394	0	191	987
	% khoản	30,0%	10,7%	39,9%	0%	19,4%	100%
	Giá trị	12.145	5.493	8.010	0	7.940	33.588
	% giá trị	36,2%	16,4%	23,8%	0%	23,6%	100%
Năm 2016	Số khoản	189	49	193	0	72	503
	% khoản	37,6%	9,7%	38,4%	0%	14,3%	100%
	Giá trị	21.036	4.402	10.380	0	8.119	43.937
	% giá trị	47,9%	10,0%	23,6%	0%	18,5%	100%
Năm 2017	Số khoản	203	112	250	16	61	642
	% khoản	31,6%	17,4%	38,9%	2,5%	9,5%	100%
	Giá trị	46.269	35.657	23.679	2.668	10.521	118.794
	% giá trị	38,9%	30,0%	19,9%	2,2%	8,9%	100%
$\bar{X} \pm SD_{số\ khoản}$		33,1±3,3%	12,6±3,4%	39,1±0,6%	0,8±1,2%	14,4±4,0%	
$\bar{X} \pm SD_{giá\ trị}$		40,1±5,0%	18,8±8,3%	22,4±1,8%	0,7±1,0%	17,0±6,1%	

Kết quả cho thấy: - Về số khoản: Tỷ lệ % về số trung bình số khoản cao nhất thuộc nhóm 3 (chiếm 39,1 ± 0,6%), cao thứ 2 thuộc nhóm 1 (33,1 ± 3,3%), thấp nhất thuộc nhóm 4 (chiếm 0,8 ± 1,2%). Đặc biệt, năm 2015 – 2016 các thuốc thuộc nhóm 4 (thuốc được chứng minh tương đương sinh học với thuốc biệt dược gốc) không được đưa và danh mục thuốc kế hoạch.

- Về giá trị: Tỷ lệ % giá trị các thuốc thuộc nhóm 1 luôn cao nhất trong 3 năm (tỷ lệ trung bình 40,1 ± 5,0%), cao thứ 2 là thuốc nhóm 3 (chiếm 22,4 ± 1,8%) và thấp nhất là thuốc thuộc nhóm 4 (chiếm 0,7 ± 1,0%). Các thuốc thuộc nhóm 2 và nhóm 3 khá tương đương nhau về giá trị.

3.4. Tổ chức thực hiện xét thầu

*Số nhà thầu tham gia trung bình trên một khoản thuốc mời thầu

Kết quả số nhà thầu tham dự trên một khoản thuốc qua 3 năm được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Số nhà thầu tham dự trên một khoản thuốc

Tiêu chí	Năm 2015	Năm 2016	Năm 2017
Số khoản kế hoạch	987	503	642
Số khoản dự thầu	2.352	971	779
Số nhà thầu TB/khoản	2,38	1,93	1,21
Số NT nhiều nhất/khoản	10	8	6

Kết quả cho thấy: Số nhà thầu chào thầu trung bình trên một khoản thấp dần qua các năm. Năm 2015 trung bình có trên 2 nhà thầu tham dự/khoản, đến năm 2017 tỷ lệ này chỉ còn khoảng 1,2 nhà thầu/khoản. Thực tế cho thấy, có khoản không có nhà thầu tham dự nhưng có những khoản lại có sự cạnh tranh rất cao (Năm 2015, là 10 NT, năm 2016 là 8 NT và năm 2017 là 6 NT).

Như vậy, đối với những khoản có số nhà thầu tham dự lớn thì đơn vị đấu thầu có nhiều sự lựa chọn, nhưng đối với những khoản không có nhà thầu tham dự sẽ gây nhiều khóa khăn trong công tác khắc phục và giải quyết sau đấu thầu.

*Đánh giá tỷ lệ nhà thầu tham dự theo phân nhóm thuốc năm 2017: Kết quả đánh giá tỷ lệ nhà thầu tham dự theo phân nhóm thuốc năm 2017 được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Tỷ lệ nhà thầu tham dự/khoản theo phân nhóm năm 2017

Phân nhóm / Chỉ tiêu	1	2	3	4	5	Trung bình
Số khoản KH	203	112	250	16	61	128,4±86,9
Số khoản tham dự	223	144	330	13	56	153,2±114,3
Tỷ lệ NT/khoản	1,10	1,29	1,32	0,81	0,92	1,09±0,200

Kết quả cho thấy: Nhà thầu tham gia có tỷ lệ cao nhất vào phân nhóm 3 (chiếm tỷ lệ 1,32 NT/thuốc). Đây là nhóm thuốc được sản xuất trong nước nên khá chủ động cho sự tham gia của các nhà thầu. Bên cạnh đó, thuốc sản xuất có nguồn gốc nước ngoài thuộc nhóm 2 và nhóm 1 chiếm tỷ lệ cao lần lượt tiếp theo (là 1,29 và 1,10).

Kết quả trên cho thấy, các nhà thầu tham dự vào các nhóm theo nguồn gốc xuất xứ không chênh lệch nhiều, khả năng cạnh tranh theo nhóm trung bình là 1,09±0,2 NT/thuốc

3.5. Kết quả đấu thầu mua thuốc

Kết quả trúng thầu trong 3 năm từ 2015 - 2017 được trình bày ở bảng 5.

Bảng 5. Kết quả trúng thầu trong 3 năm từ năm 2015 - 2017 *Đvt giá trị: triệu đồng*

Chỉ tiêu / Năm	Kế hoạch		Trúng thầu		Tỷ lệ trúng thầu	
	Số khoản	Giá trị	Số khoản	Giá trị	Số khoản	Giá trị
2015	987	33.588	867	23.409	87,84%	69,69%
2016	503	43.937	417	30.682	82,90%	69,84%
2017	642	118.794	479	97.589	74,61%	82,15%

Kết quả cho thấy: - Giá trị trúng thầu là tổng giá của từng thuốc trúng thầu sau khi đã tính theo điểm giá và điểm kỹ thuật (không bao gồm thuốc bị loại nên không tính theo tỷ lệ % trúng thầu)

- Số khoản trúng thầu trung bình trong 3 năm từ 75 - 88% (giá trị trúng tương ứng từ 70 - 82%). Kết quả này cũng để lại hậu quả sau đấu thầu cho đơn vị cần giải quyết (từ 12 - 25% số lượng kế hoạch), đòi hỏi các đơn vị phải có biện pháp khắc phục những bằng hình thức đấu thầu bổ sung, ảnh hưởng lớn đến thời gian, kinh phí tổ chức.

***Thuốc trúng thầu theo nguồn gốc:** Khi phân tích nguồn gốc các thuốc trúng thầu qua 3 năm thu được kết quả được trình bày ở bảng 6.

Bảng 6. Kết quả giá trị thuốc sản xuất trong nước trúng thầu *Đvt giá trị: triệu đồng*

Tiêu chí / Nguồn gốc		Năm 2015		Năm 2016		Năm 2017	
		Số khoản	Giá trị	Số khoản	Giá trị	Số khoản	Giá trị
Trong nước	Nhóm 3	344	4.325	154	5.615	193	18.747
	Nhóm 2	42	722	9	400	26	6.642
	Nhóm 4	0	0	0	0	5	709

	Nhóm 5	40	691	29	1.128	12	631
Tổng (I)		**426**	**5.738**	**192**	**7.143**	**236**	**26.729**
Ngoài nước	Nhóm 1	257	10.021	164	18.381	155	40.743
	Nhóm 2	53	2.014	34	2.155	62	22.512
	Nhóm 5	128	5.713	27	3.003	26	7.605
Tổng (II)		**438**	**17.748**	**225**	**23.539**	**243**	**70.860**
Tỷ lệ (II)/(I)		**102,8%**	**309,3%**	**117,2%**	**329,5%**	**102,9%**	**265,1%**

Kết quả cho thấy: Số lượng thuốc trúng thầu sản xuất trong nước thấp hơn thuốc sản xuất ngoài nước không nhiều nhưng giá trị thuốc trúng thầu ngoài nước cao hơn rất nhiều (năm 2015 và 2016 trên 300%; năm 2017 là 265,1%). Điều này cho thấy, nếu tăng tỷ trọng thuốc sản xuất trong nước sẽ làm giảm nhiều chi phí mua thuốc.

***Phân tích kết quả số thuốc không trúng thầu:** Kết quả phân tích một số nguyên nhân dẫn đến các thuốc không trúng thầu hoặc không mua được được trình bày ở bảng 7.

Bảng 7. Một số nguyên nhân thuốc không mua được

Năm / Tiêu chí	2015		2016		2017	
	Số lượng	**Tỷ lệ %**	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
Không tham dự thầu	100	83,3	64	74,4	135	82,8
Vượt giá KH	20	16,7	17	19,8	22	13,5
Không đúng YCKT	0	0	5	5,8	6	3,7
Tổng	**120**	**100,0**	**86**	**100,0**	**163**	**100,0**

Kết quả cho thấy: Các thuốc không mua được do nguyên nhân không có nhà thầu nào chào vẫn chiếm tỷ lệ lớn. Một số lý do có thể xảy ra đối với nguyên nhân này: Những khoản này có trong các nhà thầu bị loại trước đó; Thuốc chuyên khoa sâu, không được chào bán rộng rãi; Số lượng và giá thuốc không đảm bảo doanh thu cho các nhà thầu; Do công tác xây dựng DMT đấu thầu chưa sát với thị trường thuốc hiện hành...

Trong năm 2017 giá kế hoạch của thuốc được công bố cùng danh mục nhưng tỷ lệ vượt giá kế hoạch của các công ty dự thầu cũng khá cao. Điều này có thể đưa ra lý giải: Chiến lược của các công ty dự thầu là giữ nguyên giá (đặc biệt các thuốc có tính độc quyền cao như thuốc biệt dược gốc và thuốc thuộc nhóm 1) nhằm tạo ưu thế cho những lần đấu thầu tiếp theo, điều đó buộc các đơn vị tổ chức muốn mua được thuốc thì phải tăng giá kế hoạch trong những lần tổ chức sau, và đây cũng là điều khó giải quyết giữa 3 bên: "CSYT – Nhà thầu – Cơ quan BHXH".

*Một số phương pháp khắc phục những thuốc không mua được sau thầu:

- Tổ chức đấu thầu bổ sung: Chỉ định thầu; Chào hàng cạnh tranh; Mua sắm trực tiếp: Tự thực hiện.

- Sử dụng các thuốc đã trúng thầu có cùng tác dụng dược lý để thay thế các thuốc không mua được theo thầu: Đối với các thuốc không mua được theo thầu, đặc biệt là các thuốc không có trên thì trường, thì các bệnh viện có thể sử dụng các thuốc đã trúng thầu có cùng tác dụng dược lý để thay thế và có thể tăng số lượng các thuốc thay thế đó bằng hình thức sử dụng 20% vượt kế hoạch cho phép của luật đấu thầu hoặc áp dụng hình thức mua sắm trực tiếp nếu nhu cầu số lượng vượt 130% số lượng kế hoạch.

IV. KẾT LUẬN

- Hình thức và phương thức tổ chức đấu thầu mua thuốc: Hình thức đơn lẻ và theo phương thức phù hợp giá trị gói thầu đúng theo luật định

- Tổ chức thực hiện xét thầu: Số nhà thầu tham gia trung bình /khoản thuốc mời thầu: 1,09 ± 0,200 nhà thầu.

- Kết quả lựa chọn trúng thầu: Số khoản trúng thầu: từ 75 – 88% (giá trị trúng tương ứng từ 70 – 82%). Thuốc trúng thầu theo nguồn gốc nước ngoài: Số lượng và giá trị trên 50%

- Một số phương pháp khắc phục những thuốc không mua được sau thầu: thầu bổ sung; thay thế thuốc cùng nhóm và thay thế theo tác dụng dược lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012),** Thông tư Số: 01/2012/TTLT-BYT-BTC. Hướng dẫn đấu thầu mua thuốc trong các cơ sở y tế. Ngày 19 tháng 01 năm 2012.
2. **Bộ Y tế (2016),** Thông tư Số: 11/2016/TT-BYT. Quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở Y tế công lập. Ngày 11 tháng 05 năm 2016.
3. **Bộ Y tế (2016),** Thông tư Số: 09/2016/TT-BYT. Ban hành Danh mục thuốc đấu thầu tập trung, Danh mục thuốc được áp dụng hình thức đàm phán giá. Ngày 05 tháng 05 năm 2016
4. **Bộ Y tế** (2012)**,** Quyết định số 4824/QĐ-BYT ngày 03/12/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế, phê duyệt Đề án Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam".
5. **Phạm Lương Sơn** (2012), Nghiên cứu thực trạng mua thuốc BHYT cho các cơ sở khám, chữa bệnh công lập ở Việt Nam. LA tiến sỹ – Đại học Dược H N.

HIỆU QUẢ CỦA PRIMER LÊN LỰC BỀN DÁN CỦA SILICONE EPISIL-E TRÊN NHỰA TỰ CỨNG ORTHO-JET

Đoàn Minh Trí*

TÓM TẮT

Thông thường silicone rất khó bám dính trên nhựa acrylic do đó các hãng sản xuất ra nhiều loại primer để tăng cường lực dán. **Mục tiêu nghiên cứu**: Đánh giá độ bền dán của silicone Episil-E lên nhựa tự cứng Ortho-Jet để tìm ra nhóm silicone/ primer có lực dán cao nhất cần thiết trong phục hình hàm mặt. **Vật liệu và phương pháp**: Sáu mươi mẫu chia thành 6 nhóm, mỗi nhónm 10 mẫu với 5 nhóm có primer và một nhóm chứng không bôi primer. Tất cả được trên máy thử lực bong dán tốc độ 50 mm/phút cho tới khi bong dán xảy ra. **Kết quả**: Lực bong dán cao nhất ở nhóm Episil-E/Epicon tiếp theo là A-330 và thấp nhất là nhóm A 304, A306 và Sofreline. A 304, A306 và Sofreline không có sự khác nhau có ý nghĩa về lũc bền dán silicon Episil-E lên trên nền nhựa tự cứng Ortho-jet. **Kết luận:** Từ nghiên cứu cho thấy lự bền dán cao nhất ở nhóm kết hợp silicon Episil-E, primer Epicone và nhựa tự cứng Ortho-jet.

Từ khoá: Lực bền dán, primer, nhựa tự cứng, silicone

SUMMARY

THE EFFECT OF PRIMERS ON BOND STRENGTH OF SILICONE EPISIL-E TO AUTOPOLYMERIZING ACRYLIC RESIN ORTHO-JET

It is common knowledge that silicone elastomers are difficult to bond to acrylic resins; hence manufacturers have develop primers to enhance the bond. **Objective**: The purpose of this study to evaluate the effect of evaluate the tensile bond strength of auto polymerizing acrylic resins and silicone Episil-E to find the silicone/ primer combination giving the highest bond strength necessary for maxillofacial prostheses**. Materials and Methods**: Sixty specimens were divided into six groups, ten specimens each, according to the combination of acrylic resins/facial silicone/five primers and no primer. All specimens were loaded in tension mode in the Universal Testing Machine with a crosshead speed 50 mm/min until the bonding failure occurred. **Results**: The highest bond strength was found with combination Episil-E/Epicon group, followed by A304,A306, Sofreline Tough showed the lowest and A330-G had intermediate tensile bond strength. Primers A-304, A-306, Sofreline Tough had no significant differences tensile bond strength to adhere Episil-E and Ortho-Jet. **Conclusion**: These findings show that the best silicone/primer combination generating the highest bond strength is Episil-E/Epicon/ nhựa acrylic Ortho-jet.

Key words: tensile bond strength, primer, autopolymerizing acrylic resin, silicone.

**Trường Đại học Y Dược TPHCM*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Trí
Email: trimdr818@gmail.com
Ngày nhận bài: 6/4/2019
Ngày phản biện khoa học: 5/5/2019
Ngày duyệt bài: 17/5/2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vật liệu sử dụng chính để tạo những phụ chình vùng hàm mặt bao gồm bao gồm nhựa acrylic, siliconevà polyurethane. Những vật liệu này được sử dụng riêng rẽ hoặc kết hợp với nhau để tạo ra những phục hình cho bệnh nhân. Trong phục hình hàm mặt ví dụ như phục hình tai kết hợp implant, phần da bên ngoài sẽ được thay thế bằng siliccone. Nhưng silcone mềm và không thể kết nối với hệ thống mắc cài- implant bên dưới nên cần nền nhựa cứng acrylic để lưu giữ hệ thống này. Theo bản chất hoá học nhựa acrylic và silicone dùng cho phục hình hàm mặt không liên kết hoá học với nhau một cách tự nhiên. Do vậy cần dùng primer để làm tăng cường sự kết dính silicone và nhựa acrylic-phần giữ phần nối với bộ phận implant. Nhiều primer được sản xuất ra để giải quyết vấn đề này. Cho tới hiện nay nghiên cứu về lực dán giữa giữa nhựa acrylic và silicone phục hình hàm mặt vẫn còn rất ít. Sự tương thích giữa các loại silicone và các loại nhựa cũng chưa được biết rõ. Do vậy việc tìm kiếm lực bền dán cao nhất khi sử dụng primer nhằm kết dính silincone và nhựa acrylic là một thử thách và kết qủa mang lại nhiều lợi ích trong phục hình hàm mặt.Đề tài được thực hiện nhằm tìm ra lực bền dán cao nhất khi sử dụng 5 loại primer để dán silicone Episl-E vào nhựa tự cứng Ortho-Jet.

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Vật liệu

***Các chất sử dụng trong nghiên cứu**

Silicone (Hình 1): Silicone polymer Episil-E (Lot No DREVE-DENTAMID GMBH, Unna, Germany).

Nhựa acrylic (Hình 2): Autopolymerizing acrylic resin (Ortho-Jet® Lot No. 1380-4006, Lang Dental MFG.Co.,Inc., U.S.A.).

Năm loại primer (Hình 3)

- A304 Platinum Primer (Lot No. RZ 21196, Factor II Inc., U.S.A.)
- A306 Platinum Primer (Lot No. R 31436, Factor II Inc., U.S.A.)
- A330-G Gold Primer (Lot No. 004472, Factor II Inc., U.S.A.)
-Epicon (Item-No: 40281, DREVE-DENTAMID GMBH, Unna, Germany).

-Sofreliner Tough Primer (Lot.2006, Tokuyama Dental Corporation, Japan)

***Thiết bị:** -Máymài: Micromotor (KaVo EWL Typ 4990, Max 40.000/min)

Hình 1: Silicone Episil-E

-Máycânđo:Weighing machine (Acculab VI-600, U.S.A.)

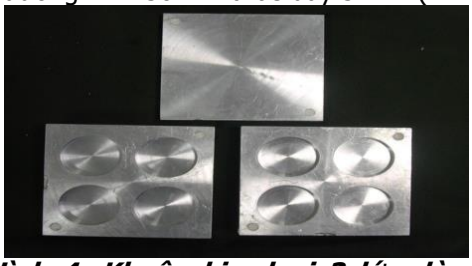
- Máy đo lực: Universal testing machine (Instron model 5566, Instron Corporation, Canton, MA, USA).

Hình 2: Nhựa tự cứng Ortho-Jet®

Hình 3: *Năm primer được sử dụng trong nghiên cứu. (A-304, A-306, A-330- G, Sofreliner Tough, Epicon)*

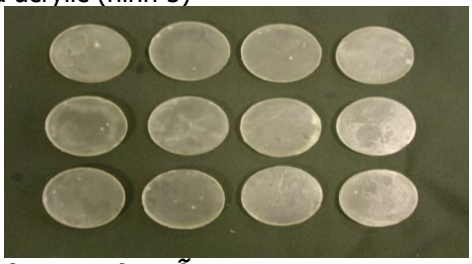
2. Phương pháp nghiên cứu

- Chế tạo khuôn kim loại và tạo mẫu nhựa acrylic: Khuôn kim loại có 3 phần trên giữa, dưới. Phần khuôn để ép nhựa có 4 khuôn tròn đường kính 30mmvà bề dầy 3mm (Hình 4)



Hình 4: Khuôn kim loại 3 lớp dùng ép mẫu nhựa acrylic.

Từ khuôn kim loại nàychế tạo ra 60 mẫu dĩa nhựa acrylic (hình 5)



Hình 5: Các mẫu dĩa nhựa acrylic

Các mẫu nhựa này được làm nhẵn bằng giấy nhám mịn (800-grit) dưới dòng nước, sau đó làm sạch bằng máy siêu âm (Ultrasonic cleaner) 15 phút và ngâm trong nước ở phòng nhiệt độ 37^0 C trong 24 giờ trước khi thử độ dền dán.

- Tạo mẫu thử độ bền dán: 60 mẫu nhựa acrylic được chia thành 6 nhóm, mỗi nhóm gồm 10 mẫu nhựa. Năm nhóm đầu được bôi lần lượt với mỗi loại primer: A-304, A-306, A-330, Sofreliner, Epicon theo hướng dẫn nhà sản xuất. Riêng nhóm thứ sáu là nhóm chứng không bôi primer Silicone được trộn theo và cho vào vòng kim loại đường kính 10mm bề dầy 3mm đặt trên mẫu nhựa. (Hình6)

Hình 6: Silicone được bơm vào vòng khuôn kim loại

Các mẫu thử này được kẹp lại cố định và giữ trong nhiệt độ phòng 3 ngày trước khi được thử test đo độ bền dán (Hình 7)

Hình 7: Các mẫu thử được kẹp lại cố định và giữ ở nhiệt đô phòng 3 ngày.

- Đo độ bền dán: Tất cả mẫu thử được đo độ bền dán bằng máy (Instron model 5566, Instron Corporation, Canton, MA, USA)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả lực bền dán của 5 loại primer kkhi thực hiện liên kết dán giữa silicone Episil-E trên nền nhựa tự cứng Ortho-jet được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: *Trung bình và độ lệch chuẩn của lực bền dán của 5 loại primer khi thực hiện liên kết dán giữa silicone Episil-E trên nền nhựa tự cứng Ortho-jet*

Primer	Silicone Episil-E	
	Trungbình (Mpa)	Đô lệch chuẩn
A304	1.382	0.315
A306	1.105	0.260
A 330-G	1.953	0.238
Sofreliner Tough	1.037	0.098
Epicon	2.392	0.308
Nhómchứng (không có primer)	0.075	0.060

Sử dụng test one-way ANOVA and Tukey phân tích thống kê cho thấy:

- Tất cả các mẫu primer có độ bền dán cao hơn có ý nghĩa thồng kê so với mẫu nhóm chứng không có primer.
- Không có sự sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lực bền dán khi sử dụng primer (A304, A 306, Sofreliner Tough) dán silicone Episil-E lên bề mặt nền nhựa tự cứng Ortho-Jet
- Epicon có độ bền dán cao nhất kế tiếp là A-330-G và nhóm có độ bền dán thấp nhất gồm A-304, A-306, Sofreline Tough khi dán silicone Episil-E lên bề mặt nền nhựa tự cứng Ortho-Jet.

IV. BÀN LUẬN

Phục hình hàm mặt trên implant cần nền nhựa acrylic cứng để lưu giữ hệ thống mắc cài implant, còn silicone thay thế phần da bệnh nhân sẽ phủ bên ngoài nền nhựa[1,3]. Rất nhiều kỹ thuật được thực hiện để tăng độ bền dán silicone vào nên nhựa acrylic. Gopal KV và cộng sự [3]cho rằng làm nhám bề mặt nhựa sẽ làm tăng độ bền dán silicone lên nền nhựa bề mặt nhựa trơn láng bởi vì bề mặt nhám cung cấp bề mặt lưu cơ học cho vật liệu mềm silicone bên trên. Polyzois GL [6] chứng minh là khi nền nhựa dđược làm nhám bằng giấy nhám 80-grit SiC sẽ có lực bền dán cao hơn khi sử dụng các giấy nhám loại 240, 260, 600 or 1000-grit SiC. Tuy nhiên, trong nghiên cứu khác [7] cho rằng làm nhám bề mặt nhựa acrylic bằng cách thổi cát có thể sẽ làm giảm hiệu quả dán của silicone trên nền nhựa. McCabe JF và cộng sự [5] sửdụnggiấy nhám 800-grit SiC để sửa soạn bề mặt nền nhựa và khảo sát lực bền dán cũng như lực bền xé của silicone trên nền nhựa acrylic. Cho đến hiện nay phương pháp sửa soạn bề mặt nền nhựa thích hợp vẫn chưa rõ ràng, sự sửa soạn cơ học nền nhựa acrylic trước khi dán silicone bên trên vẫn còn nhiều ý kiến bàn cải [6]. Nghiên cứu nàychúng tôi thực hiện theo phương pháp giống như Mc Cabe JF. Mẫu nhựa acrylic được sửa soạn bề mặt bằnggiấynhám 800-grit SiC dưới dòng nước chảy. Những nghiên cứu tiếp theo cần được thực hiện để tìm ra cách sửa soạn bề mặt nền nhựa thích hợp hơn. Frangou MJ và cộng sự[2] cũng cho rằng primer Cosmesil có độ bền dán tốt khi dùng silicone cộng hợp Cosmesil trên nền nhực acrylic, tuy nhiên độ bền dán này thấp hơn primer Ideal.Từ nghiên cứucho thấy khác nhau có ý nghĩa khi sử dụng primer tạo liên kết dán từ silicone Episil -E lên nền nhựa tự cứng ($p < 0,05$). Tất cả những nhóm có sử dụng primer đều có độ bền dán cao hơn nhóm chứng không sử dụng primer. Kết quả này tương tự như Hattori Mvà cộng sự [4] khi cho rằng primer rất cần cho liên kết dán của silicone lên bề mặt nền nhựa acrylic. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự kết hợp giữa silicone Epil-E/ primer Epicon/ nhựa tự cứng Ortho-jet có lực bền dán cao nhất. Epicon là primer được nhà sản xuất chỉ định cho silicone Epil-E. Điều này một lần nữa khẳng định rằngkhông có một primer nào sử dụng chung cho tất cả các silicone dán trên nền nhựa acrylic [7,8]. Trong thực hành lâm sàng cần sử dụng primer chuyên biệt cho mỗi lại silicone/ nền nhựa crylic. Nghiên cứu này có thể được sử dụng như một hướng dẫn để chọn lựa primer Epicol cho liên kết dán silicone Episile-E và nền nhựa tự cứng Ortho-Jet.

V. KẾT LUẬN

Khi sử dụng năm primer (A304, A 306, A330-G, sofreliner, Epicon) tạo liên kết dán giữa silicone Episil-E và nhựa tự cứng Ortho-jet cho thấy kết hợp Epil-E/Primer Epicon/ nhựa tự cứng Ortho-jet có độ bền dán cao nhất, và kế tiếp là

A-330-G và nhóm có độ bền dán thấp nhất gồm A-304, A-306, Sofreline Tough. Không có một primer nào sử dụng chung cho tất cả các silicone dán trên nền nhựa acrylic.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aziz T, Water M, Jagger R (2002)**, "Analysis of the properties of silicone rubber maxillofacial prosthetic materials", J Dent, 31:67-74
2. **Frangou MJ, Polyzois GL, Tarantili PA, Andreopoulos AG (2003),** "Bonding of silicone extra-oral elastomers to acrylic resin: The effect of primer composition". Eur J Prosthot Res Dent, 11: 115-8.
3. **Gopal KV., Padmaja BJI (2014**), "Comparison and evaluation of tensile bond strength of two soft liners to the denture base resin with different surface textures: An in vitro study", Jof Dr. NTR University of Health Sciences, 3(2):102-6
4. **Hattori M, Sumita Y (2014)**"Effect of fabrication process on the bond strength between silicone elastomer and acrylic resin for maxillofacial prosthesis", Dental Materials, 2014; 33(1): 16–20
5. **McCabe JE., Carrick TE, KamiharaH** (2002), "Adhesive bond strengh and compliance for denture soft lining materials", Biomaterials, 23: 1347-1352.
6. **Polyzois GL, Frangou J (2002).** "Bonding of silicone prosthetic elastomers to three diffent denture resins", Int J Prosthodont 2; 15:535-538.
7. **Rajaganesh N, Sabarinathan S, Azhagarazan (2016), "**Comparative evaluation of shear bond strength of two different chairside soft liners to heat processed acrylic denture base resin: An in vitro study", J Pharm Bioallied Sci, 8, Suppl S1:154-9
8. **Shetty US (2012),** "Evaluation of bonding efficiency between facial silicone and acrylic resin using different bonding agents and surface alterations", J Adv Prosthot, 4:121-6

LIÊN QUAN NỒNG ĐỘ CRP-HS VÀ ACID URIC HUYẾT TƯƠNGVỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN LỌC MÀNG BỤNG LIÊN TỤC NGOẠI TRÚ

Lê Việt Thắng*, Nguyễn Hữu Hoà**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan nồng độ CRP-hs và Acid Uric (AU) huyết tươngvới một số đặc điểm bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 106 bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. Tất cả các bệnh nhân điều được định lượng nồng độCRP-hs và AU huyết tương và xác định mối liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân có thời gian LMB ≥ 60 tháng; BMI ≥ 23; nhiễm virus viêm gan; ĐTĐ; kiểm soát HA kém; có tỷ lệ tăng và nồng độ trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân không có các đặc điểm trên, với OR lần lượt là: 3,848; 2,938; 10,59; 14,032; 2,381; p< 0,05 đến 0,001. Nhóm bệnh nhân có BMI ≥ 23 có nồng độ AU huyết tương cao hơn nhóm bệnh nhân BMI < 23, p< 0,05. **Kết luận:** Tăng nồng độ CRP-hs liên quan đến nhiều đặc điểm bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú.

Từ khóa: Lọc màng bụng liên tục ngoại trú, CRP-hs huyết tương, AU huyết tương, thời gian lọc màng bụng kéo dài.

SUMMARY

RELATION BETWEEN CONCENTRATION OF PLASMA CRP-HS, ACID URIC AND SOME CHARACTERISTICS OF PATIENTS TREATING WITH CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS

Objectives: Investigation of the relationship between plasma levels of CRP-hs and AU with some characteristics ofpatients treating with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). **Methods**: A cross-sectional study on 106 patients diagnosed end stage kidney disease treating with continuous ambulatory peritoneal dialysis. All of the patients were quantified with plasma levels of CRP-hs, AU and identified a relationship with some characteristics of the patients. **Results**: The leveland increasing ratio of plasma CRP-hs of the patients withduration of PD≥60 months; BMI ≥ 23;hepatitis virus infection; diabetic mellitus or poor BP control are higher than those of patients without above characteristics, with OR: 3.848; 2.938; 10.59; 14.032; 2.381p <0.05 and 0.001. The median concentration of plasmaAU in patients with BMI≥23 is higher than that of patients with BMI < 23, p <0.05. **Conclucsion**: Concentration of plasma CRP-hs is related tosome characteristics of patients treating with continuous ambulatory peritoneal dialysis

Keywords: Continuous ambulatory peritoneal dialysis, plasma CRP-hs, plasma AU, long duration of PD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc màng bụng là một phương pháp dựa vào chức năng của phúc mạc như một màng lọc để loại bỏ các chất độc sinh ra trong quá trình chuyển hóa. Tuy vậy, theo thời gian điều trị của phương pháp, chức năng lọc của phúc mạc cũng giảm dần, trong đó có một số yếu tố góp phần thúc đẩy nhanh sự suy giảm chức năng lọc của phúc mạc [1]. Nhiều nghiên cứu cho thấy nồng

**Bệnh viện 103, Học viện Quân y*
***Bệnh viện Chợ Rẫy, TPHCM*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Việt Thắng
Email: lethangviet@yahoo.com.uk
Ngày nhận bài: 27/3/2019
Ngày phản biện khoa học: 22/4/2019
Ngày duyệt bài: 6/5/2019

độ protein phản ứng C tăng ở bệnh nhân lọc màng bụng, mức độ tăng liên quan đến nguyên nhân suy thận, tình trạng tăng huyết áp và mức độ xơ vữa mạch máu. Protein phản ứng C còn được xem như yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân lọc màng bụng [2],[3]. Cũng như protein phản ứng C, acid uric máu ngày càng được nghiên cứu nhiều và được xem như một yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ tim mạch cũng như tỷ lệ sống còn ở các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính [4],[5]. Ở Việt Nam chưa thấy nhiều công bố nghiên cứu về mối liên quan giữa nồng độ protein phản ứng C, nồng độ acid uric huyết tương với đặc điểm bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú. Với những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm: *Khảo sát mối liên quan nồng độ CRP-hs, AU huyết tương với một số đặc điểm bệnh lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Tp Hồ Chí Minh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng là 106 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 không sử dụng các thuốc làm hạ acid uric máu

- 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

+ Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

+ Bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng

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

+ Định lượng CRP-hs huyết tương: Lấy máu tĩnh mạch lúc đói, cùng thời điểm khi làm xét nghiệm sinh hoá khác. Định lượng hs-CRP theo nguyên lý đo độ đục phản ứng miễn dịch kháng nguyên kháng thể tăng cường trên hạt Latex. Đơn vị tính: mg/l. Chẩn đoán tăng nồng độ CRP-hs khi > 5,0mg/L.

+ Định lượng acid uric (AU) huyết tương: Lấy máu tĩnh mạch cùng thời điểm máu làm xét nghiệm CRP-hs. Nồng độ AU máu định lượng theo phương pháp enzyme.

+ 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 44,83 ± 13,82 tuổi, tỷ lệ nam là 52,8%, nữ chiếm 47,2%. Nhóm nghiên cứu có thời gian LMB trung bình là 60 tháng. BMI trung bình là 20,42, có 7,5% bệnh nhân nhiễm virus viêm gan, có 10,4% bệnh nhân ĐTĐ, và 57,5% bệnh nhân kiểm soát HA đạt mục tiêu.

Bảng 1. Liên quan nồng độ CRP-hs, AU với tuổi

Đặc điểm	< 60 tuổi (n=89) Median (IQR)	≥ 60 tuổi (n=17) Median (IQR)	p
CRP-hs (mg/l)	4 (1,01 – 9,62)	2,62 (1,08 – 7,15)	> 0,05
AU (µmol/l)	362,82 (291,45 – 428,25)	344,98 (315,24 – 413,38)	> 0,05

Không có mối liên quan giữa CRP-hs và AU ở nhóm bệnh nhân tuổi từ 60 trở lên và nhóm BN < 60 tuổi.

Bảng 2. Liên quan nồng độ CRP-hs, AU với giới

Đặc điểm	Nữ (n=50) Median (IQR)	Nam (n=56) Median (IQR)	p
CRP-hs (mg/l)	3,14 (1 – 8,16)	4,48 (1,75 – 9,33)	> 0,05
AU (µmol/l)	368,77 (307,8 – 413,38)	350,93 (298,88 – 432,71)	> 0,05

Ở bệnh nhân LMB, không có mối liên quan giữa nồng độ CRP-hs và AU huyết tương với giới.

Bảng 3. Liên quan nồng độ CRP-hs, AU với thời gian LMB

Chỉ số		≥ 60 tháng (n=65)	< 60 tháng (n=41)	p, OR
CRP-hs (mg/l)	Tăng (n,%)	36 (55,4)	10 (24,4)	p< 0,005, OR=3,848
	Trung vị	5,17 (2 – 12,22)	1,69 (0,77 – 5,32)	< 0,001
AU (µmol/l)	Tăng (n,%)	22 (33,8)	21 (51,2)	p> 0,05, OR=0,487
	Trung vị	356,88 (303,34 – 404,46)	374,72 (303,34 – 437,17)	> 0,05

Nhóm bệnh nhân thời gian LMB từ 60 tháng trở lên có tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ và giá trị trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân có thời gian LMB < 60 tháng, OR=3,848, p< 0,01.Tuy nhiên, chưa thấy mối liên quan giữa nồng độ AU huyết tương với thời gian LMB kéo dài.

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

Chỉ số		BMI ≥ 23 (n=20)	BMI < 23 (n=86)	p, OR
CRP-hs (mg/l)	Tăng(n,%)	13 (65)	33 (38,4)	p< 0,05, OR=2,983
	Trung vị	6,61 (3,17 – 13,95)	2,98 (1 – 7,46)	< 0,05
AU (µmol/l)	Tăng (n,%)	12 (60)	31 (36)	p< 0,05, OR=2,661
	Trung vị	398,51 (334,57–444,61)	356,88 (291,45 – 411,89)	> 0,05

Nhóm bệnh nhân thừa cân và béo phì có tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ và giá trị trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân có BMI < 23, OR=2,983, p< 0,05. Tương tự, nhóm thừa cân và béo phì cũng có tỷ lệ tăng nồng độ AU và nồng độ trung bình cao hơn nhóm bệnh nhân BMI < 23, OR = 2,661, p< 0,05.

Bảng 5. Liên quan nồng độ CRP-hs, AU với tình trạng nhiễm virus viêm gan

Chỉ số		Có nhiễm (n=8)	Không nhiễm (n=98)	p, OR
CRP-hs (mg/l)	Tăng (n,%)	7 (87,5)	39 (39,8)	p< 0,01;OR=10,59
	Trung vị	12,91 (10,48 – 25)	3,12 (1 – 7,32)	< 0,005
AU (µmol/l)	Tăng (n,%)	5 (62,5)	38 (38,8)	p> 0,05; OR=2,632
	Trung vị	413,38 (275,09 – 495,17)	356,88 (307,8 – 417,84)	> 0,05

Nhóm bệnh nhân nhiễm virus viêm gan có tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ và giá trị trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân không nhiễm virus viêm gan, OR=10,59, p< 0,01. Tuy nhiên, chưa thấy mối liên quan giữa nồng độ AU với tình trạng nhiễm virus viêm gan.

Bảng 6. Liên quan nồng độ CRP-hs, AU với ĐTĐ

Chỉ số		Có ĐTĐ (n=17)	Không ĐTĐ (n=89)	p, OR
CRP-hs (mg/l)	Tăng(n,%)	15 (88,2)	31 (34,8)	p<0,001;OR=14,032
	Trung vị	12,86 (6,7 – 25)	2,77 (1 – 6,86)	< 0,001
AU (µmol/l)	Tăng (n,%)	8 (47,1)	35 (39,3)	p> 0,05; OR=1,371
	Trung vị	362,82 (306,32 – 452,04)	356,88 (300,37 – 425,28)	> 0,05

Nhóm bệnh nhân ĐTĐ có tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ và giá trị trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân không ĐTĐ, OR=14,032, p< 0,001.Tuy nhiên, chưa thấy mối liên quan giữa nồng độ AU với tình trạng ĐTĐ ở bệnh nhân LMB liên tục ngoại trú.

Bảng 7. Liên quan nồng độ CRP-hs, AU với tình trạng kiểm soát huyết áp

Chỉ số		Không đạt mục tiêu(n=45)	Đạt mục tiêu(n=61)	p, OR
CRP-hs (mg/l)	Tăng(n,%)	25 (55,6)	21 (34,4)	p< 0,05;OR=2,381
	Trung vị	5,17 (1,54 – 12,69)	3 (1 – 6,83)	< 0,05
AU (µmol/l)	Tăng (n,%)	14 (31,1)	29 (47,5)	p> 0,05;OR=0,498
	Trung vị	350,93(312,27 – 404,46)	368,77(300,37 – 443,12)	> 0,05

Nhóm bệnh kiểm soát HA không đạt mục tiêu có tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ và giá trị trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân kiểm soát HA đạt mục tiêu, OR=2,381, p< 0,05.Tuy nhiên, chưa thấy mối liên quan giữa nồng độ AU với tình trạng kiểm soát HA đạt hay không đạt mục tiêu theo khuyến cáo

IV. BÀN LUẬN

1. Liên quan với tuổi và giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa nồng độ CRP-hs với tuổi cao và giới bệnh nhân LMB. Cũng như vậy chứng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ AU với tuổi cao và giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một điểm khác biệt là AU không liên quan đến giới. Với người bình thường, nồng độ AU máu ở nam cao hơn, chính vì thấy tiêu chuẩn chẩn đoán tăng AU ở nam là > 420µmol/l và nữ là >360µmol/l. Tuy nhiên bệnh nhân nam của chúng tôi có nồng độ AU trung bình không khác biệt với nữ, p> 0,05. Có thể giải thích yếu tố suy thận ảnh hưởng đến nồng độ AU máu. Acid uric máu tăng liên quan đến rối loạn chuyển hoá purin, được đào thải chủ yếu qua thận. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy tăng acid uric máu liên quan đến chế độ ăn giàu đạm, chế độ ít luyện tập và một số thói quen có hại như uống rượu bia và hút thuốc lá. Giảm MLCT là yếu tố gây tăng AU máu và đây là lý do giải thích cho kết quả nghiên cứu cửa chúng tôi.

2. Liên quan với thời gian LMB và BMI. Nhóm bệnh nhân thời gian LMB từ 60 tháng trở lên có tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ và giá trị trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân có

thời gian LMB < 60 tháng, OR=3,848, p< 0,01. Lọc màng bụng kéo dài có nhiều yếu tố liên quan đến quá trình viêm không nhiễm khuẩn. Đó là dịch thẩm phân, catherter, tình trạng vữa xơ mạch máu và suy dinh dưỡng, tất cả các yếu tố tạo thành một vòng liên quan làm tăng viêm, tăng nồng độ CRP-hs. Chúng tôi chưa thấy mối liên quan về nồng độ AU với thời gian LMB. Rõ ràng AU vẫn được lọc qua màng bụng và một phần qua đường ruột, như vậy điều chỉnh nồng độ AU có các yếu tố tham gia nên nồng độ AU không tăng theo thời gian LMB.

Một kết quả chúng tôi thấy rõ khi phân tích mối liên quan với BMI. Nhóm bệnh nhân thừa cân và béo phì có tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ và giá trị trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân có BMI < 23, OR=2,983, p< 0,05. Tương tự, nhóm thừa cân và béo phì cũng có tỷ lệ tăng nồng độ AU và nồng độ trung bình cao hơn nhóm bệnh nhân BMI < 23, OR=2,661, p< 0,05. Như vậy, thừa cân béo phì liên quan đến tăng CRP-hs và tăng AU máu. Khi bị thừa cân béo phì thì đồng thời sẽ bị rối loạn chuyển hóa lipid trong đó có hàm lượng LDL-C, Triglyxerit, Cholesteron tăng cao. Đây là nguyên nhân chính dẫn đến xơ mỡ động mạch trong đó có động mạch vành tim gây chít hẹp động mạch vành dẫn đến thiếu máu cơ tim gây đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim. Những biến cố tim mạch, đặc biệt vữa xơ mạch máu liên quan đến tăng AU và tăng CRP-hs [6],[7],[8].

3. Liên quan với ĐTĐ và nhiễm virus viêm gan. Nhóm bệnh nhân nhiễm virus viêm gan có tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ và giá trị trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân không nhiễm virus viêm gan, OR=10,59, p< 0,01. Nhiễm virus viêm gan là một yếu tố liên quan đến nồng độ CRP-hs.Mặc dù nhiễm virus, tuy nhiên quá trình nhân lên của virus lại xảy ra trong tế bào gan.Những bệnh nhân có virus viêm gan, không có đợt hoạt động bởi cơ thể ức chế sự nhân lên của virus. Một số tác giả cho thấy nồng độ CRP-hs ở bệnh nhân có virus viêm gan B cao hơn nhóm người khoẻ mạnh, chứng tỏ phản ứng cơ thể trước kích thích viêm không phải là nhiễm trùng.

Nhóm bệnh nhân ĐTĐ có tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ và giá trị trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân không ĐTĐ, OR = 14,032, p< 0,001.

4. Liên quan với mức kiểm soát HA. Nhóm bệnh kiểm soát HA không đạt mục tiêu có tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ và giá trị trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân kiểm soát HA đạt mục tiêu, OR=2,381, p< 0,05. Tuy nhiên, chưa thấy mối liên quan giữa nồng độ AU với tình trạng kiểm soát HA đạt hay không đạt mục tiêu theo khuyến cáo. Bệnh nhân LMB hiệu quả kiểm soát HA phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố bao gồm cả lọc hiệu quả và sử dụng thuốc điều chỉnh huyết áp. Hiện tượng suy chức năng nội mạch, vữa xơ động mạch và canxi hoá mạch máu là biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân BTMT GĐC có và chưa có lọc máu. Chính quá trình xơ vữa thúc đẩy quá trình viêm và gây tăng nồng độ CRP-hs ở bệnh nhân LMB.

V. KẾT LUẬN

+ Nhóm bệnh nhân có thời gian LMB ≥ 60 tháng; BMI ≥ 23; nhiễm virus viêm gan; ĐTĐ; kiểm soát HA kém; có tỷ lệ tăng và nồng độ trung bình CRP-hs cao hơn nhóm bệnh nhân không có các đặc điểm trên, với OR lần lượt là: 3,848; 2,938; 10,59; 14,032; 2,381; p< 0,05 đến 0,001.

+ Nhóm bệnh nhân có BMI ≥ 23 có nồng độ AU huyết tương cao hơn nhóm bệnh nhân BMI < 23, p< 0,05. Không thấy mối liên quan giữa nồng độ AU với tuổi cao, giới, thời gian LMB, tình trạng nhiễm virus viêm gan; tình trạng kiểm soát HA kém ở bệnh nhân LMB liên tục ngoại trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McCaughan JA, Courtney AE (2011),** "Managing patients on dialysis in the community", Practitioner. 255(1737):19-22, 2-3.
2. **Li W, Xiong L, Fan L et al (2017),** "Association of baseline, longitudinal serum high-sensitive C-reactive protein and its change with mortality in peritoneal dialysis patients." BMC Nephrol. 2017 Jul 4;18(1):211. doi: 10.1186/s12882-017-0624-4.
3. **Liu SH, Li YJ, Wu HH et al. (2014),** "High-sensitivity C-reactive protein predicts mortality and technique failure in peritoneal dialysis patients." PLoS One. 2014 Mar 25;9(3):e93063.
4. **Đỗ Gia Tuyển, Đặng Thị Việt Hà, Nguyễn Thị An Thuỷ (2016),** "Tình trạng rối loạn acid uric máu ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế" Tạp chí nghiên cứu Y học 101 (3): 143-150.
5. **Dong J, Han QF, Zhu TY et al (2014),** "The associations of uric acid, cardiovascular and all-cause mortality in peritoneal dialysis patients." PLoS One. 2014 Jan 8;9(1):e82342.
6. **Cho Y, Hawley CM, Johnson DW. (2014),** "Clinical causes of inflammation in peritoneal dialysis patients." Int J Nephrol. 2014; 2014: 909373. doi: 10.1155/2014/909373. Epub 2014 May 6. Review.
7. **Lai KJ, Kor CT, Hsieh YP. (2018),** "An Inverse Relationship between Hyperuricemia and Mortality in Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis." J Clin Med. 2018 Nov 5;7(11). pii: E416. doi: 10.3390/jcm7110416.
8. **Liu X, Wu J, Wu H, et al (2018),** "Association of Serum Uric Acid with Arterial Stiffness in Peritoneal DialysisPatients." Kidney Blood Press Res. 43(5): 1451-1458.

TỔN THƯƠNG SIÊU CẤU TRÚC TẾ BÀO UNG THƯ ĐẠI TRÀNG BỞI PHỐI HỢP VIRUS VACCINE SỞI VÀ QUAI BỊ

Nguyễn Lĩnh Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giátổn thương chết tế bào ung thư đại trực tràng người in vitro và trên chuột thiếu hụt miễn dịch mang khối ung thư của virus vaccin sởi và quai bị. **Đối tượng và phương pháp:** Virus vaccine sởi và quai bị sống, giảm độc lực (MeV và MuV), được tách dòng từ vaccine Priorix (GlaxosmithKline, Anh). Tế bào ung thư đại tràng người dòng HT-29, nhiễm MeV và MuV với nồng độ 1MOI, theo dõi biến đổi hình ảnh tế bào dưới kính hiển vi quang học. Chuột nude chủng BALB/c mang khối ung thưđại tràng dòng HT-29 được tiêm MeV và MuV vào khối u với liều 10^7 PFU/con, 2 lần/tuần trong 3 tuần. Kết thúc điều trị, phân tích hình ảnh siêu cấu trúc tế bào u HT-29 bằng kính hiển vi điện tử truyền qua. **Kết quả:** Tế bào ung thư đại tràng dòng HT-29 sau điều trị bằng MeV và MuV có hình ảnh chết tế bào theo chương trình (apoptosis) ở các giai đoạn điển hình như: tế bào co tròn lại; sự xuất hiện của hạt nhân kết đặc lại, ngưng tụ chromatin ở ngoại vi nhân tế bào, phân mảnh nhân và hình thành vật thể apoptosis... **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu chứng minh rằngphối hợp điều trị bằng MeV và MuV có tác dụng gây chết tế bào ung thư đại tràng người qua hoạt hóa con đường chết tế bào theo chương trình in vitro và in vivo.

Từ khóa: Vaccine virus sởi và quai bị, tế bào HT-29, apoptosis.

ANALYZING ULTRASTRUCTRURAL INJURIES OF HUMAN COLON CANCER CELLSINDUCED BY MEASLES AND MUMPS VIRUS VACCINE COMBINATION

Objectives: Analyzing cell morphology of apoptosis to evaluate anti-human colonic cancer efficacy of measles and mumps virus vaccines in vitro and on nude mice xenograft models. **Materials and methods:** Measles and mumps virus vaccine (MeV and MuV) were separated from Priorix vaccine (GlaxoSmithKline, UK). Human colonic cancer cells (HT-29 cells) were infected by MeV and MuV at a multiplicity of infection (1MOI), monitoring cell-infected morphologic changes by light microscope. BALB/c nude mice bearing HT-29 cell tumor were injected MeV and MuV directly into the tumor with a dose of 10^7 PFU/mouse, twice weekly for threeweeks. Post-treatment nude mice were operated to get tumor tissue to analyze tumor cell ultrastructure by using transmission electron microscopy (TEM). **Results:** the results shown that the morphology of virus-infected cells and post-treatmentcancer HT-29 cells in the stages of apoptosis induced by MeV and MuVin vitro and in vivo such as the cell shrank, and the surface becomes smooth without microvilli; pyknosis, chromatin condensation at the periphery of the nucleus, and fragmentation of nucleus and formation of apoptotic bodies in the early apoptosis... **Conclusions:** The results demonstrated that the efficacy of MeV and MuV combination against human colonic cancer by activation of the apoptosis pathway.

Keywords: Measles and mumps virus vaccine, HT-29 cells, apoptosis.

**Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lĩnh Toàn
Email: toannl@vmmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 12/4/2019
Ngày phản biện khoa học: 12/5/2019
Ngày duyệt bài: 24/5/2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển rất nhanh của sinh học phân tử, những hiểu rõ rõ hơn về cơ chế gây ung thư cấp độ phân tử, các nhà khoa học đã tạo ra nhiều loại thuốc điều trị đích chống ung thư mới. Liệu pháp virus ly giải tế bào ung thư (OLV) cũng là một phương pháp điều trị ung thư mới với nhiều hứa hẹn. OLV dựa trên cơ chế biến sự nhân lên của virus thành vũ khí tiêu diệt tế bào ung thư, với đặc trưng là tính lây nhiễm chọn lọc các tế bào ung thư và hầu như không ảnh hưởng đến tế bào bình thường. Hiện nay, OLV còn được biến đổi gen nhằm tăng hiệu quả ly giải tế bào u và độ an toàn trong điều điều trị. Virus sởi và virus quai bị (MeV và MuV) là những OLV thuộc họ Paramyxoviridae, đã được nghiên cứu nhiều trên các mô hình in vitro,in vivovà trên lâm sàng với nhiều tiềm năng điều trị ung thư trong đó có cả ung thư đại trực tràng (CRC). Hiệu quả kháng ung thư của MeV và MuV đã được chứng minh là qua với ba thuộc tính đặc trưng: nhân lên có chọn lọc trong các tế bào ung thư, ly giải tế bào ung thư trực tiếp bằng cách tạo hợp bào và kích hoạt con đường apoptosis, kích thích hệ miễn dịch kháng u đặc hiệu.

Chết tế bào theo chương trình (apoptosis) là cơ chế cần thiết cho sự phát triển bình thường của các cơ quan trong cơ thể. Hiện tượng apoptosis lần đầu tiên được mô tả bởi nhà khoa học Đức Carl Vogt (1842), cho đến năm 1972, thuật ngữ apoptosis lần đầu tiên được nhóm nghiên cứu John Foxton Kerr sử dụng để mô tả về hình thái đặc trưng của một dạng tế bào chết [1]. Apoptosis đóng vai trò quan trọng trong quá trình tạo phôi và bệnh lý. Gần đây, apoptosis đã được nghiên cứu nhiều về cơ chế phân tử và ứng dụng vào điều trị ung thư, kích hoạt con đường apoptosis đã được coi là một chiến lược

phát triển các thuốc chống ung thư. Về vấn đề này, các nghiên cứu trước đây đã cho thấy MeV và MuV có khả năng ngăn chặn sự phát triển tế bào ung thư thông qua kích hoạt con đường apoptosis. Mặc dù cơ chế MeV và MuV kích hoạt apoptosis trong tế bào chưa rõ ràng, nhưng các nghiên cứu cho thấy các virus này gây ra quá trình apoptosis ở các tế bào bị nhiễm, nhân của các tế bào này được chuyển đến hợp bào, sau đó là quá trình phân tách DNA và cuối cùng là tế bào bị hoại tử thứ phát. Apoptosis tạo điều kiện giải phóng các hạt virus từ các tế bào bị nhiễm bệnh lây lan sang các tế bào lân cận. Ashima Bhaskar và cộng sự (2011) đã chứng minh nucleoprotein của virus sởi gây ra apoptosis theo cơ chế kích hoạt các gốc oxy hóa và caspase-3, trong quá trình nhân lên của vius, chất này tiếp xúc và tương tác với nhiều protein nội bào, ảnh hưởng chức năng nội bào và tạo ra quá trình apotosis [2].

Ung thư đại trực tràng luôn là loại ung thư phổ biến thứ ba ở nam giới và phổ biến thứ hai ở nữ giới, là nguyên nhân đứng thứ ba gây tử vong liên quan đến ung thư. Năm 2014, trên toàn cầu, có khoảng 1,2 triệu người được chẩn đoán là mới bị CRC, đến nay, gần 1/2 số lượng đó đã bị tử vong. Nghiên cứu này, phân tích hình thái cấu trúc tế bào đánh giá khả năng kháng ung thư đại tràng người dòng HT-29 bằng con đường apoptosis của phối hợp MeV và MuV trên tế bào và chuột mang khối ung thư dòng HT-29 bằng ghép dị loài.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tế bào ung thư đại tràng dòng HT-29 (ATCC): được nuôi cấy trong phòng thí nghiệm với môi trường nuôi cấy DMEM (thêm 10% Foetal Bovine Serum (FBS) và 1% kháng sinh Streptomycine+Penicilin), duy trì tế bào ở tủ ấm 37^0C, 5% CO_2.

Vaccine sởi và quai bị sống, giảm độc lực: phân lập có nguồn gốc từ vaccine Priorix (GlaxosmithKline, Anh). Tăng sinh và chuẩn độ virus bằng phương pháp $TCID_{50}$ tại phòng thí nghiệm Bộ môn Sinh lý bệnh, Học viện Quân y.

Chuột thiếu hụt miễn dịch(nude mice): chuột nude 6-8 tuần tuổinhập khẩu từ công ty Charles river (Mỹ) được nuôi trong phòng sạch.

Thiết bị dùng cho nghiên cứu: kính hiển quang học đặt tại phòng thí nghiệm Bộ môn Sinh lý bệnh, Học viện Quân y. Kính hiển vi điện tử truyền qua (JEM 1400, JEOL, Nhật Bản) tại Khoa Hình thái, Viện 69, Bộ tư lệnh Lăng Chủ tịch Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Hoạt hóa tế bào ung thư dòng HT-29 vànhiễm MeV và MuV. Lấy dòng tế bào ung thư đại tràng người dòng HT-29 (ATCC) bảo quản trong tủ lạnh âm sâu (-80^0C), rữa trong môi trường DMEM và hoạt hóa tăng sinh trên đĩa nuôi cấy trong môi trường DMEM đầy đủ các thành phần với 10 FBS, 1% kháng sinh Streptomicine và Penicilin, các bước tiến hành đúng với quy trình nuôi cấy tế bào chuẩn của nhà sản xuất. Khi tế bào HT-29 bám đáy và phát triển, tiến hành nhiễm MeV và MuV với nồng độ 1MOI, kiểm tra biến đổi hình thái tế bào nhiễu virus hàng ngày bằng kính hiển vi quang học.

2.2.2.Phương pháp phân tích hình ảnh siêu cấu trúc tế bào

2.2.2.1. Chuẩn bị bệnh phẩm mô ung thưđại tràng dòng tế bào HT-29. Chuột nude mang khối u tế bào ung thưHT-29 được điều trị bằng tiêm MuV và MeV nội u, liều điều trị: 10^7 PFU/con, 2 lần /1 tuần, trong 3 tuần. Kết thúc đợt điều trị, làm chuột chết bằng cách kéo giãn cột sống, sát trùng vùng da trên u, bóc tách và lấy mô u (kích thước: 2-3 mm). Rửa sạch 3 lần bằng dung dịch PBS. Cho mô u vào dung dịch cố định tế bào làm siêu cấu trúc (glutaraldehyte 2% trong đệm cacodylate có pH=7,3) với tỉ lệ thể tích mẫu u/thể tích dung dịch là 1:10.

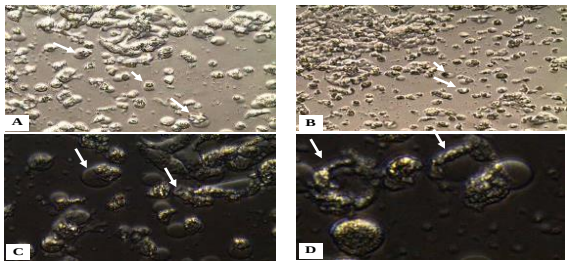
2.2.2.2. Đánh giá biến đổi hình thái siêu cấu trúc tế bào mô ung thư chuột nude. Pha mẫu thành mảnh nhỏ kích thước 1x1x2mm. Rửa bằng đệm cacodylate 2-3 lần trong 1 giờ. Cố định lại bằng acid osmic 1% trong đệm cacodylate (pH = 7,3) trong 1 giờ. Sau đó, rửa 2-3 lần bằng dung dịch đệm cacodylate (pH = 7,3). Khử nước bằng chuyển liên tục qua các dung dịch cồn 50^0, 60^0, 70^0, 80^0, 90^0, 100^0, duy trì thời gian15 phút/dung dịch, sau đó, mẫu được chuyển qua dung dịch cồn propylene + ethylene với tỉ lệ 1:1 trong 10 phút, rồi chuyển qua propylene trong 10 phút.

Tiếp tục chuyển mẫu qua hỗn hợp propylene + epon 812 với tỷ lệ thể tích là 1:1 trong 15 phút sau đó là hỗn hợp propylene + epon 812 tỉ lệ 1:2 trong 30 phút. Cuối cùng cho mẫu vào epon 812 trong 30 phút. Đúc block bằng khuôn. Lưu hóa ở nhiệt độ 37^0C trong 24 giờ. Polyme hóa ở nhiệt độ 60^0C trong 48 giờ. Sau khi các block đã hóa cứng hoàn toàn, gọt mẫu, cắt mỏng, nhuộm bằng xanh toluidine, cắt bằng máy siêu cắt độ dày lát cắt là 50 nm. Sau đó, nhuộm uranyl acetate 2% trong 5 phút, rửa 2 lần bằng nước cất rồi nhuộm chì citrate 5% trong 5 phút, rửa 2 lần bằng nước cất.

Soi và đọc kết quả bằng kính hiển vi điện tử truyền qua (TEM).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

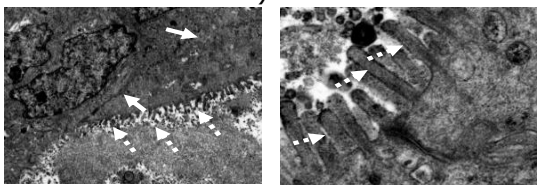
3.1. Biến đổi hình thái tế bào HT-29 sau nhiễm MeV và MuV in vitro. Sau khi nhiễm MeV và MuV vào tế bào ung thư HT-29 in vitro. Quan sát biến đổi hình thái tế bào ung thưHT-29 nhiễm virus dưới kính hiển vi quang học đảo ngược. Kết quả cho thấy ở ngày thứ 4 và 5 sau nhiễm MeV và MuV, tế bào HT-29 có biểu hiện của quá trình apoptosis với biến đổi hình thái như: co tròn lại, nhân co đặc lại lệch về một phía, tế bào bong ra, nhân tế bào phân mảnh vỡ hạt nhân, hoại tử tế bào (hình 1, mũi tên).



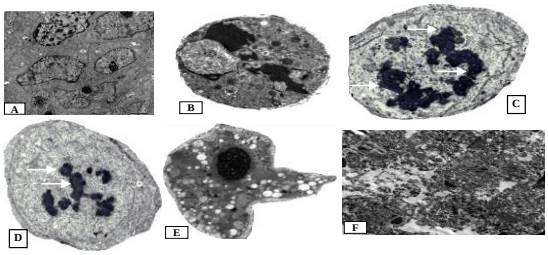
Hình 1. Biến đổi hình thái của tế bào HT-29 chết theo chương trình. *(A) ở vật kính 20X; (B) ở vật kính 10X; (C), (D) ở vật kính 40X.*

3.2. Hình ảnh siêu cấu trúc (TEM) tế bào ung thư HT-29 sau điều trị bằng MeV và MuV

Quan sát hình ảnh siêu cấu trúc tế bào ung thư HT-29 sau khi điều trị bằng MeV và MuVdướikính hiển vi điện tử. Kết quả cho thấy hình ảnh tế bào ung thưHT-29 không nhiễm MeV và MuVnằm sát nhau với các vi nhung mao (hình 2), có các bào quan còn nguyên vẹn, với hạt nhân và chromatin hạch nhân không đứt gãy (mũi tên ở hình 2 và 3a).



Hình 2. Hình ảnh siêu cấu trúc tế bào ung thư đại tràng HT-29 không nhiễm OLV. Tế bào ung thư HT-29 (mũi tên liền); các vi nhung mao tế bào HT-29 (mũi tên đứt đoạn)



Hình 3. Hình ảnh siêu cấu trúc tế bào (TEM) ung thư đại tràng HT-29 sau điều trị MeV và MuV. (A) Tế bào ung thư HT-29 không nhiễm OLV; (B,C,D,F) Tế bào HT-29 nhiễm OLV: ngưng tụ nhiễm sắc thể (B); phân mảnh nhiễm sắc thể (C, D); xuất hiện nhiều không bào (E); hoại tử (F).

Bên cạnh đó, hình ảnh tế bào ung thư đại tràng HT-29 nhiễm (MeV, MuV) có hình ảnh tổn thương chết theo chương trình (apoptosis) bao gồm: tế bào co tròn lại, mất vi nhung mao, phân mảnh hạt nhân, ngưng tụ chromatin, có các giọt lipid và sự biến đổi của đường nét hạt nhân (hình 3B, 3C, 3D). Hình ảnh nhiều không bào trong tế bào chất (hình 3E), có các tế bào hoại tử thứ phát (hình 3F).

IV. BÀN LUẬN

Quá trình apoptosis được đặc trưng bởi một loạt các sự kiện ảnh hưởng đến cấu trúc bên trong tế bào bao gồm cả nhân và nguyên sinh chất. Những thay đổi nhân tế bào là thay đổi đặc trưng nhất, các thay đổi quan trọng khác xảy ra trong tế bào chất với thay đổi cấu trúc và chức năng của các bào quan. Gần đây, cấu trúc không bào (hình thành từ lưới nội chất, bộ máy Golgi và các lysosome), thay đổi về vi sợi trên màng tế bào cũng như các vi ống là biến đổi hình thái đã được ghi nhận trong quá trình apoptosis. Sự xáo trộn và thay đổi vị trí của bào quan cho thấy tế bào đang chết apoptosis, được điều chỉnh bởi các yếu tố hòa tan, kinaza và enzyme [5]. Nhiều bằng chứng đã chứng minh việc tổ chức lại bào quan trong quá trình tế bào chết apoptosis là một quá trình biến đổi do nhiều nguyên nhân khác nhau, không phụ thuộc vào yếu tố gây ra apotosis.

Trong nghiên cứu này, khi quan sát tế bào HT-29 nhiễm MeV và MuV ở ngày thứ 4 và 5 in vitro bằng kính hiển vi quang học (hình 1A, B), tế bào HT-29 nhiễm OLV có hình ảnh của chết apoptosis như: tế bào co tròn lại tách rời nhau, nổi không bám đáy chai, nhân của tế bào kết đặc lại. Ở hình 1C và 1D có độ phóng đại lớn hơn, có thể nhìn rõ nhân tế bào kết đặc lại nằm lệch về một góc tế bào, phân mảnh hạt nhân, có những tế bào hoại tử thứ phát, tế bào đang hòa màng tạo hợp bào. Có thể nói đây là những đặc trưng hình thái của tế bào chết theo chương trình (apoptosis). Điều này chứng minh MeV, MuV ly giải tế bào ung thưHT-29 qua kích hoạt con đường apoptosis.

Kính hiển vi thường có thể 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 rút và kết đặc nhân tế bào có thể nhìn thấy bằng kính

hiển vi ánh sáng thường. Một số tác giả tiến hành nhuộm tế bào bằng haematoxylin và eosin để quan sát dưới kính hiển vi thường, tế bào chết apoptosis biểu hiện 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 [7]. Cùng với tế bào co tròn kích thước tế bào nhỏ hơn, tế bào chất cô đặc và các bào quan dồn đống lại. Kết đặc nhân tế bào là kết quả của sự ngưng tụ chất nhiễm sắc và đây là hình thái đặc trưng nhất của quá trình apoptosis. Các mảnh vỡ tế bào teo lại, các bào quan tự tiêu hủy và được thực bào bởi các tế bào liền kề hoặc thoái biến rồi bị đẩy ra khỏi tế bào. Kerr và cộng sự (1972) đã quan sát thấy tế bào thay đổi hình thái như: tế bào co tròn lại, các tế bào có kích thước nhỏ hơn, tế bào chất dày đặc và các bào quan được 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 [1]. Ziegler (2004) cũng sử dụng kính hiển vi thường quan sát tế bào trải qua quá trình apoptosis bao gồm các biến đổi: dấu hiệu hình thái của apoptosis ở trong nhân là sự ngưng tụ cromatin 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 lưỡi 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 [8].

Dưới kính hiển vi điện tử truyền qua (TEM) chúng tôi đánh giá những thay đổi siêu cấu trúc tế bào ung thư HT-29 trên chuột nude mang khối ung thư dòng HT-29 điều trị bằng MeV, MuV. Kết quả chứng minh hình ảnh rõ nét tế bào HT-29 đang trong quá trình chết apoptosis bao gồm: sự xuất hiện của hạt nhân kết đặc lại (ngưng tụ chromatin ở ngoại vi nhân tế bào), phân mảnh nhân và hình thành apoptosis (hình 3B, C, D); Tế bào co tròn và bề mặt trở nên nhẵn (hình 3B). Tế bào chất của các tế bào HT-29 apoptosis xuất hiện khá đặc biệt: có mặt nhiều không bào, hình thành các tế bào bọt (hình 3E); Các không bào được bao xung quanh bởi một màng kép, có thể do tàn dư của màng ti thể. Như vậy, kết quả đã chỉ ra MeV và MuV có tác dụng gây chết tế bào ung thư của khối u dòng HT-29 trên chuột nude thông qua con đường apoptosis. Tác giả Giada Santin và cs (2011) đã chứng minh các biến đổi bào quan của tế bào trong quá trình apoptosis như vậy bằng kính hiển vi huỳnh quang và kính hiển vi điện tử truyền qua Zeng-Enni Lin Yang và cộng sự (2016) cũng đã đánh giá siêu cấu trúc tế bào HT-29 bằng kính hiển vi điện tử truyền qua sau điều trị bằng quercetin ở các nồng độ khác nhau, đây là chất gây ra quá trình apoptosis. Kết quả biến đổi siêu cấu trúc hình thái tế bào HT-29 sau điều trị bằng quercetin cũng tương tự như kết quả của chúng tôi. Điều này chứng minh biến đổi cấu trúc tế bào trong quá trình apoptosis là đồng nhất không phụ thuộc vào yếu tố gây chết tế bào theo con đường apoptosis.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu tác dụng kháng ung thư của MeV, MuV bằng quan sát biến đổi hình ảnh tế bào và siêu cấu trúc (TEM) của tế bào mô ung thư đại tràng dòng HT-29 in vitro và trên chuột nude cho thấy MeV và MuV có tác dụng gây chết tế bào HT-29 thông qua hoạt hóa con đường chết tế bào theo chương trình (apoptosis) với các hình ảnh tổn thương cấu trúc và siêu cấu trúc tế bào điển hình. Kết quả một lần nữa chứng minh, cơ chế gây ly giải tế bào ung thư của MeV và MuV qua con đường apoptosis, một cơ chế đang được nghiên cứu rộng rãi trong lĩnh vực điều trị ung thư hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kerr J.F., Wyllie A.H., Currie A.R. (1972).** Apoptosis: a basic biological phenomenon with wide-ranging implications in tissue kinetics. Britain Journal Cancer., 26:239-257.
2. **Ashima Bhaskar, Jyoti Bala, Akhil Varshney., et al. (2011).** Expression of Measles Virus Nucleoprotein Induces Apoptosis and Modulates Diverse Functional Proteins in Cultured Mammalian Cells. PLoS One., 6(4), 1-12.
3. **Nichols W.W., LevanA., Aura P., E. Norrby. (1965).** Chromosome damage associated with the measles virus in vitro. Hereditas.,54(6):101-118.
4. **Steven J. Robbins. (1983).** Progressive Invasion of Cell Nuclei by Measles Virus in Persistently Infected Human Cells. Journal gene Viralogy.,64:2335-2338.
5. **Bras M.L., Rouy I., Brenner C. (2006).** The modulation of inter-organelle cross-talk to control apoptosis. Medicinal Chemistry.,2:1-12.
6. **Sevrioukova I.F. (2011).** Apoptosis-Inducing Factor: Structure, Function, and Redox Regulation. Comprehensive Invited Review.,14(12):2545-2579.
7. **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.
8. **Ziegler U., Groscurth P. (2004).** Morphological features of cell death. News Physiological Science., 19: 124-128.

GIÁ TRỊ PHÂN BIỆT CỦA BỘ CÂU HỎI THANG ĐO THẨM MỸ MIỆNG MẶT TRONG ĐO LƯỜNG THẨM MỸ CỦA NGƯỜI VIỆT NAM

Đoàn Minh Trí*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thẩm mỹ trở nên ngày càng quan trọng trong nha khoa. Đánh giá của thẩm mỹ răng mặt là công việc tương đối khó khăn, vì những khái niệm này thường không thể đo lường được và khó xác định một cách chắc chắn. Có nhiều công cụ trong nha khoa để đánh giá thẩm mỹ, nhưng thang đo thẩm mỹ miệng mặt (OES) là bộ công cụ được sử dụng rộng rãi nhất. Thang đo này cần được dịch và xác định giá trị để có thể sử dụng tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Xác định giá trị phân biệt của bộ câu hỏi OSE trong đo lường OE của người Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** 102 đối tượng tham gia khám và điều trị răng miệng tại khu điều trị 3, Đại học Y Dược TP. HCM được lựa chọn để tham gia nghiên cứu. Các đối tượng được chia thành 2 nhóm: 54 người cần điều trị phục hình (nhóm 1) và 48 người không cần điều trị (nhóm 2). Giá trị phân biệt của bộ câu hỏi được đánh giá bằng sựso sánh điểm số OES-VN giữa nhóm 1 và nhóm 2. **Kết quả:** Bộ câu hỏi OES-VN thể hiện tính giá trị phân biệt do có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm 1 và 2 (p <0,01). **Kết luận:** Bộ câu hỏi OES-VN có độ phân cao trong đo lường OE ở trên đối tượng là bệnh nhân phục hình người Việt nam.

Từ khoá: Thang đo thẩm mỹ miệng mặt, tính giá trị phân biệt, OES-VN.

SUMMARY

DISCRIMINATIVE VALIDITY OF OROFACIAL ESTHETIC SCALE IN VIETNAMESE VERSION (OES-VN)

Background: Aesthetics is nowmoreimportant in dentistry. Evaluation of orofacial aesthetics is a relatively difficult task, because these concepts are often not measurable and difficult to determine with certainty. There are many dental tools for esthetic evaluation, but the Orofacial Esthetic Scale (OES) is the most widely used set of tools. This scale shoud be translated and validated to be used in Vietnam. **Objective:** The aim of this study was to evaluate the discriminative validity of the Orofacial Esthetic Scale of Vietnamese. **Materials and methods:** This study was recruited of 102 participants, who came to third treatment area of Faculty of Odonto-Stomatology, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. They are devided into two groups composed of 54 patients required prosthodontic treatments (group 1) and 48 patients didn't. Discriminative validity was assessed by comparison of the OES-VN scores in group 1 and group 2. **Results:** Summary scores for OES-VN was significantly different between group 1 and group 2 ($p<0.01$) proved that OSE-VN had a discriminative validity. **Conclusion:** OES-VN showed a high discriminative validityfor assessing orofacial esthetic aspect of Vietnamese prosthodontic patients.

Key words: Orofacial Esthetic Scale, Discriminative validity, OES-VN.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thẩm mỹ trở nên ngày càng quan trọng trong nha khoa [7]. Cải thiện thẩm mỹ là một trong những lý do phổ biến nhất mà các bệnh nhân tìm đến điều trị phục hình. Nhiều nghiên cứu cho thấy, do giảm tỷ lệ sâu răng, trọng tâm đã chuyển từ nha khoa phục hồi sang hướng nha khoa thẩm mỹ [6]. Nhưng những chỉ số thẩm mỹ cho việc điều trị phục hình đã được đặt ra từ lâu, khi mão sứ jacket được chỉ định điều trị cho một răng bị đổi màu[1]. Bên cạnh đó, khoa học về vật liệu nha khoa phát triển đã thúc đẩy nhu cầu thẩm mỹ của con người ngày một nâng cao hơn.

Nha khoa thẩm mỹ là những liệu pháp trong ngành nha khoa nhằm tái tạo hình dạng và chức năng sao cho hài hoà và tự nhiên nhất. Kết quả của những thủ thuật này là chức năng phù hợp, sự tương hợp sinh học cao để các răng có thể tồn tại lâu dài và đạt được trạng thái ban đầu của bộ răng tự nhiên. Ví dụ minh hoạ cụ thể hơn là việc thực hiện những phục hồi răng nhằm cải thiện thẩm mỹ và chức năng thông qua màu sắc và hình dạng của chúng [8]. Để đạt được các mục đích, trước hết chúng ta cần phải có một Thang đo thẩm mỹ miệng mặt phiên bản tiếng Việt.

Câu hỏi nghiên cứu được đặt ra là: sau khi chuyển ngữ, bộ câu hỏi Thang đo thẩm mỹ miệng mặt có giá trị hay không để đo lường về khía cạnh thẩm mỹ ở người Việt Nam?

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định giá trị phân biệt của bộ câu hỏi thang đo thẩm mỹ miệng mặt trong đo lường thẩm mỹ vùng miệng mặt người Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 2 giai đoạn chính. Trong giai đoạn 1, chúng tôi chuyển ngữ bộ câu hỏi OES tiếng Anh sang tiếng Việt theo hướng dẫn quốc tế của Guillemin và CS [3] về quy trình chuyển ngữ. Sang giai đoạn 2, chúng tôi xác định tính giá trị và giá trị phân biệt của thang đo thẩm mỹ miệng mặt.

*Đại học Y Dược TP.HCM
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Trí
Email: trimdr818@gmail.com
Ngày nhận bài: 6/4/2019
Ngày phản biện khoa học: 4/5/2019
Ngày duyệt bài: 20/5/2019

Nghiên cứu cắt ngang mô tả này được thực hiện trên 102 đối tượng đến khám và điều trị phục hình tại khoa Răng Hàm Mặt Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đáp ứng được các tiêu chuẩn là bệnh nhân mới đến khám, đang điều trị hay đã hoàn tất điều trị phục hình, từ 18 tuổi trở lên, đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu. Các đối tượng không hiểu tiếng Việt, không đủ năng lực hành vi, khó khăn trong giao tiếp sẽ bị loại khỏi nghiên cứu. Tất cả đối tượng nghiên cứu tự trả lời các câu hỏi về mức độ thẩm mỹ mà đối tượng cảm thấy về hình dáng khuôn mặt, miệng, răng và răng giả của họ theo thang đo Likert 11 điểm (0: hoàn toàn không hài lòng đến 10: rất hài lòng). Tổng điểm số OES là tổng số điểm các câu trả lời của 7 câu hỏi đầu tiên, có giá trị từ 0 đến 70 với mức điểm càng cao, sự hài lòng với thẩm mỹ càng lớn.Các số liệu từ bộ câu hỏi được nhập vào máy tính, mã hóa và phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS, phiên bản 21.0.Tính giá trị đánh giá qua giá trị phân biệt. Giá trị phân biệt là khả năng mà bộ công cụ phân biệt được các cá nhân hoặc nhóm người được cho là khác nhau. Để phát hiện sự khác biệt giữa nhóm cần được điều trị và nhóm không cần điều trị, chúng tôi so sánh điểm số OES giữa hai nhóm với kiểm định t cho hai mẫu độc lập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu thu được là 102 đối tượng với đặc điểm là bệnh nhân phục hình, phân bố theo hai nhóm (cần và không cần điều trị phục hình). Nhóm bệnh nhân cần được điều trị phục hình gồm 54 người: là những đối tượng có phục hình quá cũ, răng giả mòn, đổi màu, kích thước dọc thấp làm giảm chiều cao của tầng mặt dưới, hay bị mất răng. Nhóm bệnh nhân không cần điều trị là những đối tượng có phục hình đã được điều trị hoàn tất tại Răng Hàm Mặt và không có nhu cầu điều trị nào, gồm có 48 người.

Giá trị phân biệt: Điểm số từng câu hỏi và tổng điểm số OES ở nhóm cần điều trị so với nhóm không cần điều trị đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê (p<0,01).

Bảng so sánh 8 câu hỏi và tổng điểm số OES giữa nhóm cần điều trị phục hình và nhóm không cần điều trị

Các mục của bộ câu hỏi	Cần điều trị phục hình TB ± ĐLC	Không cần điều trị TB ± ĐLC	p*
Khuôn mặt	4,46 ±1,08	7,92 ± 1,11	<0,001
Khuôn mặt nhìn nghiêng	4,76 ± 1,48	6,96 ± 1,49	<0,001
Vẻ bề ngoài của miệng	5,15 ± 1,51	7,17 ± 1,37	<0,001
Vẻ bề ngoài của hai hàm răng	4,22 ± 1,48	7,38 ± 1,58	<0,001
Hình dạng các răng	4,83 ± 1,52	6,77 ± 1,53	<0,001
Màu răng	4,28 ± 1,87	7,15 ± 1,96	<0,001
Nướu	5,02 ± 1,58	6,79 ± 1,22	<0,001
Cảm nhận chung	4,39 ± 1,00	7,65 ± 0,89	<0,001
Tổng điểm số OES	32,72 ± 7,38	51,13 ± 5,37	<0,001

*Kiểm định t cho hai mẫu độc lập

IV. BÀN LUẬN

Giai đoạn 1: Chuyển ngữ và thích ứng văn hoá. Các thuật ngữ bao gồm dịch, thích ứng và thích ứng giao thoa văn hoá cần phải được phân biệt rõ ràng. Dịch là quá trình tạo ra tài liệu từ một phiên bản nguồn bằng ngôn ngữ mục tiêu. Sự thích ứng đề cập đến quá trình xem xét sự khác biệt văn hoá giữa bản gốc và bản chuyển ngữ để duy trì được sự tương đương về ý nghĩa. Việc dịch các bộ công cụ về CLCS để sử dụng trong một nền văn hoá khác vẫn là một ngành khoa học đang được phát triển. Do đó, các thuật ngữ vẫn chưa được sử dụng một cách thống nhất trên thế giới và ở Việt Nam. Trong nghiên cứu này, để tạo sự thống nhất, chúng tôi sử dụng thuật ngữ "chuyển ngữ và thích ứng văn hoá" để chỉ toàn bộ quy trình bao gồm các giai đoạn: dịch xuôi, dịch ngược, hội đồng đánh giá và nghiên cứu thử nghiệm tương tự. Sau khi xem xét, so sánh các bản dịch xuôi, dịch ngược và bộ câu hỏi gốc, hội đồng đánh giá nhận thấy một số khác biệt ở bản dịch Việt-Anh so với bản gốc bộ câu hỏi. Các cụm từ này sau khi dịch đã được hội đồng hiệu chỉnh sao cho bản dịch phải diễn đạt chính xác ý nghĩa của bản gốc và cũng tạo sự dễ hiểu với người đọc.

Giai đoạn 2: Xác định tính tin cậy và tính giá trị của bộ câu hỏi OES-VN

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Mẫu thu được (n = 102) với đặc điểm là bệnh nhân phục hình, phân bố theo hai nhóm. Nhóm bệnh nhân cần được điều trị phục hình: là những đối tượng có phục hình quá cũ, răng giả mòn, đổi màu, kích thước dọc thấp làm giảm chiều cao của tầng mặt dưới, hay bị mất răng. Nhóm bệnh nhân không cần điều trị là những

đối tượng có phục hình đã được điều trị hoàn tất tại khu 3 khoa Răng Hàm Mặt và không có nhu cầu điều trị nào. Như vậy, sau khi thu thập mẫu, mẫu nghiên cứu gồm 2 nhóm: hóm cần được điều trị phục hình (54 người) và Nhóm không cần điều trị (48 người)

Tuổi: Tuổi trung bình của 102 đối tượng là 49,18 ± 15,70. Tuổi trung bình của nhóm cần điều trị là 51,94 ± 13,58 và nhóm không cần điều trị là 46,06 ± 17,42. Tuổi trung bình hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê (kiểm định t, p = 0,077).

Giới tính: Tỷ lệ nam, nữ tương đối đồng đều trong từng nhóm và toàn bộ mẫu: 46 nam (45,1%) và 56 nữ (54,9%) (n=102). Sự khác biệt về giới tính giữa nhóm cần điều trị và nhóm không cần điều trị không có ý nghĩa thống kê (kiểm định Chi bình phương, p = 0,511).

Trình độ học vấn: Đối tượng có trình độ học vấn chiếm tỷ lệ nhiều nhất là Trung học phổ thông ở cả hai nhóm và trong mỗi nhóm (43,8% ở nhóm không cần điều trị; 44,4% ở nhóm cần điều trị và 44,1% xét trên toàn bộ mẫu). Trình độ học vấn ở mức tiểu học chiếm tỷ lệ thấp nhất: 4,2% ở nhóm không cần điều trị, 14,8% ở nhóm cần điều trị và 9,8% xét chung trên toàn bộ mẫu.Sự khác biệt về trình độ học vấn giữa nhóm cần điều trị và nhóm không cần điều trị không có ý nghĩa thống kê (kiểm định Chi bình phương, p = 0,153).

Hình thức trả lời bộ câu hỏi

- Hình thức trả lời dạng tự điền chiếm đa số.
- Điểm số từng câu hỏi và tổng điểm thẩm mỹ miệng mặt giữa hai hình thức trả lời bộ câu hỏi khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Gía trị phân biệt: Giá trị phân biệt là khả năng mà bộ công cụ phân biệt có thể được các cá nhân hoặc nhóm người được cho là khác nhau.

Chính vì vậy, chúng tôi so sánh điểm số các câu hỏi và tổng điểm OES giữa nhóm cần được điều trị và nhóm không cần điều trị nhằm mục đích xem bộ câu hỏi OES có khả năng xác định được sự khác biệt này hay không. Trong nghiên cứu này, các đặc điểm nhân khẩu học chung được cho là có thể ảnh hưởng đến kết quả đánh giá thẩm mỹ miệng mặt như tuổi, giới, trình độ học vấn giữa hai nhóm là không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Giả thiết được đặt ra là nhóm đối tượng là bệnh nhân phục hình cần điều trị có nhiều vấn đề về thẩm mỹ miệng mặt hơn nhóm không cần được điều trị. Và kết quả là điểm số OES ở nhóm không cần điều trị cao hơn nhóm cần điều trị với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này khẳng định, bộ câu hỏi OES-VN có giá trị phân biệt. Kết quả này cũng tương tự với kết quả đánh giá tính giá trị và tin cậy của bộ câu hỏi OES phiên bản tiếng Đức [5].

Việc so sánh kết quả của giá trị phân biệt giữa các nghiên cứu là khá khó khăn, do những khác biệt về cỡ mẫu, sự phân bố nhóm và cách chọn đối tượng nghiên cứu. Trong khi đó, để đánh giá giá trị phân biệt của bộ câu hỏi OES phiên bản tiếng Ả rập, tác giả đã so sánh điểm số OES giữa nhóm đối tượng có nhu cầu điều trị thẩm mỹ, nhóm không có nhu cầu điều trị thẩm mỹ và nhóm sinh viên [4]. Nhưng nhìn chung, các nghiên cứu đều có kết luận là bộ câu hỏi OES có giá trị phân biệt tốt trên các nhóm đối tượng có tình trạng khác nhau [2],[5].

Nghiên cứu tiến hành đầy đủ các giai đoạn theo hướng dẫn quốc tế về chuyển ngữ và thích ứng văn hoá bộ câu hỏi. Sau đó, với cỡ mẫu đủ lớn gồm 102 bệnh nhân cho phép ước tính chính xác các đặc tính tâm lý của thang đo phiên bản tiếng Việt. Hơn nữa, mẫu nghiên cứu chúng tôi bao gồm các bệnh nhân với nhiều loại phục hình khác nhau cũng như nhiều khiếm khuyết về thẩm mỹ để có thể đánh giá một số chỉ số về tính tin cậy và tính giá trị của bộ câu hỏi. Chính vì thế, thang đo thẩm mỹ miệng mặt phiên bản Việt có thể được xem là một công cụ đủ tiêu chuẩn khi muốn khảo sát vấn đề thẩm mỹ miệng mặt trên đối tượng phục hình.

Trước đây, đo lường thẩm mỹ miệng mặt ở bệnh nhân liên quan đến phục hình là vấn đề khó khăn và thách thức bởi những giới hạn của phạm vi và công cụ đánh giá [3]. Hơn nữa, kết quả thu được sau khi đánh giá phải có khả năng so sánh với những bộ công cụ khác trong tương lai. Thang đo thẩm mỹ miệng mặt cung cấp một phương pháp đánh giá tiêu chuẩn mà điều này sẽ hỗ trợ rất lớn cho bệnh nhân và chuyên gia chăm sóc sức khoẻ. Thang đo này là một bảng câu hỏi ngắn và dễ sử dụng để đánh giá thẩm mỹ miệng mặt, không chỉ trong các nghiên cứu lâm sàng mà còn trong chăm sóc nha khoa hàng ngày. Các bác sĩ nha khoa có thể đạt được nhiều lợi ích từ việc sử dụng thang đo này vì nhiều lý do. Họ sẽ có được một thước đo chuẩn liên quan đến nhận thức của bệnh nhân về thẩm mỹ của họ mà kết quả này có thể dùng để so sánh với các giá trị tham khảo, làm tài liệu và để đánh giá hiệu quả điều trị. Nếu các nhà nghiên cứu và bác sĩ lâm sàng cũng sử dụng thang đo này, những phát hiện của các nghiên cứu lâm sàng có thể dễ dàng tích hợp và ứng dụng khi đưa ra quyết định lâm sàng liên quan đến việc chăm sóc nha khoa thường quy, nghĩa là bệnh nhân có thể hưởng lợi từ những kết quả nghiên cứu gần như ngay lập tức. Thang đo thẩm mỹ miệng mặt

phiên bản Việt cũng được xem là nền tảng cơ bản để có thể tiến hành các nghiên cứu ứng dụng, so sánh hay liên quan đến lĩnh vực thẩm mỹ miệng mặt.

V. KẾT LUẬN

Sau khi thực hiện quy trình chuyển ngữ và thích ứng văn hoá bộ câu hỏi OES phiên bản tiếng Việt, chúng tôi đã sử dụng thang đo này để khảo sát tính giá trị và tính tin cậy trên 102 đối tượng là bệnh nhân đến khám và điều trị phục hình tại khoa Răng Hàm Mặt – ĐH Y Dược TP Hồ Chí Minh và rút ra các kết luận như sau: bộ câu hỏi OES phiên bản Việt có độ phân biệt cao thể hiện qua tính giá trị và tính tin cậy để đo lượng khía cạnh thẩm mỹ miệng mặt ở trên đối tượng là bệnh nhân phục hình người Việt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bello A., Jarvis RH (1997)**, "A review of esthetic alternatives for the restoration of anterior teeth", The Journal of prosthetic dentistry, pp.437-440.
2. **Bimbash V, Celebic A, Staka G (2015)**, "Psychometric properties of the Albanian version of the Orofacial Esthetic Scale: OES-ALB", BMC Oral Health, pp.15-97.
3. **Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. (1993**), "Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines", J Clin Epidemiol, 46, pp.1417–1432.
4. **MNAlhajj, Amran AG, Halboub et al. (2016)**, "Psychometric Properties of the Arabic Version of the Orofacial Esthetic Scale: OES-Ar", J ProsthodontRes, 61(3), pp.290-296.
5. **Reissmann DR, Benecke AW, Aarabi G, Sierwald I (2015**), "Development and validation of the German version of the Orofacial Esthetic Scale", Clinical Oral Investigations, pp. 1443 - 1450.
6. **Samorodnitzky-Naveh GR, Geiger SB, Levin L. (2007)**, "Patients' satisfaction with dental esthetics", J Am Dent Assoc, 138(6), pp.805-808.
7. **Spear FM, Kokich VG, Mathews DP. (2006)**, "Interdisciplinary management of anterior dental esthetics", J Am Dent Assoc, 137, pp.160-169.
8. **Touyz LZ, Raviv E, Harel-Raviv M (1999)**, "Cosmetic or esthetic dentistry?", Quintessence Int, 30(4), pp.227-233.

NGHIÊN CỨU KHẢ NĂNG GẮN CỦA DƯỢC CHẤT PHÓNG XẠ ^{131}I-NIMOTUZUMAB VỚI TẾ BÀO UNG THƯ ĐẦU CỔ

Nguyễn Thị Thu[1], Nguyễn Lĩnh Toàn[2]

TÓM TẮT

Dược chất phóng xạ ^{131}I-nimotuzumab đã được điều chế và hoạt tính miễn dịch được xác định để có thể dùng trong điều trị miễn dịch phóng xạ. ^{131}I-nimotuzumab được điều chế bằng phương pháp chloramin T. Khả năng gắn các phức hợp miễn dịch phóng xạ với tế bào ung thư biểu mô đầu cổ dòng HEp-2 được đánh giá bằng phương pháp xác định khả năng gắn bão hòa (saturation binding assay). Hằng số cân bằng K_d và khả năng gắn cực đại B_{max} đã được xác định là 4,15nmol/L và 4,3 x 10^5 đối với ^{131}I-nimotuzumab. Dược chất phóng xạ ^{131}I-nimotuzumab đảm bảo hoạt tính sinh học của kháng thể sau khi đánh dấu phóng xạ, có khả năng ứng dụng trong lâm sàng điều trị ung thư đầu cổ.

Từ khóa: ^{131}I-nimotuzumab, hoạt tính miễn dịch, ái lực kháng thể.

SUMMARY

BINDING OF RADIOIMMUNOCONJUGATIONS ^{131}I-NIMOTUZUMAB WITH HEAD AND NECK CANCER CELLS

The radio immunoconjugations of ^{131}I-nimotuzumab were prepared and these immune-reactivities were also evaluated for radioimmunotherapy (RIT). The^{131}I-nimotuzumab was prepared using chloramin T method. The binding of immunoreactivities with Human Epithelial Type 2 (HEp-2) cancer cell lines were performed base on saturation binding assay. The 4,15nmol/L, 4,3 x 10^5 was^{131}I-nimotuzumab. The radiopharmaceticals of ^{131}I-nimotuzumab was meet the requirements for antibody immunoreactivities after radiolabeling, applied therapeutics clinical use drugs for head and neck cancer treatments.

Key words: ^{131}I-nimotuzumab, immunoreactivity, antibody affinity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu điều chế dược chất phóng xạ gắn kháng thể đơn dòng dùng trong điều trị phóng xạ nhắm đích RIT đang được sự quan tâm của y học trong những năm gần đây. Chế phẩm ^{131}I-nimotuzumab gồm kháng thể đơn dòng kháng thụ thể thụ thể tăng trưởng biểu bì EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) đánh dấu đồng vị phóng xạ ^{131}I là các dược chất phóng xạ được nghiên cứu sử dụng trong điều trị bệnh ung thư đầu cổ. Do vậy, nghiên cứu hoạt tính miễn dịch của kháng thể sau khi đánh dấu phóng xạ là cần thiết trong điều chế và kiểm tra

[1]*Viện Nghiên cứu hạt nhân, Đà Lạt*
[2]*Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lĩnh Toàn
Email: toannl@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/4/2019
Ngày phản biện khoa học: 21/5/2019
Ngày duyệt bài: 31/5/2019

chất lượng dược chất phóng xạ [1].

Ung thư biểu mô đầu và cổ là loại ung thư phổ biến, đứng hàng thứ sáu trong các loại ung thư. Các tế bào ung thư đầu cổ có biểu hiện tăng thụ thể các yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGFR) [2]. Đây chính là yếu tố đích hấp dẫn trong trị liệu nhắm đích bằng kháng thể đơn dòng. Kháng thể đơn dòng được sử dụng là nimotuzumab, đây là kháng thể kháng EGFR người theo cơ chế cạnh tranh với các yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGF), với cơ chế làm giảm chuyển hóa và chết tế bào bệnh [3].

Đồng vị phóng xạ ^{131}I có chu kỳ bán rã là 8,02 ngày, ^{131}I phân rã phát tia beta và gamma, năng lượng 606 KeV và 364 KeV [6]. Quãng chạy trong mô của ^{131}I ngắn hơn ^{90}Y nhưng có ưu điểm là phát tia gamma nên có thể vừa ứng dụng điều trị vừa chụp xạ hình cho chẩn đoán. Đánh dấu với ^{131}I, dùng chất oxy hóa nhẹ như chloramin T, sau khi đánh dấu với đồng vị phóng xạ, kháng thể đơn dòng không bị mất hoạt tính sinh học bởi đồng vị phóng xạ sử dụng chỉ ở mức picomol (10^{-9}) [4]. Do trải qua nhiều xử lý nên việc kiểm tra hoạt tính miễn dịch của kháng thể là khâu quan trọng trong nghiên cứu điều chế ^{131}I-nimotuzumab. Báo cáo này trình bày nghiên cứu kiểm tra hoạt tính miễn dịch immunoreactivity của phức hợp^{131}I-nimotuzumab trên tế bào ung thư biểu mô đầu cổ dòng HEp-2, một trong những loại ung thư biểu mô có biểu hiện EGF, để thấy được hoạt tính miễn dịch của kháng thể sau khi gắn phóng xạ [5], có thể sử dụng trong các nghiên cứu tiền lâm sàng và điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên liệu, hoá chất. Đồng vị phóng xạ ^{131}I dạng Na^{131}I, nồng độ phóng xạ 100-200mCi/ml, sản xuất tại Viện Nghiên cứu hạt nhân, Kháng thể nimotuzumab, 50mg/10ml, hãng CIMAB, Cuba. Công thức phân tử $C_{6566}H_{10082}N_{1746}O_{2056}S_{40}$. Tế bào ung thư HEp-2 (Human Epithelial Type 2), American Type Culture Collection (ATCC), nuôi cấy và tăng sinh tế bào tại Labo Bộ môn Sinh lý bệnh - Học viện Quân Y, Sephadex G25 PD10 mua từ hãng GE Healthcare. Millipore MultiScreen MAFBNOB50, 96 lỗ, Millipore, Pháp. Thiết bị phóng xạ tự chụp Cyclone B431200, PerkinElmer, phổ kế gamma ORTEC, máy đo beta GM, máy đo beta nhấp nháy lỏng Aloka 6110.

2.2. Phương pháp đánh dấu điều chế ^{131}I-nimotuzumab. Đánh dấu điều chế các phức miễn dịch phóng xạ ^{131}I-nimotuzumab để nghiên cứu khả năng gắn với tế bào Hep-2 bằng các phương pháp đánh dấu kháng thể với các đồng vị phóng xạ ^{131}I (bảng 1)

Bảng 1: Đánh dấu điều chế ^{131}I-nimotuzumab

Công thức điều chế ^{131}I-nimotuzumab	Xử lý	Kiểm tra chất lượng
Phosphate 0,5 M, pH 7,4, 100µl Nimotuzumab (1 mg), 200µl ^{131}I (NaI) 74MBq, 100 µl Chloramin T (2mg/ml), 50µl	pH 7,4 ủ nhiệt độ 24^{0}C, 10 phút, lọc cột gel sephadex	TLC/TCC trong methanol: NaCl (V/V =85:15)

Kiểm tra hiệu suất đánh dấu và độ tinh khiết hóa phóng xạ của phức ^{131}I-nimotuzumab để dùng trong nghiên cứu gắn tế bào.

2.3. Nuôi cấy và tăng sinh, thu hoạch tế bào ung thư biểu mô HEp 2và kiểm tra thụ thể EGF. Tế bào ung thư biểu mô HEp-2 sau khi rã đông được nuôi cấy trong chai 75 cm^2 chứa môi trường EMEM có bổ sung thêm 10% FBS và 1% Penicillin/Streptomycin. Số lượng tế bào khi gieo là 0,3-0,4 x 10^6/chai, đặt chai nuôi vào tủ nuôi cấy tế bào, duy trì nhiệt độ ở 37^{0}C và nồng độ CO_2 là 5%. Khi tế bào bám đáy chai nuôi, thay môi trường mới.Kiểm tra tế bào và thay môi trường 3 lần/ tuần. Khi tế bào phát triển đạt mật độ khoảng 80% diện tích đáy chai nuôi thì tiến hành tách tế bào để cấy chuyền sang chai nuôi mới. Sau thời gian nuôi cấy, lượng tế bào tăng sinh đủ lớn, tiến hành thu hoạch tế bào. Rửa tế bào 2 lần bằng PBS 1X và tách tế bào ra khỏi đáy chai bằng trypsin-EDTA. Sau đó trung hòa Trypsin-EDTA bằng môi trường nuôi cấy, ly tâm để loại bỏ môi trường nuôi cấy và thu tế bào, thêm đệm PBS để có nồng độ tế bào là 10^7/ml [6].

2.4. Kiểm tra phản ứng miễn dịch của ^{131}I-nimotuzumab. Áp dụng phương pháp định lượng khả năng gắn bão hòa (saturation binding assay), cho vào các ống thủy tinh 100 µl đệm phosphat 0,15 mM pH 7,2, lượng tế bào trong mỗi ống SA (specific binding) là 0,5 x 10^6. Dược chất phóng xạ ^{131}I-nimotuzumab (0,74GBq/mg) được cho vào các ống SAvớinồng độ 1980, 1320, 660, 330, 150, 100, 50, 10 và 5nmol/L. Cácống NSB (non specific binding) được thêm vào một lượng 50µl (250µg) nimotuzumab vàủtrước ở 37^{0}C, 60 phút.Sau khi cho tế bào vào các ống, tổng thể tích trong mỗi ống là 0,3ml, ủ tất cả các ống ở 37^{0}C, 180 phút. Sau khi ủ, đo hoạt độ của các ống, hút tế bào cho vào các lỗ trên khay milipore 96 lỗ, lắp trên hệ lọc milipore, bật bơm hút hết phần dung dịch, các tế bào được rửa bằng đệm phosphate 3 lần. Thu màng lọc bằng máy milipore, đo hoạt độ phóng xạ trên máy đo gamma và máy đếm beta cùng với ống tổng.

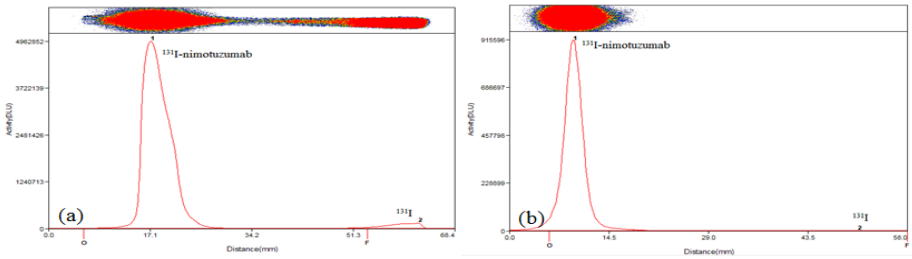
Tính đặc hiệu của kháng thể được xác định dựa trên hằng số Bmax và Kd bằng phương pháp phân tích Schatchard dùng phần mềm Graphpad Prism 6. Kết quả tính theo phương trình sau [7]:

$$\frac{B}{[Ab]} = \frac{-1}{Kd} \times B + \frac{Bmax}{Kd}$$

[Ab]: nồng độ của antibody, B: Bound (phức kháng thể gắn với receptor tế bào), Kd là hằng số cân bằng - phân ly, Bmax là giá trị cực đại gắn trên mỗi tế bào.

III KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả điều chế ^{131}I-nimotuzumab. Dược chất phóng xạ ^{131}I-nimotuzumab được điều chế với hiệu suất đánh dấu đạt 96,2% (hình 1a**)**, phức hợp ^{131}I-nimotuzumab nằm tại vị trí R_f = 0,0-0,1, đồng vị phóng xạ ^{131}I tự do di chuyển về tuyến trên R_f = 0,8-1,0 trên băng sắc ký. Phức hợp ^{131}I-nimotuzumab được tách ra khỏi ^{131}I tự do bằng phương pháp sắc ký lọc gel dùng sephadex G-25. Sau khi tinh sạch, độ tinh khiết hóa phóng xạ đạt hơn 99,0% (hình 1b**)**. Độ tinh khiết hóa phóng xạ của ^{131}I-nimotuzumab phân tích trên bản sắc ký lớp mỏng, quét băng TCC bằng máy quét Cyclone, phức ^{131}I-nimotuzumab nằm tại vị trí R_f = 0,0-0,1, đồng vị phóng xạ ^{131}I tự do di chuyển về tuyến trên của dung môi.



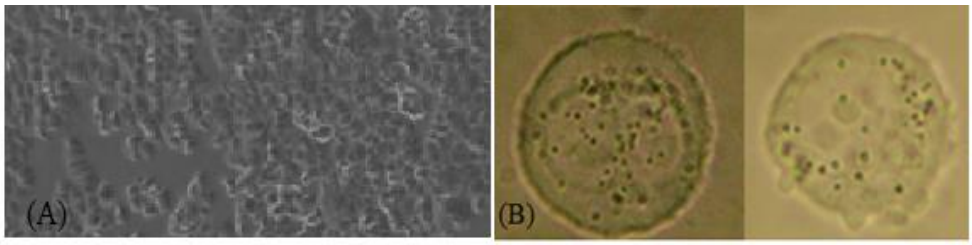
Hình 1: *Hiệu suấtđánh dấu (a) và độ tinh khiết hóa phóng xạ của ^{131}I-nimotuzumab (b), TCC, autoradiography*

Dược chất phóng xạ ^{131}I-nimotuzumab được điều chế với hoạt độ riêng là 0,74GBq/mg, dùng các nghiên cứu kiểm tra đánh giá tiền lâm sàng.

3.2. Kết quả nuôi cấy, thu hoạch tế bào ung thư biểu mô HEp 2. Sau khi tế bào tăng sinh với số lượng nhanh trong vòng 1 tuần, loại bỏ môi trường nuôi cấy và chuyển vào chai nuôi tế bào trong môi trường có bổ sung 10% DMSO.Số lượng tế bào được đếm bằngbuồng đếm hồng cầu Neubauer.

Số lượng tế bào được xác định bằng công thứcN = 5a.10^4 (TB/ml), a là tổng số tế bào trong 5 ô vuông lớn, N là số tế bào trong 1ml.

Tế bào được rửa sạch với đệm phosphate (PBS1x), ly tâm, và dùng trong thí nghiệm gắn phức hợp ^{131}I-nimotuzumab với số lượng tế bào trong mỗi giếng gắn là 0,5 x 10^7 tế bào. Hình ảnh tế bào khi thu hoạch (hình 2):



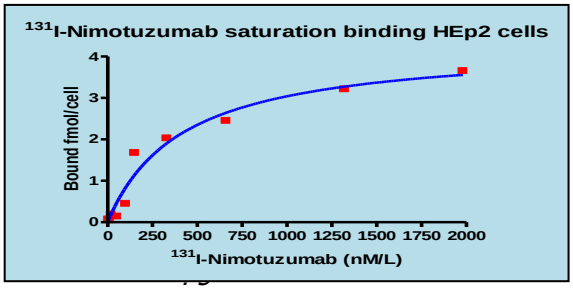
Hình 2: *Tế bào ung thư biểu mô HEp-2, A: ảnh chụp tế bàokhi thu hoạch, B: ảnh chụp tế bào trên kính hiển vi Nikon 80i.*

3.3. Hoạt tính miễn dịch của dược chất phóng xạ lên tế bào ung thư đầu cổ

Dược chất phóng xạ^{131}I-nimotuzumabđược pha loãng với PBS1X thành các nồng độ từ 5 nmol/L đến 1980 nmol/L được gắn với tế bào ung thư HEp2. Hoạt độ phóng xạ cho mỗi ống đánh dấu từ 0,37 kBq đến 740 kBq, ủ ở nhiệt độ 37°C trong 3 giờ trong một thể tích giống nhau là 300µl. Phần gắn không đặc hiệu NSB nhỏ hơn 3%, được tính toán bởi sự cạnh tranh với 250µg kháng thể nimotuzumab không phóng xạ. Kết quả thực nghiệm bằng phương pháp gắn bão hòa tế bào ung thư biểu mô HEp-2 với ^{131}I-nimotuzumab cho thấy trên (hình 3).

Trên trục hoành là nồng độ tăng dần của ^{131}I-nimotuzumab, phần gắn đặc hiệufmol/cell được vẽ trên trục tung là kết quả số vị trí gắn trên mỗi tế bào. Kết quả tính toán với dược chất phóng xạ ^{131}I-nimotuzumab,hoạt độ riêng là 0,74 GBq/mg, gắn trên tế bào HEp-2 hằng số cân bằng K_d đạt

được 4,15 nmol/L, Giá trị B_{max} là 4,3 x 10^5 vị trí gắn trên tế bào.Các kết quả cho thấy ái lực của kháng thể sau khi đánh dấu phóng xạ đối với thụ thể EGFR đảm bảo hoạt tính miễn dịch và số vị trí gắn trên mỗi tế bào đạt ~10^5 phù hợp khi so sánh với trong các nghiên cứu đã công bố [6].



với tế bào ung thư HEp-2

IV. KẾT LUẬN

Dược chất phóng xạ^{131}I-nimotuzumab được kiểm tra gắn đặc hiệu trên tế bào ung thư biểu mô thanh quản dòng Hep2, hằng số K_d là 415,1 nM/L (10^{-9} M/L), B_{max} là 4,3 x 10^5vị trí gắn trên mỗi tế bào.Dược chất phóng xạ kháng thể đơn dòng nimotuzumab được điều chế đảm bảo chất lượng về hoạt tính miễn dịch khi gắn với tế bào ung thư biểu mô đầu cổ, có thể sử dụng trong nghiên cứu điều trị trên lâm sàng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Denis Rolando Beckford Vera, Sebastian Eigner, Milos Beran, Katherina Eigner Henke, Alice Laznickova, Milan Laznicez, Frantisek Melichar, and Marco Chinol. (2011).** "Preclinical evaluation of ^{177}Lu-nimotuzumab: a potential tool for radioimmunotherapyof Epidermal Growth Factor Receptor overexpressing tumors" Cancer Biotherapy and radiopharmaceuticals, vol. 26, No. 3.
2. **Herbst RS"Review of epidermal growth factor receptor biology". (2004**). Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 59.
3. **Ariel Talavera, Rosmarie Friemann, Silvia Gómez-Puerta, et al:** Nimotuzumab, an Antitumor Antibody that Targets the Epidermal Growth Factor Receptor, Blocks Ligand Binding while Permitting the Active Receptor Conformation. (2009). Cancer Res.
4. **Gopal B. Saha. (2012)** "Fundamentals of Nuclear Pharmacy". Sixth Edition. Springer.
5. **Lindmo, T., Boven, E., and Cuttita, E.,** "Determination of the immunoreactive fraction of radiolabelled monoclonal antibody by linear extrapolation to binding at infinite antigen excess", J. Immunol Methods 27, 77-89, 1984.
6. **Dong Hua, Fang Qin, Li Shen, Zhi Jiang, Shi-Tao Zou, Lan Xu, Zhi-Hong Cheng, Shi-Liang Wu** "β3GnT8 Regulates Laryngeal Carcinoma Cell Proliferation Via Targeting MMPs/TIMPs and TGF-β1", Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 13, pp. 2087- 2093. 2012.
7. **http://www**.graphpad.com/guides/prism/6/curvefitting/index.htm?reg_one_site_specific.htm.

KHẢO SÁT TƯƠNG QUAN ĐIỂM GỐC MŨI VỚI MỘT SỐ MỐC GIẢI PHẪU MẮT TRÊN NGƯỜI VIỆT

Trần Đăng Khoa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát khoảng cách tương quan giữa điểm gốc mũi với một số mốc giải phẫu mắt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, thực hiện trên 150 mũi sinh viên trường Đại học Y dược Hải phòng được đo đạc gián tiếp qua ảnh chụp từ 12/2017 – 4/2018. **Kết quả:** Khoảng cách từ điểm gốc mũi đến mặt phẳng giác mạc là 5,67±2,41mm; ở các mức LL; MP; CM và ST lần lượt là 6,1mm; 5,57mm; 5,71mm và 5,95mm. Có sự khác biệt khoảng cách điểm gốc mũi đến mặt phẳng giác mạc ở 2 giới (p=0,003). Khoảng cách này thường <7mm. Điểm gốc mũi ngang mức điểm giữa đồng tử là 54,7%; ngang bờ dưới mống mắt là 24%; ngang bờ trên lông mi là 19,3% và nếp sụn mi là 2%, không có sự khác biệt giữa 2 giới. **Kết luận:** Khoảng cách từ điểm gốc mũi tới mặt phẳng giác mạc ở nữ thấp hơn nam và cao hơn người Trung Quốc nhưng nhỏ hơn người da trắng. Tỷ lệ gốc mũi cao ngang mí trên rất ít, cần lưu ý tỉ lệ này trong phẫu thuật nâng mũi.

Từ khóa: Gốc mũi, giác mạc, mí trên.

**Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đăng Khoa
Email: khoatrandr@gmail.com
Ngày nhận bài: 25/3/2019
Ngày phản biện khoa học: 27/4/2019
Ngày duyệt bài: 15/5/2019

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE NASAL ROOT AND THE LANDMARKS OF THE ORBIT IN VIETNAMESE

Objectives: Investigation the relationship between the radix and the anatomic landmarks of the orbit. **Subjects and methods:** Descriptive study, 150 students from 18 year olds of the HUMP from December 2017 to April 2018. **Results:** The distance from the radix to the plane of the cornea is 5,67±2,41mm; and at the level of LL; MP; CM and ST is 6,1mm; 5,57mm; 5;71mm; 5,95mm respectively. There are the significience different about this distance between the gender. This is usually under 7mm. The radix at the MP is 54,7%; at the LL is 24%; at the CM is 19,3mm and at the ST là 2%, no significince different between the gender. **Conclusions:** The distance from the radix to the

corneal plane in the women is lower than the men and higher than the Chinese, but lower the White. The ratio of the nasal root at the level of ST is small, sothat this is recommendation in the rhinoplasty.

Keywords: Nasal root; corneal plane, upper lid ciliary margin (CM)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gốc mũi là phần quan trọng để đánh giá vẻ đẹp của mũi, trong đó vị trí điểm gốc mũi là một mốc giải phẫu để đánh giá các kích thước của mũi cũng như các kích thước cơ bản của khuôn mặt. Phẫu thuật nâng cao mũi giúp khắc phục tình trạng mũi thấp tẹt, để mang đến một chiếc mũi với dáng mũi cao thon, thanh toát, đẹp tự nhiên và cân đối, hài hòa từ gốc mũi tới đỉnh mũi. Muốn phẫu thuật tạo hình-thẩm mỹ mũi đạt kết quả tốt cần có nhiều yếu tố, trong đó, sự hiểu biết về đặc điểm hình thái gốc mũi cũng như các thông số nói lên sự tương quan giữa gốc mũi với các mốc giải phẫu mắt như: giác mạc, bờ mi, nếp mí.

Cho đến nay, hầu hết các số liệu về hình thái gốc mũi đều được nghiên cứu trên người da trắng, một số ít trên người da đen, người Trung Quốc. Ở Việt Nam, bước đầu đã có một số số liệu phân tích mặt của các tác giả: Lê Gia Vinh [8]; Nguyễn Thành Nhân [6], Võ Trương Như Ngọc [7];... Tuy nhiên, điểm gốc mũi chưa được nghiên cứu sâu đúng mức.

Xuất phát từ nhu cầu thực tế phục vụ cho phẫu thuật tạo hình-thẩm mỹ mũi người Việt đạt kết quả tốt và đóng góp một phần vào công việc nhận dạng và nghiên cứu nhân trắc trên người Việt, chúng tôi tiến hành đề tài *"Khảo sát tương quan điểm gốc mũi với một số mốc giải phẫu mắt trên người Việt"* với hai mục tiêu sau:

(1). Khảo sát khoảng cách từ điểm gốc mũi đến mặt phẳng giác mạc.

(2). Khảo sát khoảng cách từ điểm gốc mũi với các mốc giải phẫu ở mắt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 150 sinh viên từ 18 tuổi trở lên đang theo học tại trường Đại Học Y Dược Thành phố Hải Phòng.

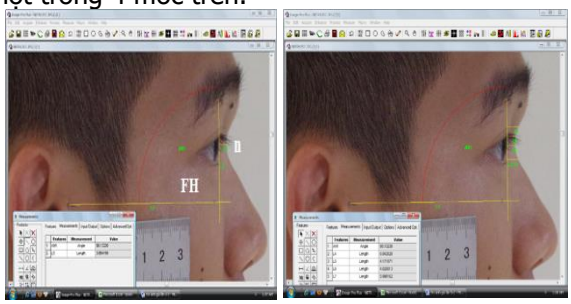
- Tiêu chuẩn chọn:

1. Sinh viên có bố mẹ, ông bà nội, ông bà ngoại là người Việt.
2. Chưa phẫu thuật trên vùng mũi.
3. Không mắc các dị tật bẩm sinh, chấn thương, phẫu thuật thẩm mỹ, u bướu hay bất thường về giải phẫu vùng mặt.

- Tiêu chuẩn loại: những người có rối loạn chuyển hóa mỡ, hội chứng Cushing, có tiền sử sử dụng các chất làm đầy vùng mặt.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: ***Đo*** gián tiếp bằng ảnh chụp với tư thế chuẩn (có thước gióng) ở 2 tư thế nghiêng phải và trái: Xác định vị trí của điểm gốc mũi so với các mốc theo chiều cao đứng và chiều trước sau trên ảnh mặt nghiêng.

- Vị trí điểm gốc mũi so với mặt phẳng giác mạc: từ ảnh nghiêng trái, kẻ đường thẳng tiếp tuyến với giác mạc và vuông góc với đường thẳng FH (đường thẳng đi qua bờ trên ống tai ngoài và bờ dưới ổ mắt), đo khoảng cách từ điểm gốc mũi (n) tới đường thẳng đó.
- Vị trí điểm gốc mũi so với các mốc ở mắt: Vị trí điểm gốc mũi được chia thành 4 mức khác nhau: ngang nếp sụn mi trên (ST), bờ lông mi trên (CM), giữa đồng tử (MP), bờ dưới mống mắt (LL). Từ đường thẳng tiếp tuyến với giác mạc, kẻ 4 đường thẳng vuông góc tại các vị trí tương ứng với nếp sụn mi trên, bờ lông mi trên, điểm giữa đồng tử, bờ dưới mống mắt tới cắt da vùng gốc mũi. Xác định điểm gốc mũi tương ứng với một trong 4 mốc trên.



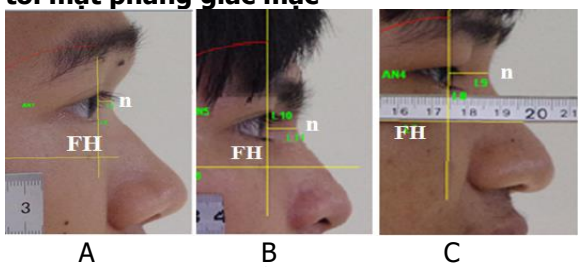
A B

Hình 1. Vị trí điểm gốc mũi so với mặt phẳng giác mạc (A) và với các mốc ở mắt (B)

2.4. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu. Các kích thước được đo đạc trực tiếp trên ảnh chụp bằng phần mềm Image Pro của Viện 69 Bộ tư lệnh Lăng. Xử lý và phân tích số liệu thu được bằng phần mềm SPSS 19.0, sử dụng các phép kiểm t, và X^2 với độ tin cậy tối thiểu 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Khoảng cách từ điểm gốc mũi (n) tới mặt phẳng giác mạc



A B C

Hình 2. Vị trí điểm gốc mũi (n) so với mặt phẳng giác mạc

A: Khoảng cách từ vị trí n tới mặt phẳng giác mạc nhỏ hơn 7mm

B: Khoảng cách từ vị trí n tới mặtphẳng giác mạc lớn hơn 7 nhỏ hơn 10mm

C: Khoảng cách từ vị trí n tới mặt phẳng giác mạc lớn hơn 10 nhỏ hơn 13mm

- Khoảng cách trung bình từ vị trí n tới mặt phẳng giác mạc ở hai giới

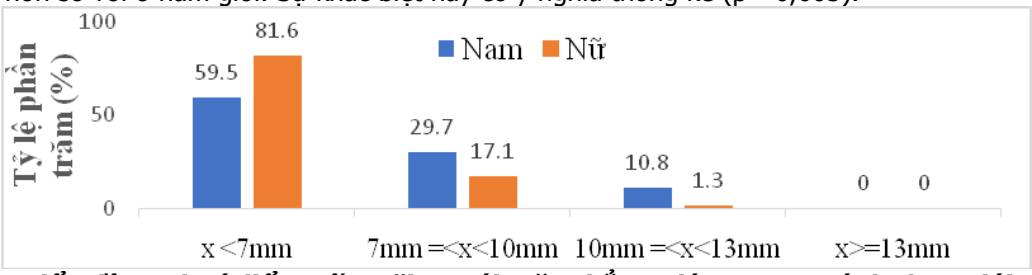
Khoảng cách từ điểm gốc mũi tới mặt phẳng giác mạc trung bình là 5,67±2,41mm. Khoảng cách này ở nam lớn hơn ở nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,003).

- Vị trí điểm gốc mũi so với mặt phẳng giác mạc phân chia theo các mức.

Bảng 1. Khoảng cách từ vị trí điểm gốc mũi tới mặt phẳng giác mạc

Vị trí n so với mặt phẳng giác mạc (x - mm)	**Chung**		**Nam (n=74)**		**Nữ (n=76)**		**p**
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	
x <7	106	70,7	44	59,5	62	81,6	0,005
7 ≤ x<10	35	23,3	22	29,7	13	17,1	
10 ≤ x <13	9	6	8	10,8	1	1,3	
Tổng	**150**	**100**	**74**	**100**	**76**	**100**	

Trong nghiên cứu này, đối với nữ thì khoảng cách từ n tới mặt phẳng giác mạc nhỏ hơn 7mm chiếm tỷ lệ cao hơn so với ở nam, ngược lại số có khoảng cách này lớn hơn hoặc bằng 7mm lại có tỷ lệ thấp hơn so với ở nam giới. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p= 0,005).



Biểu đồ 1. Vị trí điểm gốc mũi so với mặt phẳng giác mạc so sánh theo giới.

Khoảng cách từ vị trí điểm gốc mũi tới mặt phẳng tiếp tuyến với giác mạc (còn gọi là chiều cao gốc mũi) trung bình là 5,67mm thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Byrd S, Hobar P.C trên người da trắng là 11mm [1]. Đối chiếu với nghiên cứu của tác giả Leong S.C and White P.S [4] trên người Trung Quốc và người da trắng: khoảng cách này ở giới nữ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với người Trung Quốc nhưng nhỏ hơn nhiều so với người da trắng; ở nam khoảng cách này lớn hơn so với người Trung Quốc và cũng nhỏ hơn so với người da trắng.

Bảng 2. Khoảng cách từ điểm gốc mũi tới mặt phẳng giác mạc

Tác giả	**Chủng tộc**	**Khoảng cách vị trí điểm gốc mũi tới mặt phẳng giác mạc (mm)**
Leong S.C and White PS [4]	Trung quốc	Nam: 4,0 Nữ: 5,0
	Người da trắng	Nam: 10 Nữ: 9
Byrd S, Hobar PC [1]	Người da trắng	11
Chúng tôi	Người Việt	Nam: 6,32 ± 2,62 Nữ: 5,15 ± 2,09 Chung: 5,67 ±2,41

Theo khảo sát của Mowlavi A [5], khoảng cách từ vị trí điểm gốc mũi (n) tới mặt phẳng giác mạc có thể được chia thành 3 mức là 7mm, 10mm và 13mm, trong đó lý tưởng là ở mức 10mm và có thể chấp nhận được ở mức nhỏ nhất là 7mm, trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu đối tượng nghiên cứu lại có khoảng cách này nhỏ hơn 7mm (70,7%) và chỉ có 6% có khoảng cách này lớn hơn hoặc bằng 10mm. Còn nếu so sánh giữa hai giới thì đối tượng có khoảng cách từ n tới mặt phẳng giác mạc nhỏ hơn 7mm ở nữ chiếm tỷ lệ cao hơn so với ở nam, ngược lại số đối tượng có khoảng cách này lớn hơn hoặc bằng 7mm ở nữ lại có tỷ lệ thấp hơn so với ở nam giới. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Còn nếu so sánh khoảng cách từ vị trí điểm gốc mũi tới mặt phẳng tiếp tuyến giác mạc ở các mức vị trí điểm gốc mũi tương ứng với các mốc theo chiều cao đứng (LL, MP, CM, ST) trên cùng đối tượng, chúng tôi thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các mức này, điều này cho thấy vị trí điểm gốc mũi ở mức nào (LL, MP, CM hay ST) đều không ảnh hưởng đến độ cao gốc mũi.

Như vậy đối với người châu Á nói chung và người Việt nói riêng, điểm gốc mũi nằm thấp hơn nhiều so với người da trắng. Ở nữ vị trí

điểm gốc mũi cũng nằm thấp hơn so với ở nam giới. Đây cũng là một yếu tố rất quan trọng cần quan tâm trong phẫu thuật nâng mũi.

3.2. Vị trí điểm gốc mũi so với các mốc ở mắt

A B C D

Hình 3. *Vị trí điểm gốc mũi so với các mốc ở mắt*

A: Ngang mức bờ dưới mống mắt

B: Ngang mức điểm giữa đồng tử

C: Ngang mức bờ lông mi trên

D: Ngang mức nếp sụn mi trên

Điểm gốc mũi là điểm sau nhất của mô mềm vùng khớp trán – mũi theo mặt phẳng dọc giữa. Ở trên khuôn mặt, nó là điểm lõm xuống giữa hai mắt, phía trên sống mũi và phía dưới trán. Nghiên cứu này chỉ ra rằng số người có vị trí điểm gốc mũi ngang mức điểm giữa đồng tử chiếm tỷ lệ cao nhất (54,7%), Thấp nhất là số người có vị trí điểm gốc mũi ngang mức nếp sụn mi trên (2%). Vị trí điểm gốc mũi được xác định dựa vào sự liên quan điểm gốc mũi (n) với vị trí đồng tử, bờ mi trên, nếp mí trên và bờ dưới mống mắt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số người có vị trí điểm gốc mũi ngang mức điểm giữa đồng tử chiếm tỷ lệ cao nhất (54,7%), ngang mức bờ lông mi trên(19,3%), ngang mức bờ dưới đồng tử (24%), thấp nhất là số người có vị trí điểm gốc mũi ngang mức nếp sụn mi trên (2%). Từ đó tính tỷ lệ ngang mức đồng tử và bờ dưới mống mắt là 78,7% dân số có gốc mũi thấp, còn tỷ lệ gốc mũi cao ngang mí trên rất ít. Do vậy nhu cầu nâng cao sống mũi và gốc mũi ở người Việt nhiều, đây cũng là đặc trưng của chủng tộc. Khi so sánh giữa hai giới, chúng tôi thấy tỷ lệ vị trí điểm gốc mũi ngang mức với các mốc bờ dưới mống mắt, giữa đồng tử, nếp sụn mi trên và bờ lông mi trên là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,216).

Bảng 3: Khoảng cách từ điểm gốc mũi tới mặt phẳng đi qua giác mạc ở các mức LL, MP,CM, ST

Vị trí / Giới	LL (mm)	MP (mm)	CM (mm)	ST (mm)	p
Chung	6,10	5,57	5,71	5,95	>0,05
Nữ	5,72	5,02	4,65		>0,05
Nam	6,56	6,20	6,45	5,95	>0,05

Khi khảo sát tương quan giữa điểm gốc mũi tới các cấu trúc xung quanh, chúng tôi nhận thấy khoảng cách từ vị trí điểm gốc mũi tới mặt phẳng tiếp tuyến với giác mạc ở các mức bờ dưới mống mắt, giữa đồng tử, bờ lông mi trên và nếp sụn mi trên là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên toàn bộ mẫu nghiên cứu và ở riêng từng giới (p>0,05).

So sánh với vị trí điểm gốc mũi lý tưởng được đưa ra bởi tác giả Daniel RD, Farkas [2]: ở khoảng giữa nếp sụn mi trên và bờ lông mi trên, tỷ lệ người Việt trong nghiên cứu của chúng tôi đạt lý tưởng là 26%. Còn theo Guyuron tỷ lệ người Việt trong nghiên cứu của chúng tôi có vị trí điểm gốc mũi lý tưởng là 24% (bờ lông mi trên khi nhìn thẳng) [3]. Theo khảo sát của tác giả Mowlavi A thì vị trí điểm gốc mũi chấp nhận được ở vị trí ngang mức CM và MP đối với nữ, ở vị trí ST, CM hoặc MP đối với nam. Tuy nhiên vị trí điểm gốc mũi ở ngang mức bờ lông mi trên vẫn được nhiều người ưa thích nhất [5]. Điều này cho thấy vị trí điểm gốc mũi của người Việt nằm khá thấp do vậy trong phẫu thuật nâng mũi việc nâng cao gốc mũi hay điểm (n) phải nằm ở vị trí song song bờ mí trên mới xem là lý tưởng, khi đó sau phẫu thuật vô hình chung chúng ta đã kéo dài chiều cao tầng giữa, do đó cũng phải quan tâm đến tỉ lệ với tầng mặt trên và tầng mặt dưới.

IV. KẾT LUẬN

Khoảng cách từ vị trí điểm gốc mũi tới mặt phẳng tiếp tuyến giác mạc: 5,67 ±2,41; ở nam lớn hơn ở nữ. Ở người Việt khoảng cách này chủ yếu nhỏ hơn 7mm (70,7%).Có 4 tương quan giữa vị trí điểm gốc mũi so với các mốc ở mắt trên ảnh chụp nghiêng: LL, MP, CM, ST. Tỷ lệ ngang mức đồng tử cao nhất (54,7%, thấp nhất là nếp sụn mi trên (2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Byrd.H.S., Hobar.H.S. (1993). Rhinoplasty:** a practical guide for surgical planning. Plastic and reconstructive surgery, 91(4), 642-654; discussion 655-646.
2. **Farkas.L.G., Kolar.J.C., Munro.I.R. (1986).** Geography of the nose: a morphometric study. Aesthetic Plast Surg, 10(4), 191-223.
3. **Guyuron B. (1988). Precision rhinoplasty:** Part I. The role of life-size photographs and soft-tissue cephalometric analysis. Plast Reconstr Surg, 81(4), 489-499.
4. **Leong.S.C, White.P.S. (2004).** A comparison of aesthetic proportions between the Oriental and Caucasian nose. Clin Otolaryngol Allied Sci, 29(6), 672-676.
5. **Mowlavi A., Meldrum.D.G., Wilhelmi.B.J. (2003).** Implications for nasal recontouring:

nasion position preferences as determined by a survey of white North Americans. Aesthetic Plast Surg, 27(6), 438-445.
6. **Nguyễn Thành Nhân (2016).** Nghiên cứu tạo hình nâng mũi bằng mô tự thân phối hợp với vật liệu nhân tạo, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108, Hà Nội.,
7. **Võ Trương Như Ngọc (2013).** Nghiên cứu đặc điểm kết cấu sọ mặt và khuôn mặt hài hòa trên ảnh chuẩn hóa kỹ thuật số ở một nhóm sinh viên tuổi 18-25. Tạp chí Y học thực hành, 876(4), 32-35.
8. **Lê Gia Vịnh, Lê Việt Vùng (2000).** Nghiên cứu các đặc điểm nhân trắc đầu, mặt, ứng dụng trong nhận dạng người. Tập san hình thái học, (10), 63-67.

NỘI MẠC TỬ CUNG GIAI ĐOẠN I TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*

TÓM TẮT[12]

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị ung thư nội mạc tử cung tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp**: 28 bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung với tuổi trung bình 57,28 ± 5,25. Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc tử cung chiếm 96,72% với độ mô học I và II chiếm 85,71%. Thời gian phẫu thuật trung bình 165 ± 20,4 phút (120-180 phút). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 8,78 ± 1,73 (7 – 14) ngày. Số lượng hạch chậu được vét 12,24 ± 5,2 (8 – 22 hạch) trong đó tỷ lệ di căn hạch chậu là 14,29%. 82,14% trường hợp u xâm lấn dưới ½ lớp cơ tử cung (T1a). Biến chứng sau mổ 3,57% nhiễm trùng mỏm cắt và 3,57% nhiễm trùng vết mổ. Không có trường hợp nào chảy máu sau mổ. Tỉ lệ tái phát là 3,57%. **Kết luận**: Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư nội mạc tử cung là an toàn, hiệu quả, kết quả sớm đảm bảo về ung thư học.

***Từ khóa**:* Ung thư nội mạc tử cung, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

OUTCOME OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR EARLY STAGE ENDOMETRIAL CANCER PATIENTS IN NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objectibve: To investigate some clinical and paraclinical characteristics and evaluate early outcome of laparoscopic surgery for early stage endometrial cancer patients in Nghe An Oncology Hospital. **Subjects and methods:** 28 patients endometrial: the mean age was 57,28± 5,25. Retrospective and observational study. **Results:** 96,72% of patients with pathology is endometrial adenocarcinoma, with G1-2 accounting for the majority (85,71). Average operation time was 165 ± 20,4 minuties, (120-180 range). Average hospital stay times was 8,78 ± 1,73 days (7-14 range). Average numberof pelvic nodes was 12,24 ± 5,2 (8–22 range), the rate pelvic lymph node metastases (14,29%). 82,14% of cases had invasive tumor under ½ of thickness of the uterus (T1a). There was one patient with wound infection after operation (3,57%). No patient had bled. Recurrence rate was 3,57%. **Conclusion**: Laparoscopic surgery for early stage endometrial cancer is safe, effective while still ensuring radical in cancer.

***Keywords**:* Endometrial cancer,laparoscopy surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư nội mạc tử cung là một bệnh ung thư thường gặp trong các bệnh ung thư phụ khoa. Theo Globocan 2018 trên thế giới năm 2018 có khoảng 382.000 ca ung thư nội mạc tử cung và có 89.900 trường hợp tử vong do bệnh này. Tỉ lệ mắc ung thư nội mạc tử cung khá cao tại các nước phát triển [1]. Tại Hoa Kỳ theo Globocan 2018 tỉ lệ mới mắc ung thư nội mạc tử cung là 20,1/100.000 với hơn 63.000 trường hợp mới mắc và có hơn 11.000 người chết vì căn bệnhnày trong mỗi năm. Ở Việt Nam, số trường hợp mới mắc và tử vong là 4.150 và 1.150 tương ứng tỉ lệ mới mắc và tử vong là 7,1/100.000 dân và 2,0/ 100.000 dân, so sánh với năm 2002 là 2,5 và 0,9 [1]. Những thống kê trên đã chỉ ra rằng, tỷ lệ UTNMTC trên thế giới và ở nước ta ngày càng gia tăng [2].

Ung thư nội mạc tử cung là một trong những bệnh ung thư điều trị rất có hiệu quả, đặc biệt nếu phát hiện sớm sẽ mang lại kết quả cao. Đối với UTNMTC ở những giai đoạn sớm thì phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản. Phẫu thuật cắt tử cung toàn bộ cộng 2 phần phụ kèm vét hạch chậu 2 bên có thể bằng phương pháp mở bụng kinh điển hoặc phẫu thuật nội soi. Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh rằng phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật mở bụng kinh điển đối với ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm cho kết quả sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh là như nhau nhưng có nhiều lợi ích như: ít đau hơn, giảm các biến chứng, giảm thời gian nằm viện và tăng tính thẩm mỹ… [3], [4].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi đã được áp dụng nhiều ở các bệnh lý của ổ bụng, tuy nhiên

*Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung
Email: thaibatapchimtud@gmail.com
Ngày nhận bài: 9/4/2019
Ngày phản biện khoa học: 2/5/2019
Ngày duyệt bài: 19/5/2019

với ung thư nội mạc tử cung thì vẫn chưa có nhiều nghiên cứu. Xuất phát từ điều đó, cũng như nhằm tăng chất lượng điều trị chúng tôi tiến hành nghiến cứu đề tài: "Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm tại bệnh viện ung bướu Nghệ An" nhằm 2 mục tiêu sau:

1. Nhận xét một số đặc đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân UTNMTC giai đoạn sớm (IA, IB).

2. Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm (IA, IB).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 28 bệnh nhân UTNMTC giai đoạn IA, IB được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tử cung, phần phụ + vét hạch chậu 2 bên tại bệnh viện UBNA từ tháng 01/2016 đến tháng 09/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn

-Bệnh nhân được chẩn đoán UTNMTC giai đoạn IA, IB theo FIGO 2018.

-Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật nội soi lần đầu tại BV UBNA

-Có chẩn đoán MBH đầy đủ

-Có hồ sơ theo dõi đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ

-Bệnh nhân UTNMTC đã điều trị phẫu thuật tại cơ sở khác không phải bệnh viện UBNA.

-Không có chẩn đoán mô bệnh học đầy đủ rõ ràng

-Kèm theo một ung thư khác ngoài UTNMTC

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

2.3. Xử lí số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm tuổi bệnh nhân

N	X ± SD	MIN	MAX
28	57,28 ± 5,25	44	65

Nhận xét: Tuổi trung bình là 57,28 ± 5,25

Bảng 3.2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	N	Tỷ lệ (%)
Ra máu âm đạo bất thường	20	71,43
Ra dịch hôi âm đạo	4	14,29
Đau hạ vị	3	10,71
Khám định kỳ	1	3,57
Tổng	**28**	**100**

Nhận xét: Lý do ra viện cao nhất là ra máu âm đạo bất thường 71,43%. Ra dịch hôi âm đạo 14,29%; đau hạ vị 10,71% và chỉ 1 trường hợp phát hiện sau khi đi khám sức khỏe.

Bảng 2. Tỷ lệ sinh thiết

Tỷ lệ sinh thiết	n	Tỷ lệ(%)
Hút buồng tử cung	12	42,86
Nong, nạo buồng tử cung	10	35,71
Cắt tử cung làm GPB tức thì	6	21,43
Tổng	**28**	**100**

Nhận xét: Hút buồng chiếm tỉ lệ cao nhất 42,86%. Nong và nạo buồng 35,71%. Cắt tử cung nội soi làm GPB tức thì 6 trường hợp trước đó nong nạo cho kết quả quá sản không điển hình.

Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ

Thể giải phẫu bệnh	N	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô tuyến nội mạc	27	96,43
Ung thư biểu mô tuyến nhầy	1	3,57
Tổng	**28**	**100**
Độ mô học		
Độ I	15	53,57
Độ II	9	32,14
Độ III	4	14,29
Tổng	**28**	**100**
Mức độ xâm lấn cơ tử cung		
Dưới ½ lớp cơ	23	82,14
Trên ½ lớp cơ	5	17,86
Tổng	**28**	**100**

Nhận xét: Thể giải phẫu bệnh ung thư tuyến dạng nội mạc chiếm 96,43%. Độ mô học độ I 53,57%, độ II 32,14%, độ III 14,29%. Về mức độ xâm lấn cơ dưới ½ lớp cơ 82,14%; trên ½ lớp cơ chiếm 17,86%

3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị UTNMTC

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện

	N	X ± SD	MIN	MAX
Thời gian phẫu thuật (phút)	28	165 ± 20,4	120	180
Thời gian nằm viện (ngày)	28	8,12 ± 1,73	7	14

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 165 ± 20,4 phút; thời gian nằm viện trung bình 8,12 ± 1,73 ngày

Bảng 5. Số lượng hạch vét

Số lượng hạch vét	N	X ± SD	MIN	MAX
	28	12,24 ± 5,2	8	22

Nhận xét: Số lượng hạch vét trung bình là 12,24 ± 5,2 hạch

Bảng 6. Tình trạng hạch di căn

Tình trạng hạch di căn	N	Tỷ lệ (%)
Có di căn hạch	4	14,29
Không có di căn hạch	24	85,71
Tổng	**28**	**100**

Nhận xét: 4 trường hợp có di căn hạch

chiếm 14,29%

Bảng 7. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	N	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng vết mổ	1	3,57
Nhiễm trùng mỏm cắt	1	3,57
Rò bạch huyết	2	7,14
Tổn thương bàng quang	0	0
Tổn thương niệu quản	0	0
Tổn thương ruột	0	0
Không biến chứng	26	92,86
Tổng	**28**	**100**

Nhận xét: Có 2 biến chứng sau mô 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 1 trường hợp nhiễm trùng mỏm cắt âm đạo.Có 2 trường hợp rò hạch huyết sau mổ chiếm 7,14%. Không có các biến chứng nặng như tổn thương tiết niệu, tổn thương ruột. Tỉ lệ không có biến chứng là 92,86%

Bảng 8. Tỉ lệ tái phát, di căn xa

Tình trạng tái phát, di căn	N	Tỷ lệ (%)
Có tái phát	1	3,57
Không có tái phát	27	96,43
Tổng	28	100
Có di căn xa	0	0
Không có di căn xa	28	100
Tổng	**28**	**100**

Nhận xét: Có 1 trường hợp tái phát chiếm 3,57%, không có trường hợp nào di căn xa.

IV. BÀN LUẬN

UTNMTC phụ thuộc vào độ tuổi, thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh, chỉ có 25% trước mãn kinh và ít gặp ở phụ nữ dưới 40 tuổi. Trong nghiên cứu chúng tôi tuổi trung bình là 57,28 ± 7,25 thấp nhất là 44 tuổi, lớn tuổi nhất là 65 tuổi. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Trí Chinh (2017) tuổi trung bình là 56,55 ± 7,47 tuổi [5].

Về phương pháp lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh xác định chẩn đoán thì nghiên cứu chúng tôi hút buồng tử cung chiếm 42,86%, nong và nạo buồng tử cung 35,71% và có 21,43% cắt tử cung làm giải phẫu bệnh tức thì trong mổ. Hút nội mạc tử cung ưu điểm hơn so với nong và nạo nội mạc tử như cần tối thiểu hoặc không cần nạo cổ tử cung, nguy cơ thủng tử cung giảm (lấy mẫu nội mạc tử cung: 0,1 đến 0,2% so với nong và nạo: 0,3 đến 2,6%), giảm các biến chứng viêm dính buồng. Thủ thuật nong và nạo buồng tử cung thực hiện khi bệnh nhân không có khả năng hút nội mạc tử cung do hẹp cổ tử cung, hút nội mạc tử cung không đủ mô để chẩn đoán, kết quả hút nội mạc tử cung không phù hợp với kết quả chẩn đoán hình ảnh (chẳng hạn như nội mạc tử cung không hoạt động ở phụ nữ có hình ảnh gợi ý khối hoặc polyp) hay chảy máu tử cung bất thường kéo dài sau khi hút nội mạc tử cung làm giải phẫu bệnh lành tính

Về thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 165 ± 20,4 phút, nhanh nhất 120 phút và kéo dài nhất là 180 phút. So sánh với phẫu thuật mở bụng kinh điển thì thời gian phẫu thuật nội soi lâu hơn. Nghiên cứu của Lê Trí Chinh thời gian phẫu thuật trung bình là 133 ± 21,4 phút[5]. Lý do là vì phẫu thuật nội soi chúng tôi mới bước đầu áp dụng trong điều trị UTNMTC kỹ năng trong thì nạo vét hạch chậu nội soi thời gian còn kéo dài. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới thì kết quả PTNS thời gianphẫu thuật cũng lâu hơn mổ mở. Nghiên cứu của Obermair A thì thời gian trung bình của phẫu thuật nội soi là 132 ± 40,7 phút còn của mổ mở là 107 ± 33,6 phút[6]. Về thời gian nằm viện sau mổ thì nghiên cứu của chúng tôi trung bình 8,12 ± 1,73 ngày, ít nhất 7 ngày và dài nhất 14 ngày. Chủ yếu bệnh nhân ra viện sau 7-9 ngày, chỉ 2 trường hợp biến chứng sau mổ điều trị tới ngày thứ 14.

Về số lượng hạch vét: nạo vét hạch là một thì quan trọng trong phẫu thuật nội soi điều trị UTNMTC. Ưu thế của phẫu thuật nội soi trong nạo vét hạch là rất rõ ràng. Số lượng hạch vét trung bình là 12,24 ± 5,2 ít nhất 8 hạch, nhiều nhất 22 hạch và có 4 trường hợp bệnh nhân có hạch ác tính. Nghiên cứu của Lê Trí Chinh số lượng hạch vét trung bình là 14,7 ± 5,9. So với các nghiên cứu của Obermair A. và nghiên cứu của Galaal, K cũng cho kết quả tương đồng[5], [6], [7].

Đặc điểm giải phẫu bệnh và độ mô học: 96.43% là ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc, chỉ có 1 trường hợp chiếm 3,57% là ung thư biểu mô tuyến nhầy. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Trí Chinh khi 100% là ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc. Độ mô học ở bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi thì độ I, độ II chiếm tới 85,71%, độ III chỉ chiếm 14,29%. Nghiên cứu của Obermair A độ III cũng chỉ chiếm 6,7%[5], [6].

Về biến chứng sau mổ trong 28 trường hợp phẫu thuật nội soi chỉ có 2 trường hợp có biến chứng: 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ troca rốn, 1 trường hợp nhiễm trùng mỏm cắt âm đạo. Cả 2 trường hợp đều được điều trị ổn định ngay sau đó. Có 2 trường hợp biểu hiện rò bạch huyết sau mổ, được nhận biết qua màu sắc dịch dẫn lưu và số lượng dịch dẫn lưu, tuy nhiên cả hgai trường hợp tự ổn định sau 1 tuần mà không cần can thiệp gì. Trong nghiên cứu của Galaal K với

8 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng so sánh kết quả của phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở bụng ở giai đoạn sớm. Ba thử nghiệm đánh giá 359 bệnh nhân giai đoạn sớm cho kết quả không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong sau mổ, tổn thương bàng quang, niệu quản, mạch máu trong mổ giữa PTNS và mổ mở. Một phân tích sâu hơn của 2 thử nghiệm lớn đánh giá 2923 bệnh nhân với hơn 2500 bệnh nhân tham gia cho thấy tỷ lệ các biến chứng nặng sau mổ là thấp hơn đáng kể trong nhóm nội soi so với mổ mở. Thời gian nằm viện được báo cáo trong tất cả các thử nghiệm và kết quả cho thấy trung bình phẫu thuật nội soi ổ bụng bệnh nhân có thời gian nằm viện ngắn hơn[7]. Về tỉ lệ tái phát, theo dõi tới tháng 5/2019 thì có 1 trường hợp tái phát chiếm 3,57%. Tổn thương nằm ở bề mặt gan. Không xác định trường hợp này là di căn xa vì tổn thương không phải ở nhu mô gan, có thể nguyên nhân do reo rắc tế bào ung thư trong quá trình phẫu thuật. Đây cũng là trường hợp trong số loạt ca đầu tiên của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn Ia, Ib là an toàn, hiệu quả. So với phẫu thuật mở bụng kinh điển có nhiều lợi thế như ít đau hơn, giảm các biến chứng, giảm thời gian nằm viện và tăng tính thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. (2018).** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 68(6), 394-424.
2. **Amant F, Mirza M R, Koskas M, et al. (2018).** Cancer of the corpus uteri. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 143, 37-50.
3. **Janda M, Gebski V, Brand A, et al. (2010)**. Quality of life after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for stage I endometrial cancer (LACE): a randomised trial. Lancet Oncol, 11(8), 772-780.
4. **Wright J D, Burke W M, Wilde E T, et al. (2012).** Comparative effectiveness of robotic versus laparoscopic hysterectomy for endometrial cancer. J Clin Oncol, 30(8), 783-791.
5. **Lê Trí Chinh (2018).** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm (IA. IB) tại bệnh viện K, Tạp chí y học Việt Nam tập 464, số 2, 2018.
6. **Obermair A, Janda M, Baker J, et al. (2012).** Improved surgical safety after laparoscopic compared to open surgery for apparent early stage endometrial cancer: results from a randomised controlled trial. Eur J Cancer, 48(8), 1147-1153.
7. **Galaal K, Bryant A, Fisher A D, et al. (2012).** Laparoscopy versus laparotomy for the management of early stage endometrial cancer. Cochrane Database Syst Rev, (9), Cd006655.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA TIM MẠCH BỆNH VIỆN TRƯNG VƯƠNG

Bùi Tùng Hiệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc chống tăng huyết áp tại khoa Tim mạch Bệnh viện Trưng Vương từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 04 năm 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp và điều trị nội trú tại khoa Tim mạch Bệnh viện Trưng Vương. **Kết quả:** Bệnh nhân tăng huyết áp nằm trong độ tuổi 61 – 70 chiếm tỷ lệ cao nhất 30,1%, thấp nhất là độ tuổi ≤ 40 tuổi với tỷ lệ là 3,2%, tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nam (61,1% so với 38,9%), tuổi trung bình của toàn mẫu nghiên cứu là 64,54 ± 12,75 năm. Bệnh nhân có từ 1 đến 2 yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (60,7%), tuổi cao là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất (64,4%).Tổn thương cơ quan đích chiếm tỷ lệ cao nhất là dày thất trái (39,1%), tiếp theo là bệnh thiếu máu tim cục bộ(27,8%), phần lớn bệnh nhân nhập viện có tiền sử tăng huyết áp (84,3%).Ức chế men chuyển và chẹn kênh canxi là hai nhóm thuốc được sử dụng phổ biến nhất (53,2% và 38,4%). Trong phác đồ đa trị liệu, kiểu phối hợp ức chế men chuyển và chẹn kênh canxi chiếm tỷ lệ cao nhất (20,4%). Ho khan là tác dụng không mong muốn gặp trên Bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế men chuyển với tỷ lệ 23,0%. **Kết luận:** Tất cả các thuốc chống tăng huyết áp gặp trong mẫu nghiên cứu đều nằm trong danh mục thuốc theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam, tỷ lệ sử dụng phác đồ đa trị liệu cao hơn tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn trị, tỷ lệ tương tác thuốc thấp, tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu cao, huyết áp ổn định, tiến triển tốt.

Từ khóa: Tăng huyết áp, thuốc chống tăng huyết áp.

**Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tùng Hiệp
Email: buitunghiep2@gmail.com
Ngày nhận bài: 1/4/2019
Ngày phản biện khoa học: 15/4/2019
Ngày duyệt bài: 10/5/2019

SUMMARY

STUDY ON THE SITUATION OF USING ANTIHYPERTENSIVE DRUGS AT THE HEART DEPARTMENT OF TRUNG VUONG HOSPITAL

Objectives: To investigate the situation of using antihypertensive drugs at the Heart Department of Trung Vuong Hospital from October 2017 to April 2018. **Subjects and methods:** Descriptive cross-sectional descriptions. The study was performed on patients diagnosed with hypertension and inpatient treatment at Trung Vuong Hospital's Cardiology Department. **Results:** Patients with hypertension in the age of 61 - 70 accounted for the highest rate of 30.1%, the lowest was the age of ≤ 40 years with the rate of 3.2%, the rate of female patients was higher than billion rate of male patients (61.1% compared to 38.9%), the average age of the whole sample is 64.54, 12.75 years. Patients with 1 to 2 risk factors accounted for the highest percentage (60.7%), advanced age is the most common risk factor (64.4%). Target organ damage accounts for the highest proportion. is left ventricular thickening (39.1%), followed by ischemic heart disease (27.8%), most hospitalized patients have a history of hypertension (84.3%). and calcium channel blockers are the two most commonly used drug groups (53.2% and 38.4%). In multi-therapy regimens, the combination of ACE inhibitors and calcium channel blockers accounted for the highest percentage (20.4%). A dry cough is an unwanted effect encountered on Patients using ACE inhibitors at the rate of 23.0%. **Conclusion:** All antihypertensive drugs encountered in the study sample are in the list of drugs recommended by the Vietnam Society of Cardiology, the rate of using multi-therapy regimens is higher than the rate of using regimens. monotherapy, the rate of drug interaction is low, the rate of patients achieving high blood pressure target , blood pressure stable, progressing well.

Keywords: Hypertension, antihypertensive drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một bệnh phổ biến trên thế giới và là yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn đến tử vong, mắc bệnh. Tỷ lệ người mắc bệnh tăng huyết áp ngày càng tăng, tuổi bị mắc mới ngày càng trẻ hóa. Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới, năm 2000, tăng huyết áp ảnh hưởng sức khỏe của gần 1 tỷ người trên toàn thế giới và ước tính con số này lên tới 1,56 tỷ người vào năm 2025. Ở Hoa Kỳ, khoảng 75 triệu người trưởng thành bị tăng huyết áp. Theo số liệu thống kê của ACC/AHA 2017 tỷ lệ người trưởng thành bị tăng huyết áp là 32%, theo Mozzafarian D et al, và Merai R et al, cứ 3 người trưởng thành thì sẽ có 1 người bị tăng huyết áp [4][5]. Tại Việt Nam, tỷ lệ tăng huyết áp cũng ngày càng gia tăng và đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng. Theo hội Tim mạch học Việt Nam, vào năm 2000 có 16,3% người lớn bị tăng huyết áp, năm 2009 con số này là 25,4% và năm 2016 hơn 40%. Gần đây, Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế, 2016 ước tính bệnh tăng huyết áp ảnh hưởng đến 18,9% dân số trưởng thành Việt Nam [3]. Từ những lý do trên, đề tài được thực hiện với mục tiêu: *"Khảo sát tình hình sử dụng thuốc chống tăng huyết áp tại khoa tim mạch bệnh viện Trưng Vương".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm những Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp và điều trị nội trú tại khoa Tim mạch Bệnh viện Trưng Vương thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 04 năm 2018, được lựa chọn theo các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân trên 18 tuổi và được chẩn đoán tăng huyết áp

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang được điều trị thì chuyển sang điều trị tại khoa khác, bệnh việnkhác; bệnh án của bệnh nhân không đầy đủ thông tin.

2. Phương pháp nghiên cứu

- *Phương pháp nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang, không can thiệp được sử dụng để khai thác các thông tin trong các hồ sơ bệnh án.

- Dựa trên những dữ liệu thu thập được trong các bệnh án của các Bệnh nhân để khảo sát việc sử dụng thuốc. Thu thập và đánh giá thông tin qua mẫu "phiếu khảo sát"

- Mẫu nghiên cứu: Chọn tất cả mẫu được 216 bệnh án theo đúng tiêu chuẩn

- *Phương pháp phân tích:* Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2010, xử lý bằng phần mềm Statistical Package for the Social Sciences 22.0. Các phép phân tích được sử dụng trong nghiên cứu: tính tần số và tỷ lệ phầm trăm. Đánh giá tương tác thuốc: sử dụng phần mềm tra cứu tương tác thuốc online trên trang web: https:// www.drugs.com/ drug interactions. html.

3. Nội dung nghiên cứu

➢ Khảo sát đặc điểm bệnh nhân

- Tuổi, giới tính, lý do vào viện, tiền sử bệnh của bệnh nhân.

- Các yếu tố nguy cơ và các bệnh mắckèm: được xác định khi Bệnh nhân mắc phải một trong các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, béo phì, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tuổi cao (nam > 55 tuổi, nữ > 65 tuổi) và các bệnh mắc kèm như: suy tim, suy thận, loét dạ dày – tá tràng, viêm khớp, gout…

- Mức độ tăng huyết áp: dựa vào chỉ số để phân loại mức độ tăng huyết áp.

➢ Khảo sát việc sử dụng thuốc

-Thời gian điều trị của bệnh nhân tại bệnh viện.

- Các thuốc chống tăng huyết áp được sử dụng trong mẫu nghiên cứu.

- Tương tác thuốc: có 3 mức độ tương tác thuốc là nặng, trung bình, nhẹ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

Nhóm tuổi	Giới tính				Tổng	Tỷ lệ (%)
	Bệnh nhân Nam	Tỷ lệ (%)	Bệnh nhân Nữ	Tỷ lệ (%)		
≤ 40	4	1,8	3	1,4	7	3,2
41 – 50	13	6,1	14	6,4	27	12,5
51 – 60	18	8,4	25	11,5	43	19,9
61 – 70	26	12,0	39	18,1	65	30,1
71 – 80	16	7,4	38	17,6	54	25,0
> 80	7	3,2	13	6,1	20	9,3
Tổng	84	38,9	132	61,1	216	100
Tuổi thấp nhất	30		33		30	
Tuổi cao nhất	89		90		90	
Tuổi trung bình	62,79 ± 13,29		65,65 ± 12,32		64,54 ± 12,75	

Bệnh nhân nằm trong độ tuổi từ 61-70 chiếm tỷ lệ cao nhất 30,1%

Bảng 2. Phân bố về tiền sử tăng huyết áp

Tiền sử tăng huyết áp	Bệnh nhân Nam	Tỷ lệ (%)	Bệnh nhân Nữ	Tỷ lệ (%)	Tổng	
					Số Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Có tăng huyết áp	71	32,9	111	51,4	182	84,3
Không tăng huyết áp	13	6,0	21	9,7	34	15,7
Tổng	84	38,9	132	61,1	216	100,0

Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 84,3%, số bệnh nhân không có tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 15,7%.

Bảng 3. Phân độ tăng huyết áp trong mẫu nghiên cứu

Phân độ tăng huyết áp	Nam	Nữ	Số Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp độ 1	34	47	81	37,5
Tăng huyết áp độ 2	41	70	111	51,4
Tăng huyết áp độ 3	9	15	24	11,1
Tổng	84	132	216	100,0

Trong mẫu nghiên cứu, các bệnh nhân có phân độ tăng huyết áp độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất, 51,4%

Bảng 4. Tỷ lệ xuất hiện các yếu tố nguy cơ

Tần suất các yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ nhóm A (không có yếu tố nguy cơ)	18	8,3
Nguy cơ nhóm B (có từ 1 – 2 yếu tố nguy cơ)	131	60,7
Nguy cơ nhóm C (có ≥ 3 yếu tố nguy cơ hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích)	67	31,0
Tổng	216	100,0

Trong tổng số 216 bệnh nhân, số bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ nào thuộc (nguy cơ nhóm A) chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,3%.

Bảng 5. Tần suất các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
ĐTĐ	76	35,2
RLLPM	69	31,9
Tuổi cao: nam giới > 55 tuổi, nữ > 65 tuổi	139	64,4
Hút thuốc lá	34	15,7
Thừa cân / Béo phì	94	43,5

Trong số các yếu tố nguy cơ thì tuổi cao là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất với 139 trường hợp với tỷ lệ 64,4%, kế đến là thừa cân béo phì 43,5%, các yếu tố nguy cơ khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 6. Các bệnh mắc kèm

Nhóm bệnh		Bệnh	Số bệnh nhân	Tỷlệ (%)
Bệnh thuộc yếu tố nguy cơ		ĐTĐ	76	35,2
		RLLPM	69	31,9
	Tim mạch	Dày thất trái	86	39,1

Bệnh thuộc tổn thương cơ quan đích		Thiếu máu tim cục bộ	60	27,8
		Suy tim	19	8,8
	Thận	Suy thận	17	7,8
	Não	Tai biến mạch máu não	15	10,0
	Mắt	Xuất huyết võng mạc	0	0,0
Các bệnh khác		Loét dạ dày tá tràng	47	21,7
		Rung nhĩ	38	17,6
		Gout	6	2,7
		Rối loạn lo âu	40	18,5
		Viêm phổi	10	4,6
		Bệnh khớp mạn tính	13	6,0

Dày thất trái và bệnh tim thiếu máu cục bộ là 2 tổn thương cơ quan đích phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,1% và 27,8%; đái tháo đường và rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ khá cao lần lượt là 35,2% và 31,9%.

2. Tình hình sử dụng thuốc chống tăng huyết áp

Bảng 7. Các thuốc được sử dụng trong điều trị tăng huyết áp

Nhóm thuốc	Số bệnh nhân sử dụng	Tỷ lệ (%)
Lợi tiểu	64	29,63
Furosemid	53	24,5
Spironolacton	15	6,9
Indapamid	8	3,7
Chẹn beta giao cảm	66	30,6
Bisoprolol	60	27,8
Nibivolol	5	2,3
Propranolol	1	0,5
Chẹn kênh canxi	83	38,4
Amlodipin	62	28,7
Nifedipin	19	8,7
Nicardipin	2	1,0
Ức chế men chuyển	115	53,2
Captopril	9	4,1
Imidapril	75	34,7
Perindopril	25	11,6
Lisinopril	6	2,8
Chẹn thụ thể AT1	49	22,7
Losartan	26	12,0
Valsartan	15	7,0
Telmisartan	8	3,7
Kích thích thụ thể α2	6	2,8
Methyldopa	6	2,8
Thuốc dạng phối hợp	25	11,6
Perindopril + Amlodipin	16	7,4
Perindopril + Inadapamid	2	0,9
Amlodipin + Valsartan	4	1,9
Lisinopril + Amlodipin	3	1,4

Bảng 8. Các kiểu tương tác thuốc gặp phải trong mẫu nghiên cứu

Tương tác thuốc		Số Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mức độ		0	0,0
nặng			
Mức độ trung bình	ACEI + Aspirin	19	8,8
	ACEI + Digoxin	3	1,4
	ARB + Aspirin	8	3,7
	Aspirin+Clopidogrel	7	3,2
Mức độ nhẹ	Chẹn beta+Aspirin	6	2,8
	Spironolacton+Aspirin	11	5,1
	Furosemid+Aspirin	3	1,4

Trong mẫu NC, không gặp tương tác thuốc mức độ nặng, có tương tác thuốc mức độ trung bình và nhẹ. Trong tương tác mức độ trung bình, tương tác giữa ACEI và aspirin chiếm tỷ lệ cao nhất 8,8%.

Bảng 9. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Hoạt chất	Số Bệnh nhân bị	Tổng số Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Ho khan	Imidapril	18	75	24,0
	Perindopril	5	25	20,0
Tổng		**23**	**100**	**23,0**

Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất trong nhóm ƯCMC là ho khan với tỷ lệ 23,0%.

IV. KẾT LUẬN

➢ **Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.** Bệnh nhân tăng huyết áp nhập viện có độ tuổi trung bình là 64,54 ± 12,75 năm. Nhóm tuổi từ 61–70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 30,1%, tỷ lệ bệnh nhân nữ gấp 1,6 lần bệnh nhân nam. Kết quả này tương đồng với kết quả NC của Đôn Thị Thanh Thủy và cs (2013), tuổi trung bình của toàn mẫu NC là 65,76 ± 12,20 [7]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Thái Khoa Bảo Châu và cs (2016) thì bệnh nhân mắc bệnh tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất từ độ tuổi > 70 (26,1%)[2]; Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp ở các nhóm tuổi, trong đó chủ yếu tập trung ở nhóm bệnh nhân cao tuổi.

Về yếu tố nguy cơ: Bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ B chiếm tỷ lệ lớn nhất (60,7%). Trong

số các yếu tố nguy cơ thì tuổi cao là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ 64,4%, đái tháo đường chiếm tỷ lệ 35,2%, rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ 31,9%.

Về tổn thương cơ quan đích: Dày thất trái có tỷ lệ cao nhất 39,1%, bệnh tim thiếu máu cục bộ 27,8%, suy tim 8,8%, suy thận 7,8%, tai biến mạch máu não 10%. Các bệnh mắc kèm gặp trong nghiên cứu: loét dạ dày tá tràng 21,7%, rung nhĩ 17,6%, rối loạn lo âu 18,5%, viêm phổi 4,6%, bệnh khớp mạn tính 6,0% và gout 2,7%. Về tiền sử tăng huyết áp: Đa số bệnh nhân nhập viện đều có tiền sử THA với tỷ lệ là 84,3%, số bệnh nhân không có tiền sử THA chiếm tỷ lệ 15,7%.

➢ **Việc sử dụng các nhóm thuốc chống tăng huyết áp.** Tất cả các thuốc trong danh mục thuốc chống tăng huyết áp sử dụng trong mẫu nghiên cứu đều thuộc các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp phù hợp theo khuyến cáo điều trị THA của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2008 và các khuyến cáo như: JNC VII , ESH/ESC 2013, ACC/AHA 2017

Nhóm thuốc lợi tiểu được sử dụng tương đối nhiều (32,9%) trong đó lợi tiểu quai được sử dụng nhiều nhất (24,5%), lợi tiểu tương tự thiazid và thuốc lợi tiểu thẩm thấu được sử dụng ít nhất (0,3%).

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm được sử dụng với tỷ lệ 30,6%. Cả 3 thế hệ của nhóm thuốc chẹn beta giao cảm được sử dụng, trong đó nhóm chẹn beta giao cảm chọn lọc trên β1 (bisoprolol) được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 27,8%, nhóm chẹn beta có tính giãn mạch (nibivolol) và nhóm beta không chọn lọc (propranolol) được sử dụng ít với tỷ lệ lần lượt là 2,3% và0,5%. Kết quả này tương đồng với kết quả NC của Võ Văn Bảy (2010) [1] với tỷ lệ sử dụng là 18,77% trong đó bisoprolol được sử dụng nhiều nhất (14,30%) và propranolol sử dụng ít nhất với tỷ lệ 0,13%.

Nhóm thuốc chẹn kênh canxi được sử dụng nhiều (38,4%) trong đó: amlodipin được sử dụng nhiều nhất chiếm 28,7% và nicardipin được sử dụng ít nhất (1,0%).

Nhóm thuốc ức chế men chuyển được sử dụng nhiều nhất (53,2%) trong đó: Imidapril được sử dụng nhiều nhất (34,7%) và lisinopril được sử dụng ít nhất (2,8%). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Thái Khoa Bảo Châu (2016) [2], imidapril chiếm tỷ lệ 34,3% và lisinopril chỉ chiếm 0,5%.

Nhóm thuốc chẹn thụ thể AT1 chiếm tỷ lệ 22,7% trong đó: Losartan là thuốc được chỉ định nhiều nhất (12,0%) và thấp nhất là telmisartan (3,7%). Các thuốc này có tácdụng chống tăng huyết áp như ƯCMC nhưng không gây ho khan, tuy nhiên có giá thành cao nên thường ít được lựa chọn hơn các nhóm thuốc khác.

Về phác đồ điều trị khởi đầu: Bệnh nhân được điều trị chủ yếu bằng liệu pháp đa trị liệu (68,1%). Trong phác đồ đơn trị liệu nhóm thuốc được chỉ định nhiều nhất là nhóm ức chế men chuyển (43,4%) và chẹn thụ thể AT1 (18,9%). Phối hợp ức chế men chuyển và chẹn kênh canxi là xu hướng chọn lựa trong phác đồ đa trị liệu (20,4%). Kết quả này hợp lý và điều đó chứng tỏ liệu pháp khởi đầu đa trị liệu được coi trọng trong kiểm soát huyết áp, đặc biệt đối với những bệnh nhân có chỉ số HA cao khi nhậpviện.

Tỷ lệ tác dụng không mong muốn gặp phải ít: Ho khan là tác dụng không mong muốn gặp phải trong mẫu nghiên cứu với tỷ lệ (23,0%) trên những bệnh nhân sử dụng nhóm thuốc ức chế men chuyển.

Tỷ lệ bệnh nhân đạt HAMT trong toàn mẫu nghiên cứu là 91,2% và có 8,8% bệnh nhân sau khi ra viện chưa đạt HAMT

V. KẾT LUẬN

Tất cả các thuốc chống tăng huyết áp gặp trong mẫu nghiên cứu đều nằm trong danh mục thuốc theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam, tỷ lệ sử dụng phác đồ đa trị liệu cao hơn tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn trị, tỷ lệ tương tác thuốc thấp, tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu cao, huyết áp ổn định, tiến triển tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Bảy (2010),** Khảo sát tính an toàn và hợp lý của thuốc điều trị tăng huyết áp tại khoa tim mạch bệnh viện cấp cứu Trưng Vương. Luận văn thạc sĩ Dược học. Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
2. **Thái Khoa Bảo Châu và Võ Thị Hồng Phượng (2016).** Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áo tại bệnh viện Đại học Y dược Huế. Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế, số 32, tr 76 – 84.
3. **Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế (2016).** Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam 2015, tr.1 – 43
4. **Mozzafarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al (2016).** Heart Disease and Stroke Statistics-2015 Update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2015; e29-322.
5. **Merai R, Siegel C, Rakotz M, Basch P, Wright J, Wong B; DHSc., Thorpe P (2016).** CDC Grand Rounds: A Public Health Approach to Detect and Control Hypertension. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016 Nov 18;65(45): pp. 1261-1264
6. **Nguyễn Hoàng Thanh Tâm, Lê Mỹ Kim, Nguyễn Thị Thanh Hiền và Nguyễn Văn Phi (2014).** Khảo sát tình hình sử dụng thuốc huyết áo trong điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai trong tháng 03/2014. Đề tài nghiên cứu khoa học. Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai.

7. Đôn Thị Thanh Thủy, Đỗ Công Tâm, Nguyễn Thị Mỹ Duyên, Lý Huy Khang, Hà Thanh Yến Trang và Trần Triệu Thanh Trúc (2013). Khảo sát tình hình sử dụng và hiệu quả thuốc chống tăng huyết áp ở bệnh tăng huyết áp tại khoa tim mạch bệnh viện cấp cứu Trưng Vương từ tháng 10 năm 2011 đến tháng 03 năm 2013. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 17, tr. 12

8. Đặng Thị Thu Trang và Trần Thị Thanh Huyền (2013). Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại phòng khám tư vấn, kiểm soát tăng huyết áp và bệnh lý mạch vành do tăng huyết áp, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. Tạp chí Y học thực hành, số 6 năm 2013.

MỘT SỐ YẾU LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỞ BỂ THẬN CÓ NỘI SOI MỀM HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN NHIỀU VIÊN TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN - HÀ NỘI

Nguyễn Duy Thịnh*, Đào Quang Minh*, Nguyễn Phú Việt**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu liên quan đến kết quả phẫu thuật mở bể thận có nội soi mềm hỗ trợ điều trị sỏi thận nhiều viên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 55 bệnh nhân/ 56 quả thận được chẩn đoán sỏi thận nhiều viên được mổ mở kết hợp với nội soi ống mềm kiểm soát tình trạng sót sỏi tại Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà nội; thời gian từ tháng 3 năm 2012 đến tháng 07 năm 2017. Sau khi mở bể thận đơn thuần lấy sỏi, ống soi mềm được sử dụng kiểm soát những viên sỏi còn lại và xử lý chúng bằng gắp ra ngoài hay tán vỡ sỏi bằng năng lượng laser Holmium. Các yếu tố liên quan tới thành công và kết quả tán sỏi qua ống soi mềm được nghiên cứu là: góc bể thận đài dưới, đặc điểm giải phẫu đài bể thận và đặc điểm sỏi. **Kết quả:** Kỹ thuật nội soi ống mềm được thực hiện trong mổ ở 56 ca. Có 9 trường hợp sử dụng NSOM thất bại. Nguyên nhân thất bại của kỹ thuật: 4 trường hợp bể thận nhỏ khi lấy sỏi chảy máu nhiều ống soi không kiểm soát được cổ đài thận do nước thoát ra ngoài, chiếm 7.2%; 3 trường hợp không đưa được ống soi mềm vào cổ đài dưới do cổ đài nhỏ gập góc, chiếm 5,4%; 2 trường hợp chít hẹp cổ đài không đưa ống soi được, chiếm 3,6%. Các yếu tố được tìm thấy có ảnh hưởng tới thành công của kỹ thuật là kích thước sỏi trên 10mm, vị trí sỏi đài dưới, số lượng sỏi trên 3 viên và góc bể thận đài dưới > 45°. **Kết luận:** Thành công của NSOM hỗ trợ trong mổ mở sỏi thận nhiều viên có liên qua tới các yếu tố kích thước sỏi (>10mm); số lượng sỏi đài thận (>3 viên), vị trí sỏi đài dưới và góc bể thận đài dưới > 45°.

***Từ khóa*:** sỏi thận nhiều viên, mổ mở, nội soi ống mềm.

SUMMARY

TO UNDERSTAND SOME FACTORS RELATED TO THE RESULTS OF OPEN PYELOLITHOTOMY WITH ENDOSCOPIC SUPPORT TO TREAT MULTIPLE KIDNEY STONES AT THANH NHAN HOSPITAL

Purpose: To explore some of the weaknesses associated with soft endoscopic opening of the renal pelvis to support the treatment of multiple kidney stones. patients and methods: 55 patients / 56 kidneys diagnosed with multiple kidney stones were open surgery in combination with soft endoscopy to control stones at Thanh Nhan Hospital, Hanoi; time from March 2012 to July 2017. After opening a simple renal pelvis to take soft stones and tubules used to control the remaining pebbles and treat them by taking out or smashing gravel with energy Holmium laser volume. Factors associated with success and results of lithotripsy were studied: lower renal pelvis angle, renal pelvis anatomy and gravel characteristics. ***Results:*** Soft endoscopic technique was performed in surgery at 56 cases. There are 9 cases where NSOM usage failed. Causes of technical failure: 4 cases of small renal pelvis when taking multiple tubular bleeding stones failed to control the neck of the kidney due to water escaping, accounting for 7.2%; 3 cases were not able to put a soft probe into the lower cervix due to the small angle of the corner, accounting for 5.4%; 2 cases of antiseptic stenosis were not able to bring the scaffold, accounting for 3.6%. Factors that have been found to affect the success of the technique are size of stones over 10mm, location of lower basal stones, number of stones on 3 tablets and lower renal pelvis angle> 45o. ***Conclusion:*** The success of NSOM helps in opening multiple kidney stones that are related to factors of gravel size (> 10mm); number of kidney stones (>3 tablets), lower gravel position and pyelonephal angle below> 45o.

Keywords: Multiple kidney stones, open surgery, flexible endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ sót sỏi trong mổ mở lấy sỏi thận vẫn dao động từ 10-40% [1]. Trần Văn Hinh, Hoàng Mạnh An và cộng sự, sau mổ mở lấy sỏi san hô và nhiều viên là 47,22%. Huỳnh Văn Nghĩa (2010) là 17% [2],[3]. Để hạn chế tình trạng sót sỏi trong các phẫu thuật can thiệp điều trị sỏi thận, nhất là đối với sỏi thận nhiều viên, nhiều tác giả trong và ngoài nước đã nghiên cứu sử

**Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội*
***Bệnh viện Quân Y 103*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Thịnh
Email: nguyenthuha21@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 13.5.2019
Ngày duyệt bài: 17.5.2019

dụng và cải tiến nhiều đường mở bể thận nhu mô thận hay sử dụng các kỹ thuật hỗ trợ khác nhau nhằm mục đích lấy hết sỏi, hạn chế tổn thương nhu mô và mạch máu thận như: ứng dụng x quang, siêu âm hay nội soi trong mổ, ứng dụng các chất đông sinh học. Kết quả thu được qua các nghiên cứu tuy có nhiều khích lệ nhưng chưa đáp ứng được yêu cầu thực tiễn. Kỹ thuật nội soi ống mềm mới được ứng dụng trong tán sỏi thận từ đầu thế kỷ 21, đã nhanh chóng chứng tỏ nhiều ưu điểm trong tán sỏi tiết niệu. Nội soi thận bằng ống soi mềm hỗ trợ trong mổ mở điều trị sỏi thận nhiều viên là một kỹ thuật hiện đại có ưu điểm cho phép tiếp cận sỏi trong các đài thận mà không cần mở nhu mô thận, vì vậy vừa làm giảm tỷ lệ sót sỏi đồng thời tăng bảo tồn nhu mô thận. Các nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật này còn đang trong giai đoạn đầu và chưa nhiều. Từ năm 2012, bệnh viện Thanh Nhàn thực hiện nội soi ống mềm hỗ trợ trong mổ mở bể thận đơn thuần điều trị sỏi thận nhiều viên, đã thu được kết quả khích lệ. Đây là kỹ thuật mới và khó, kết quả thu được mới chỉ là những bước đầu và tính khả thi. Để hoàn thiện quy trình, chúng tôi nghiên cứu sự liên quan của một số yếu tố tới kết quả của phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Đối tượng nghiên cứu 55 bệnh nhân/56 quả thận được chẩn đoán sỏi thận nhiều viên có sử dụng nội soi thận phát hiện và sử lý sỏi sót trong mổ từ 3/2012 đến tháng 07/2017.

Phương pháp nghiên cứu:

*Nghiên cứu được thực hiện tiến cứu, mô tả

*Kỹ thuật:

+ Bệnh nhân được gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống, nằm nghiêng 90°

+ Mổ mở bằng phương pháp thông thường, lấy sỏi bể thận.

+ Đưa ống soi mềm qua chỗ mở bể thận, soi kiểm tra tất cả các đài thận và xử lý các viên sỏi còn sót lại trong các cổ đài thận.

+ Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến thành công và thất bại trong mổ, bao gồm: đặc điểm giải phẫu bể thận, đặc điểm sỏi thận, góc bể thận đài dưới.

+ Phân loại bể thận theo tác giả Nguyễn Thế Trường, bể thận được chia thành B1, B2, B3 và B4.

+ Phân loại sỏi thận theo Rocco F, bao gồm các loại sỏi C3, C4, C5.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Nguyên nhân thất bại của NSOM

Nguyên nhân	Số ca mổ (n=56)	Tỷ lệ %
Rách bể thận + tổn thương cổ đài	4	7,1
Góc bể thận đài dưới nhỏ, gập góc	3	5,4
Chít hẹp cổ đài	2	3,6
Tổng	**9**	**16,1**

Có 9 quả thận nội soi ống mềm thất bại chiếm 16,1%, trong đó: 4 TH rách bể thận và tổn thương cổ đài (7,1%); 3 TH không bẻ được ống soi để đưa vào đài dưới do góc nhọn < 45° (5,4%); 2 TH cổ đài chít hẹp (3,6%).

Bảng 2. Liên quan kích thước sỏi

Kích thước sỏi		Kết quả nội soi trong mổ (n=56)		Tổng
		Thành công	Thất bại	
≤10 mm	Số ca mổ	33	2	35
	%	94,3	5,7	100
11-20 mm	Số ca mổ	14	7	21
	%	66,7	33,3	100
Tổng	**Số ca mổ**	**47**	**9**	**56**
	%	**83,9**	**16,1**	**100**

Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy với sỏi ≤ 10mm tỷ lệ thành công cao, chiếm 94,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa so với nhóm sỏi kích thước từ 11-20mm.

Bảng 3. Liên quan số lượng viên sỏi nội soi trong mổ

Số lượng sỏi		Kết quả nội soi trong mổ		Tổng
		Thành công	Thất bại	
≤ 3 viên	Số ca mổ (n=41)	37	4	41
	%	90,2	9,8	100
> 3 viên	Số ca mổ (n=15)	10	5	15
	%	66,7	33,3	100
Tổng	**Số ca mổ (n=56)**	**47**	**9**	**56**
	%	**83,9**	**16,1**	**100**

Số lượng viên sỏi liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả thành công và thất bại trong mổ (p < 0,05).

Bảng 4. Liên quan vị trí sỏi

Vị trí sỏi		Kết quả nội soi trong mổ		Tổng
		Thành công	Thất bại	
Có sỏi đài dưới	Số ca mổ (n=38)	31	7	38
	%	81,6	18,4	100
Không có sỏi đài dưới	Số ca mổ (n=18)	16	2	18
	%	88,9	11,1	100
Tổng	**Số ca mổ (n=56)**	**47**	**9**	**56**
	%	**83,9**	**16,1**	**100**

Nhóm bệnh nhân có sỏi ở cổ đài dưới có tỷ lệ thất bại cao hơn nhóm không có sỏi ở cổ đài dưới, có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 5. Liên quan tới góc bể thận đài dưới

Góc bể thận đài dưới		Kết quả nội soi trong mổ		Tổng
		Thành công	Thất bại	
< 45 độ	Số ca mổ (n=5)	2	3	5
	%	40	60	100
≥ 45 độ	Số ca mổ (n=33)	33	0	33
	%	100	0	100
Tổng	**Số ca mổ (n=38)**	**35**	**3**	**38**
	%	**92,1**	**7,9**	**100**

Nhóm bệnh nhân có góc bể thận đài dưới < 45 độ có tỷ lệ thất bại cao hơn nhóm có góc bể thận đài dưới **≥** 45 độ, có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Việc lấy được viên sỏi bể thận nguyên vẹn, không làm rách bể thận và tổn thương cổ đài cũng quyết định đến thành công của phẫu thuật, đối với các trường hợp bể thận phần lớn trong xoang gặp nhiều khó khăn nhất là khi nhu mô thận dày thì càng khó khăn hơn, nếu cố gắng lấy sỏi dễ làm rách thêm nhu mô, rách cổ đài thận gây chảy máu, có nhiều trường hợp phải bóc tách, hạ toàn bộ thận ra khỏi tổ chức xung quanh giúp di động thận một cách dễ dàng, xoay rốn thận về phía phẫu thuật viên và dùng van banh mí vén mép sau của bể thận có thể nhìn thấy và kiểm tra sỏi ở các đài thận sau.

Trong nghiên cứu, chúng tôi gặp 15 trường hợp sỏi bể thận trong xoang (B2) chiếm tỷ lệ 26,8%, trong đó có 04 trường hợp chiếm tỷ lệ 7,1% rách lớn bể thận do bể thận nhỏ và rốn thận hẹp, sỏi dính vào niêm mạc, khi bóc tách sỏi ra khỏi niêm mạc bể thận chưa tốt làm rách bể thận và chảy máu trong cổ đài.

Kích thước sỏi là một yếu tố có liên quan nhiều đến tỷ lệ sạch sỏi sau mổ. Sỏi càng lớn thì tỷ lệ sạch sỏi sau mổ càng giảm. Khi tán những viên sỏi lớn, các mảnh sỏi thường văng ra khắp các đài và dễ bỏ sót trong quá trình tán. Tuy nhiên, kích thước sỏi không ảnh hưởng tới khả năng tiếp cận sỏi của ống soi mềm. Chúng tôi chia kích thước sỏi thành 2 nhóm, nhóm sỏi ≤ 10mm và nhóm > 10mm. Kết quả cho thấy tỷ lệ thất bại cao hơn ở nhóm có kích thước > 10mm (p < 0,05). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Elbir F. và CS (2015) [4], xét trên yếu tố ảnh hưởng kết quả là kích thước sỏi, với mốc < 15mm hoặc >15mm, tác giả cho rằng sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê (p=0,007) giữa hai nhóm sạch sỏi và không sạch sỏi.

Khi chia nhóm số lượng sỏi cho 1 thận thành 2 nhóm, nhóm ≤ 3 viên và nhóm ≥ 4 viên sỏi; chúng tôi thấy rằng tỷ lệ thất bại gặp nhiều hơn ở nhóm có từ 4 viên sỏi trở lên (33,3%) so với nhóm có số sỏi ≤ 3 (9,8%). Nội soi ống mềm sử dụng trong phẫu thuật sỏi thận là một kỹ thuật khó, nếu như không nói là rất khó. Vì vậy, nếu số lượng sỏi càng lớn thì khả năng kiểm soát toàn bộ các đài thận và bể thận sẽ khó hơn. Nguy cơ chảy máu và sót sỏi cũng sẽ cao hơn [5].

Từ những năm 1977 TSNCT phát triển rất mạnh, tuy vậy các yếu tố về giải phẫu thận được nghiên cứu có liên quan đến đài thận dưới (góc bể thận đài dưới, chiều rộng cổ đài dưới và chiều dài trục đài thận dưới) đã được nhiều tác giả rất quan tâm. Chính vì vậy việc xác định góc giữa bể thận và cổ đài có sỏi rất quan trọng, vì góc sẽ khác nhau trong cùng một thận, tùy thuộc và vị trí sỏi. Góc càng nhỏ thì việc đào thải các mảnh sỏi sau tán càng khó khăn [6].

Đến thời đại phát triển của ống soi mềm nhất là tán sỏi ngược dòng vấn đề góc bể thận đài dưới lại được nhiều tác giả đề cập đến và quan tâm nhiều hơn vì ảnh hưởng đến chất lượng điều trị. Theo tác giả Resorlu B. và CS (2012) [7]. Tỷ lệ thất bại của kỹ thuật nội soi thận ống mềm ở nhóm có góc bể

thận đài dưới < 45^o là 60%, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm còn lại (0%), với p < 0,05.

Trong nghiên cứu, chúng tôi mổ mở lấy sỏi sau đó xử lý những viên sỏi còn sót lại trong các đài thận bằng ống soi mềm, chúng tôi thấy rằng góc bể thận đài dưới nếu nhỏ hoặc gập góc ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả phẫu thuật, mặc dù nhiều trường hợp phải hạ toàn bộ thận và đưa quả thận ra sát vết mổ và khoảng cách từ bể thận vào đài dưới ngắn hơn, dễ thao tác hơn nhưng khi đưa ống soi mềm vào đài dưới để tiếp cận và xử lý sỏi còn gặp rất nhiều khó khăn thậm chí còn thất bại. Chính vì vậy, chúng tôi chọn mốc 45^o trong nghiên cứu.

Trong nghiên cứu, 47 trường hợp chúng tôi tiếp cận sỏi được ngay và xử lý hoàn toàn sỏi sót, 4 trường hợp tiếp cận được sỏi nhưng chỉ xử lý được một phần sỏi sót, 5 trường hợp chiếm 8,9% chúng tôi không tiếp cận được sỏi. Trong nghiên cứu có 3/5 trường hợp góc bể thận đài dưới < 45^o gập góc không thể đưa ống soi mềm vào tiếp cận sỏi được, tỷ lệ này không gặp ở nhóm có góc bể thận đài dưới ≥ 45^o. Chúng tôi gặp 9 trường hợp thất bại trong nghiên cứu có 7 trường hợp sỏi nằm trong nhóm đài dưới. Có thể là đơn thuần hoặc kết hợp với cả sỏi các đài thận còn lại. Tỷ lệ thành công ở nhóm bệnh nhân có sỏi đài dưới chỉ chiếm 81,6%.

Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 6 trường hợp cổ đài viêm chít hẹp, phù nề nhiều do sỏi nằm lâu ngày chiếm tỷ lệ 10,7%, chúng tôi phải tiến hành nong cổ đài bằng đầu của ống soi mềm vào đài thận để tiếp cận sỏi. Có 2 trường hợp cổ đài viêm chít hẹp hoàn toàn, không thể đưa ống soi vào tiếp cận được sỏi chiếm tỷ lệ 3,6%.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng ống soi mềm để sử lý các viên sỏi còn sót lại sau khi lấy viên sỏi bể thận là phương pháp khả thi, có thể ứng dụng kết hợp trong điều trị sỏi thận nhiều viên chỉ bằng đường mở bể thận đơn thuần. Thành công của NSOM hỗ trợ trong mổ mở sỏi thận nhiều viên có liên quan tới các yếu tố như: Hình thái của bể thận, kích thước sỏi (>10mm); số lượng sỏi đài thận (>3 viên), vị trí sỏi đài dưới và góc bể thận đài dưới > 45^o.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dzeranov N.K., Beshliev D.A., Golovanov S.A., et al. (2003**). Residual kidney stones and their treatment. Urologiia, Moscow, Russsia: 1999, 1: 21-6.
2. **Trần Văn Hinh, Nguyễn Đức Hải, Trần Duy Thịnh và CS (2011).** Đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi san hô và sỏi thận nhiều viên có sử dụng một số biện pháp hạn chế sót sỏi. Tạp chí Y – Dược học Quân sự, 9:153-157.
3. **Huỳnh Văn Nghĩa (2010).** Nghiên cứu kết quả điều trị phẫu thuật lấy sỏi san hô tại Bệnh viện trung ương quân đội 108, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y.
4. **Elbir F., Basibuyuk I., Topaktas R., et al. (2015**). Flexible Ureterorenoscopy result: Analysis of 279 cases. Turkish Journal Urology, 41(3):113-118.
5. **Herrera-Gonzalez G., Netsch C., M.D., Oberhagemann K., et al. (2011).** Effectiveness of Single Flexible Ureteroscopy for Multiple Renal Calculi. Journal Of Endourology, 25(3):431-435.
6. **Sampaio F.J.B, Anunciação A.L.D., Silva E.C.G. (1997).** Comparative Follow-Up of Patients with Acute and Obtuse Infundibulum-Pelvic Angle Submitted to extracorporeal shockwave lithotripsy for Lower Caliceal Stones. Journal of Endourology, 11(3): 157-16.
7. **Resorlu B., Oguz U., Resorlu E.B., et al. (2012**). The Impact of Pelvicaliceal Anatomy on the Success of Retrograde Intrarenal Surgery in patients With Lower Pole Renal Stones. Urology Journal, 79(1): 61-6.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH THUẬN

Nguyễn Đức Thành*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự hài lòng của người bệnh là thước đo chất lượng của dịch vụ khám chữa bệnh, đây là yếu tố quyết định uy tín và là mục tiêu hướng tới của các cơ sở y tế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân điều trị tại bệnh viện cấp tỉnh tại Việt Nam. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính. Phỏng vấn trực tiếp 280 người bệnh nội trú, phỏng vấn sâu 11 cuộc gồm nhân viên y tế và người bệnh. Thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2018 – 9/2018. **Kết quả:**Tỷ lệ hài lòng chung là 86,9%. Sự hài lòng của người bệnh trong 5 yếu tố đánh giá: Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị 88,79%; thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế 88,62%; Cung cấp dịch vụ 87,86%; Khả năng tiếp cận 86,21%; Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh 83,17%. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh nội trú tại

Trường Đại học Y tế Công cộng
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thành
Email: ndt@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 20.5.2019
Ngày duyệt bài: 24.5.2019

bệnh viện gồm: (1) Nhân sự; (2) Cơ sở vật chất; (3) Giá dịch vụ; (4) Quản lý điều hành và sự phối hợp giữa các bộ phận trong khoa, trong bệnh viện. **Kết luận:** Cơ sở vật chất phương tiện phục vụ người bệnh và khả năng tiếp cận ở bệnh viện cấp tỉnh cần đầu tư thêm để làm tăng sự hài lòng của bệnh nhân. Mặc dù, cơ sở hạ tầng mới xây dựng khang trang nhưng một số phương tiện kỹ thuật y khoa phục vụ người bệnh còn thiếu, chưa đáp ứng được nhu cầu của người bệnh trong khi lượng bệnh ngày càng tăng cao.

Từ khoá: sự hài lòng của người bệnh; bệnh viện cấp tỉnh

SUMMARY

FACTORS AFFECTING THE SATISFACTION OF PATIENTS AT GENERAL HOSPITAL OF NINH THUAN PROVINCE

Background: The satisfaction of patients is a measure of the quality of medical services, this is a factor that determines prestige and is the target of medical facilities. Therefore, we conduct this research to determine the factors affecting the satisfaction of patients treated at provincial hospitals in Vietnam. **Methods:** Cross sectional descriptions, quantitative and qualitative combinations. Direct interview with 280 inpatients, 11 in-depth interviews including medical staff and patients. Research duration: from 04/2018 - 9/2018. **Results:** Overall satisfaction rate was 86.9%. Satisfaction of patients in 5 evaluation factors: Information transparency and medical examination and treatment procedures 88.79%; behavioral attitude, professional capacity of medical staff 88.62%; Service delivery results 87.86%; Accessibility 86.21; Facilities to serve the patients 83.17%. Factors affecting the satisfaction of inpatients in hospitals include: (1) Human resources; (2) Facilities; (3) Service price; (4) Management and coordination of departments within the department, in the hospital. **Conclusion:** Facilities for patients and accessibility at provincial hospitals need additional investment to increase patient satisfaction. Although new infrastructure is built well, some medical technical facilities serve patients who are still inadequate, unable to meet the needs of patients while the number of diseases is increasing.

Keywords: Patient satisfaction; Provincial hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của khách hàng (KH) là mục đích chính của công tác quản lý chất lượng bệnh viện (BV). Cải tiến chất lượng khám chữa bệnh (KCB) tuân thủ nguyên tắc tổ chức,thực hiện quản lý chất lượng là lấy bệnh nhân (BN) làm trung tâm, là nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt của BV, được tiến hành thường xuyên, liên tục và ổn định dựa trên cơ sở pháp luật, cơ sở khoa học với các bằng chứng cụ thể và đáp ứng nhu cầu thực tiễn, nâng cao chất lượng của BV nhằm thỏa mãn mong đợi của BN[1]. Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển, nhằm tạo cơ hội thuận lợi cho mọi người dân được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe với chất lượng ngày càng cao, phù hợp với sự phát triển kinh tế-xã hội của đất nước[2].

Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận , năm 2017 bệnh viện đã tiến hành khảo sát 384 người bệnh điều trị nội trú tại 15 khoa lâm sàng. Kết quả khảo sát cho thấy chỉ số hài lòng chung của toàn BV là 80%, trong đó tỷ lệ hài lòng về thái độ ứng xử của nhân viên y tế là 90,6%, hài lòng về khả năng tiếp cận và kết quả cung cấp dịch vụ là 80%, hài lòng đối với minh bạch về thông tin, thủ tục hành chính, chi phí khám chữa bệnh là 75%. Còn nhiều ý kiến góp ý, phản ánh về tinh thần, thái độ phục vụ của nhân viên y tế còn hững hờ, chưa tận tình, chu đáo; việc cung cấp thông tin trong quá trình điều trị chưa đầy đủ [4]. Tuy nhiên, đây là khảo sát theo bộ tiêu chí đánh giá chất lượng của Bộ Y tế, chưa tìm hiểu sâu các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh. Và cụ thể trong báo cáo cuối năm 2017, theo tổng hợp của tổ thanh tra bệnh viện thì trong năm 2017 vẫn còn nhận được 120 thư góp ý và 36 cuộc điện thoại đường dây nóng của người bệnh phản ánh tinh thần, thái độ phục vụ của cán bộ nhân viên y tế đối với người bệnh còn thờ ơ, thiếu trách nhiệm, thủ tục hành chính còn chậm, thông tin trong quá trình điều trị chưa minh bạch,chưa rõ ràng, buồng bệnh và nhà vệ sinh còn bẩn và thiếu tư trang cần thiết…[5]

Câu hỏi đặt ra là người bệnh nội trú hài lòng như thế nào về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và những yếu tố nào ảnh hưởng đến sự hài lòng này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài*:"Sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận". Mục tiêu nghiên cứu*

(1) Mô tả sự hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận năm 2018.

(2) Phân tíchmột số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

*Người cung cấp dịch vụ (NVYT): 05 (phỏng vấn sâu)

*Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại BV: 06 (phỏng vấn sâu), 280 (bảng hỏi sự hài lòng)

- Đối tượng loại trừ: những người tham gia phỏng vấn không hợp tác phỏng vấn.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04 đến tháng 09 năm 2018.

Địa điểm nghiên cứu: BV Đa khoa tỉnh Ninh Thuận.

2.2 Thiết kế nghiên cứu:

- Mô tả cắtngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính; nghiên cứu định lượng được tiến hành trước, nghiên cứu định tính thực hiện sau; kết quả nghiên cứu định lượng bổ sung thông tin cho nghiên cứu định tính.

- Sử dụng phương pháp PVS bán cấu trúc (30 - 45 phút), người phỏng vấn hỏi các câu hỏi dựa trên các nhóm chủ đề đã soạn sẵn theo các mục tiêu nghiên cứu.

- Số liệu định lượng được xử lý bằng phần mềm Stata, chọn lọc và phân tích dưới dạng các bảng biểu theo mục tiêu nghiên cứu. Số liệu định tính được xử lý và phân tích theo nội dung phỏng vấn sâu, phân tích dữ liệu theo từng chủ đề.

- Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng Y đức trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.

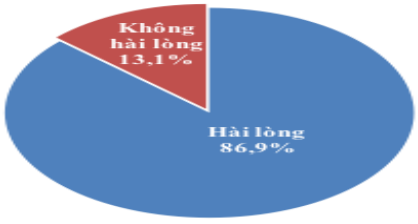
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm bệnh nhân tham gia khảo sát sự hài lòng. Đặc điểm của 280 BN nội trú đến khám và điều trị tại BVĐK tỉnh Ninh Thuận

- Nhóm tuổi ≥50 chiếm 36,8%, nữ giới chiếm 53,2%, chủ yếu là dân tộc kinh chiếm 84,3%, đa số là đã có gia đình 76,1%, sinh sống chủ yếu ở nông thôn 71,1%, trình độ chủ yếu là PTTH 32,9%.

- Nghề nghiệp chủ yếu là cán bộ, viên chức chiếm 28,2%. Lý do BN đến khám và điều trị tại BV đa số là do BHYT chiếm 35,7%; tin tưởng trình độ chuyên môn là 26,4%; thái độ phục vụ tốt 23,2%. Số lần đến khám trong 12 tháng qua chủ yếu là lần đầu chiếm 55,4%, khám ≥ 2 lần chiếm 44,6%.

3.2 Sự hài lòng của bệnh nhân. Tỷ lệ hài lòng của từng yếu tố, tỷ lệ người bệnh hài lòng cao nhất là Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị 88,79%; tiếp theo là Thái độ ứng xử, Năng lực chuyên môn của NVYT 88,62%; Kết quả cung cấp DV 87,86%; Khả năng tiếp cận 86,21%; thấp nhất là Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh 83,17%. Sự hài lòng chung của người bệnh theo nghiên cứu của chúng tôi tổng hợp được, tỷ lệ người bệnh hài lòng chiếm 86,9%, tỷ lệ người bệnh không hài lòng chiếm 13,1%. (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: *Phân bố tỷ lệ hài lòng chung của BN*

3. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của BN. Qua 11 cuộc phỏng vấn sâu với nhóm đối tượng là lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo khoa, các bác sỹ, điều dưỡng và BN nội trú. Chúng tôi tìm hiểu được một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của BN nội trú về việc sử dụng dịch vụ KCB tại BV tỉnh Ninh Thuận.

Nhân lực: Tổng số nhân lực của BV hiện nay có 898 người, trong đó: Đại học và trên đại học: 312 người, trong đó Bác sĩ (BS): 181 người. Trong 181 BS có 02 BS chuyên khoa II, 47 BS chuyên khoa I, 12 Thạc sĩ. Cao đẳng: 65 người, Trung cấp: 432 người, Sơ cấp: 03 người, viên chức phục vụ khác là 86 người

- Đội ngũ điều dưỡng đa số là lượng trẻ, nhanh nhẹn và kỹ năng giao tiếp tốt, 100% điều dưỡng đã được tập huấn về quy tắc ứng xử với người bệnh dó đó mà được người bệnh nhận xét , đánh giá hài lòng cao, "Các cô các chú điều dưỡng bây giờ trẻ, nhanh nhẹn, nói năng nhẹ nhàng vui vẻ và hướng dẫn rất tận tình chu đáo, tôi cảm thấy rất an tâm và hài lòng" (PVS BN). Tuy nhiên ở khâu tiếp đón, BN vẫn còn than phiền và không hài lòng ở một số bộ phận như bộ phận kế toán còn có những cử chỉ chưa đúng mực với người bệnh, hộ lý và bảo vệ còn quát mắng BN "Tôi thấy các cô kế toán thu tiền rất kiệm lời, BN chúng tôi hỏi thì không trả lời, khi trả lời thì thái độ cáu gắt, Các chú bảo vệ và các cô hộ lý mỗi lần chúng tôi làm gì không vừa ý thì quát mắng chúng tôi, tôi cảm thấy rất buồn và không hài lòng một chút nào" (PVS BN)

Trình độ chuyên môn điều dưỡng hiện nay tại BV đa số là có trình độ trung cấp, chỉ có một số ít là Đại học và cao đẳng, "Trình độ chuyên môn điều dưỡng hiện nay tại BV của chúng tôi đa số là có trình độ trung cấp, vì vậy chúng tôi tiếp tục động viên và tạo mọi điều kiện để các em tiếp tục học tập nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ để các em không những giỏi về kỹ năng giao tiếp mà còn giỏi cả về chuyên môn nhằm đem lại sự hài lòng cao nhất cho người bệnh" (PVS LĐBV).

- Đội ngũ BS: Thiếu BS, trình độ chuyên môn của BS chưa đồng đều, BS có trình độ chuyên khoa sâu còn ít, công tác khám chữa bệnh cho BN cũng bị hạn chế. "Hiện nay BV chúng tôi đang khó khăn về nhân lực, số lượng BS còn thiếu, trình độ BS chuyên khoa sâu còn ít, lượng bệnh khám và điều trị ngày càng tăng dẫn đến tình trạng quá tải ở các khoa lâm sàng đặc biệt là ở 4 khoa chính nội, ngoại, sản, nhi. Tình trạng này đã ảnh hưởng đến chất lượng điều trị cũng như sự hài lòng của người bệnh. Ban lãnh đạo BV cũng đã có chính sách để thu hút lực lượng

BS trẻ về công tác cũng như tạo mọi điều kiện để các BS đang công tác tiếp tục đi học chuyên khoa sâu nhằm đảm bảo chất lượng điều trị và đem lại sự hài lòng cho người bệnh" (PVS LĐBV)

"Do BS thiếu nên mỗi BS chúng tôi phải đảm nhận nhiều buồng bệnh với số lượng bệnh đông nên BS không có nhiều thời gian để tư vấn và giải thích tình trạng bệnh lý của từng người bệnh" (PVS NVYT).

Mặc khác trình độ của các BS chưa đồng đều, một số BS trẻ mới ra trường chưa có chứng chỉ hành nghề nên vẫn còn phải kèm cặp chưa thể làm việc độc lập, một số BS đã có kinh nghiệm làm lâu năm nhưng chưa có điều kiện đi học chuyên khoa sâu vẫn còn nhiều BS chưa có chuyên khoa I cho nên trình độ chuyên môn còn hạn chế dẫn đến chất lượng khám chữa bệnh không đáp ứng được mong đợi của người bệnh.

"Một số BS trẻ kinh nhiệm chuyên môn còn yếu khi đi buồng bệnh khám bệnh người bệnh hỏi về tình trạng bệnh của mình thì BS không giải thích rõ ràng được làm cho tâm lý người bệnh hoang mang không yên tâm nằm điều trị, muốn được chuyển lên tuyến trên để điều trị" (PVS NVYT)

Cũng do thiếu nhân lực nên việc phát triển các kỹ thuật mới và chuyên sâu vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Là một BV thuộc tỉnh lẻ nằm xa các trung tâm đào tạo nên việc cử BS đi học các kỹ thuật mới và chuyên sâu gặp rất nhiều khó khăn do đang trong tình trạng nhiếu nhân lực BS nên khi BS chủ chốt có kinh nghiệm đi học thì lại ảnh hưởng đến công việc chuyên môn tại BV

"Chúng tôi muốn được đi học để về triển khai các kỹ thuật mới và chuyên sâu tại BV nhằm phát triển chuyên môn, phục vụ người bệnh, đáp ứng mong đợi của BN và hạn chế chuyển BN lên tuyến trên, Tuy nhiên do thiếu BS nên mỗi lần chúng tôi đi học thì gặp rất nhiều khó khăn do không có người làm thay " (PVS NVYT)

***Cơ sở vật chất.** Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận dời về cơ sở mới từ năm 2012, với 07 tầng và 03 khu phụ trợ. Là Bệnh viện hạng II quy mô 850 giường, giường thực kê: 972 giường. Bệnh viện hiện có 32 khoa, phòng (08 phòng chức năng, 07 khoa cận lâm sàng và 17 khoa lâm sàng).

"Tôi là bệnh nhân được BS chẩn đoán suy thận mạn nhiều năm nay, trước đây tôi phải vô Thành phố Hồ Chí Minh để chạy thận, đi lại rất vất vả và tốn kém, từ ngày BV triển khai kỹ thuật chạy thận nhân tạo tôi không phải đi xa nữa, không phải tốn kém nhiều nữa, tôi rất vui và hài lòng" (PVS BN).

Tại các khoa lâm sàng có các phòng bệnh khang trang sạch sẽ thoáng mát, có cửa sổ thông khí, có quạt treo tường ở từng giường bệnh, các phòng bệnh có nhà vệ sinh riêng, đường đi lại trong hành lang rộng rãi, có bình nước nóng lạnh phục vụ người bệnh. Tuy nhiên tại mỗi giường bệnh chỉ có ga trải giường, quần áo cho người bệnh, BV chưa trang bị được gối, mùng, mền cho BN, chưa có rèm che hay tấm che cách ly khi BN có nhu cầu.

"Phòng bệnh tôi nằm thì tương đối sạch sẽ, mỗi người một giường, có đầy đủ điện nước. Ga giường và quần áo phát cho chúng tôi mặc thì sạch và mới, tuy nhiên chúng tôi phải tự túc mùng, mền, gối và đặc biệt tôi thấy rất bất tiện mỗi khi đi vệ sinh hay thay quần áo tại giường thì BV không trang bị được rèm che hay vách cách ly để cho người bệnh bị tai biến không đi lại được như tôi cảm thấy có được sự riêng tư. cho nên tôi thấy không được thoải mái khi tôi nằm viện điều trị" (PVS BN)

***Tài chính.** Trong giai đoạn hiện nay BV đang chuyển dần sang cơ chế tự chủ vì vậy đang gặp rất nhiều khó khăn trong vấn đề tiền vốn mua sắm vật tư và trang thiết bị phục vụ BN. Đây là yếu tố quan trọng và có thể quyết định tất cả các yếu tố khác đặc biệt là cơ sở vật chất và trang thiết bị. Điều này ít nhiều đã ảnh hưởng đến sự hài lòng của BN.

"Việc BV chuyển dần sang cơ chế tự chủ, việc Bảo hiểm y tế từ chối thanh toán phần vượt trần, vượt quỹ... đã ảnh hưởng rất lớn đến kinh phí hoạt động của BV. Tất cả những kế hoạch đầu tư trang thiết bị phục vụ cho BN đều bị chậm hoặc gián đoạn" (PVS LĐBV).

***Quản lý điều hành.** Sự quá tải về lưu lượng bệnh tại các khoa lâm sàng, không thể đảm bảo chất lượng KCB cho BN. Có những trường hợp BS không có thời gian giải thích được cho BN đưa đến việc BN không thỏa mãn, không hài lòng.

"Vì lượng bệnh nội trú ngày càng đông, có những lúc quá tải, trong khi chúng tôi phải vừa khám bệnh vừa ra y lệnh trong hồ sơ, không có thời gian để tư vấn cho BN, điều này cũng làm cho một số BN không hài lòng" (PVS NVYT)

***Sự phối hợp giữa các bộ phận trong khoa, trong bệnh viện.** Sự phối hợp tốt giữa các cá nhân hay bộ phận trong khoa trong công tác khám, điều trị và chăm sóc BN sẽ có tác động tích cực đến kết quả điều trị.

"Mỗi BS được giao thăm khám và điều trị một số phòng bệnh nhất định, Nếu có bệnh nặng, vượt khả năng chuyên môn của mình thì phải báo với trưởng khoa để cùng hội chẩn trong

khoa và đưa ra phương hướng giải quyết tốt nhất cho người bệnh, hạn chế được sai sót trong chuyên môn" (PVS NVYT)

IV. BÀN LUẬN

Tại BV tỉnh Ninh Thuận, tình trạng BS thiếu nên thời gian tư vấn và giải thích cho BN không có nhiều làm BN lo lắng và cảm thấy không an tâm, không hài lòng. Kết quả nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng người bệnh nội trú của tác giả Dương Văn Lợt tại trung tâm y tế huyện Đăk Glei, Kon Tum và tác giả Bùi Công Sự tại Bệnh viện Đa khoa huyện Krông Ana, Đăk Lắk thì vấn đề thiếu nhân lực BS và trình độ chuyên môn của NVYT không đồng đều, trình độ chuyên khoa sâu còn ít vẫn đang tồn tại ở các bệnh viện này và cũng đã gây ra ảnh hưởng tiêu cực đến sự hài lòng của người bệnh [6][7].

Tất cả các hoạt động KCB theo quy trình thường quy, các NVYT thực hiện đúng vai trò của mình giúp cho BN hài lòng hơn khi đến KCB. Tuy nhiên, BN còn than phiền về khâu làm thủ tục nhập viện lâu và đi lại nhiều lần giữa khoa nhập viện và khu làm thủ tục hành chính trong khi thang máy cho BN đi lại thì bị hạn chế. Tại BV huyện Đăk Glei, Kon Tum và bệnh viện đa khoa huyện Krông Ana, Đăk Lắk theo kết quả nghiên cứu của Dương Văn Lợt và Bùi Công Sự thì các khoa lâm sàng đều thực hiện theo quy trình đã xây dựng tuy nhiên trong quá trình thực hiện đều mắc phải những lỗi nhỏ và chính những lỗi nhỏ này đã gây ra ảnh hưởng tiêu cực đến sự hài lòng của người bệnh [6][7].

Nhìn chung sự phối hợp giữa các bộ phận trong khoa, trong BV cũng được một số BV thực hiện rất tốt, ở bệnh viện đa khoa huyện Krông Ana, Đăk Lắk theo kết quả nghiên cứu của Bùi Công sự thì tỷ lệ BN hài lòng về sự phối hợp tốt của các NVYT là 97,9% [7]. Tại bệnh viện huyện Đăk Glei, Kon Tum, kết quả nghiên cứu của Dương Văn Lợt là 96.58% [6]

V. KẾT LUẬN

Cơ sở vật chất phương tiện phục vụ người bệnh và khả năng tiếp cận ở bệnh viện cấp tỉnh cần đầu tư thêm để làm tăng sự hài lòng của bệnh nhân. Mặc dù, cơ sở hạ tầng mới xây dựng khang trang nhưng một số phương tiện kỹ thuật y khoa phục vụ người bệnh còn thiếu, chưa đáp ứng được nhu cầu của người bệnh trong khi lượng bệnh ngày càng tăng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2013),** Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện Số: 19/2013/TT-BYT, ngày12/7/2013
2. **Bộ Chính trị (2005),** Nghị quyết về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, số: 46-NQ/TW ngày 23/02/2005.
3. **Sở Nội vụ tỉnh Ninh Thuận (2015),** Công văn số 3081/SNV-CCHC ngày 10 tháng 12 năm 2015 về việc Góp ý dự thảo báo cáo kết quả khảo sát mức độ hài lòng của người dân đối với sự phục vụ của ngành Y tế.
4. **Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận (2017),** kết quả đo lường, đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú năm 2017 và đề xuất các giải pháp cải thiện.
5. **Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận (2018),** Báo cáo tổng kết công tác Bệnh viện năm 2017 và phương hướng hoạt động năm 2018, Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận.
6. **Dương Văn Lợt (2016),** "Sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại trung tâm y tế huyện Đắk Glei trong tháng 6 năm 2016"
7. **Bùi Công Sự (2017),** sự hài lòng của bệnh nhân điều trị nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện đa khoa huyện Krông Ana, tỉnh Đắk Lắk năm 2017, luận văn tốt nghiệp CKII, Đại học Y tế Công cộng.

NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TAI MŨI HỌNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRÀ VINH NĂM 2018

Nguyễn Tuyết Xương*, Trần Kiến Vũ**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: - Xác định các đặc điểm của bệnh TMH tại BVĐK Trà Vinh. - Xác định tỉ lệ từng loại bệnh TMH theo phân loại ICD 10, tỉ lệ các nhóm bệnh TMH và một số mối tương quan của chúng tại BVĐK Trà Vinh. ***Phương pháp nghiên cứu:*** Hồi cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán có bệnh TMH (Kể cả các bệnh nhân nhập viện, bệnh nhân được kê đơn và bệnh nhân chuyển tuyến trên điều trị) tại khoa TMH và phòng khám TMH BVĐK TRÀ VINH từ 1/1/2018 đến hết ngày 30/12/2018. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 17.0. ***Kết luận:*** Đặc điểm bệnh TMH: dân tộc khơme chiếm 64%, chủ yếu gặp ở lứa tuổi 16-60. Tỉ lệ bệnh TMH tại Bệnh viện: Các bệnh Mũi xoang: 47%, trong đó bệnh viêm mũi họng cấp có

**Bệnh viện Nhi Trung Ương*
***Bệnh viện đa khoa Trà Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuyết Xương
Email: nguyenxuongnhp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 23.5.2019
Ngày duyệt bài: 28.5.2019

tỉ lệ số BN cao nhất 20.6%, kế đến là bệnh viêm xoang mạn 7.0%. Các bệnh Họng thanh quản: 39.7%, trong đó bệnh viêm họng cấp có tỉ lệ số BN cao nhất 14.3%. Các bệnh bệnh Tai: 8.9%, trong đó bệnh viêm tai giữa nung mủ và không đặc hiệu có tỉ lệ số BN cao nhất 2.4%.

Từ khoá: cơ cấu bệnh TMH, Bệnh viện Trà Vinh

SUMMARY

TO STUDY THE DISEASE STRUCTURE OF EAR, NOSE AND THROAT OF TRA VINH HOSPITAL IN THE YEAR 2018

Objectives: The purpose of this study is to determine: - The characteristics of otorhinolaryngological diseases. -The prevalence of otorhinolaryngological diseases according to ICD 10 classification, the rate of groups of ENT diseases and some of their relationships. ***Materials and Methods:*** This is a retrospective cross – sectional research. Object of study: all patients were diagnosed with ENT disease (including patients admitted to the hospital and the patient was prescribed treatment and referral of patients) at the Department of ENT and ENT clinics Tra Vinh hospital from 1/1/2018 to 12/30/2018. To analyse and process data by SPSS 17.0. Conclusion: - Characteristics of otorhinolaryngological diseases: Kinh people accounted for 79%, common age is 16-60. - The prevalence of otorhinolaryngological diseases: The rhinosinus diseases: 47.0% (acute nasopharyngitis: 20.6%; Chronic sinusitis: 7.0%); The laryngeal diseases: 39.7% (acute pharyngitis have the highest proportion of patients 14.3%); The Ear diseases: 8.9% (including purulent otitis media and nonspecific have the highest rate of 2.4% of patients).

Key word: disease structure of Ear, Nose and Throat, Tra Vinh hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai Mũi Họng là bệnh pho biến ở nước ta do các yếu tố ảnh hưởng của khí hậu nhiệt đới nóng và ẩm, do ô nhiễm môi trường không khí và ảnh hưởng của biến đổi khí hậu đang gia tăng. Các bệnh viêm mũi xoang, viêm tai giữa, viêm họng là những bệnh thường gặp ở cộng đồng do ảnh hưởng của biến đổi khí hậu, vệ sinh môi trường kém và nhất là ở các nước chậm phát triển. Từ trước tới nay đã có nhiều công trình nghiên cứu mô hình bệnh Tai Mũi Họng ở cộng đồng, Tuy nhiên cùng với sự phát triển công nghiệp hóa và giao thông đã làm gia tăng mạnh mẽ các yếu tố ảnh hưởng môi trường kết hợp với các điều kiện sống và những tập tục của đồng bào dân tộc đã làm gia tăng các bệnh Tai Mũi Họng ở cộng đồng. Tại Bệnh viện đa khoa Trà Vinh có khoa TMH với 20 giường và phòng khám khá đầy đủ trang thiết bị chuyên khoa, hàng năm đã điều trị ngoại, nội trú cho từ 9 đến 13 ngàn bệnh nhân (BN), tuy nhiên chưa có nghiên cứu cụ thể nào về cơ cấu bệnh TMH. Việc xác định được mô hình bệnh tật, dự báo bệnh tật cũng như quản lý tốt bệnh TMH trên địa bàn là việc làm có ý nghĩa lớn giúp chúng ta nắm được tình hình bệnh tật, để từ đó cùng với các cơ quan ban ngành địa phương có kế hoạch giáo dục sức khoẻ cho cộng đồng, giúp phòng ngừa và điều trị tốt các bệnh TMH nhằm tránh mắc bệnh và các biến chứng nguy hiểm, nhằm hạn chế loại bỏ các yếu tố nguy cơ, sẽ góp phần giảm tỷ lệ bệnh Tai Mũi Họng của cộng đồng góp phần vào công tác chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho nhân dân. Xuất phát từ những vấn đề nêu trên chúng tôi tiến hành đề tài: *"Nghiên cứu cơ cấu bệnh tai mũi họng tại BVĐK Trà Vinh năm 2018"* nhằm mục tiêu nghiên cứu sau: *1. Xác định các đặc điểm của bệnh TMH tại BVĐK Trà Vinh. 2. Xác định tỉ lệ từng loại bệnh TMH theo phân loại ICD 10, tỉ lệ các nhóm bệnh TMH và một số mối tương quan của chúng tại BVĐK Trà Vinh. 2. Xác định tình hình điều trị bệnh TMH tại BVĐK Trà Vinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: - Bệnh nhân tới khám tại phòng khám và khoa TMH, thuộc BVĐK Trà Vinh và được chẩn đoán có bệnh lý TMH (Kể cả các bệnh nhân ĐT nội trú, ĐT ngoại trú và ĐT vượt tuyến), trong năm 2018.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: tại BVĐK Trà Vinh (TP Trà Vinh).

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1.Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2.Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Danh sách bệnh nhân khám chữa bệnh lưu trữ trong phần mềm khám bệnh của phòng khám và khoa TMH đạt các tiêu chí sau:

- Những danh sách bệnh nhân có chẩn đoán bệnh lý TMH (Kể cả các bệnh nhân nhập viện, bệnh nhân được kê đơn và bệnh nhân chuyển tuyến trên điều trị) tại khoa TMH và phòng khám TMH BVĐK Trà Vinh.

- Được khám, kê đơn hoặc nhập viện điều trị trong thời gian từ 1/1/2018 đến hết ngày 30/12/2018.

- Nếu trên cùng bệnh nhân có nhiều bệnh thuộc TMH lấy chẩn đoán bệnh chính.

- Nếu có kèm bệnh lý khoa khác chọn bệnh lý TMH

2.3.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không thuộc diện nghiên cứu đối với những trường hợp khám sức khỏe.

- Danh sách BN không đầy đủ thông tin giúp cho việc nghiên cứu.

2.3.4. Phương pháp nghiên cứu

- Hồi cứu qua danh sách khám chữa bệnh được lưu trữ trong phần mềm khám bệnh trên máy vi tính của phòng khám, và của khoa TMH BVĐK Trà Vinh, qua đó thu thập những biến số cần nghiên cứu như:

- Biến số về tỉ lệ từng bệnh cụ thể được phân

loại theo bảng phân loại bệnh Quốc tế ICD 10.

- Biến số về nhóm bệnh: Được chia thành 5 nhóm bệnh sau: nhóm bệnh về tai, nhóm bệnh về mũi xoang, nhóm bệnh về họng thanh quản, nhóm bệnh về chấn thương TMH và nhóm bệnh khác của TMH.

- Biến số về tuổi: Được chia thành các nhóm như sau: nhóm < 5 tuổi, nhóm 6-15 tuổi, nhóm 16-60 tuổi và nhóm > 60 tuổi

- Biến số về thành phần dân tộc: Gồm DT Kinh, DT Khơme và DT khác.

- Biến số về nghề nghiệp: Được chia thành 7 nghề nghiệp sau: nhỏ (Chưa có nghề nghiệp), làm nông, công nhân, viên chức, học sinh-Sinh viên, già và nghề khác.

2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu thu thập được bằng phần SPSS 15.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong năm 2018 tại phòng khám TMH BVĐK Trà Vinh có tất cả 12480 lượt bệnh nhân tới khám bệnh, thống kê số liệu được thể hiện như sau:

3.1. Tỉ lệ bệnh TMH theo phân loại Quốc tế ICD 10.

Bảng 1: Tỉ lệ bệnh TMH

Nhóm bệnh	Tên bệnh	Mã ICD10	Số BN	Tỉ lệ (%)
Tai	Viêm tai ngoài	H60	209	1.7
	Viêm tai giữa không nung mủ	H65	362	2.8
	Viêm tai giữa nung mủ và không đặc hiệu	H66	298	2.4
	Viêm tai giữa tiết nhầy mạn	H65.3	152	1.2
	Thủng màng nhĩ	H72	21	0.2
	RL chức năng tiền đình	H81	60	0.5
	Nút ráy tai	H61.2	25	0.2
	Viêm xương chũm và tình trạng liên quan	H70	16	0.1
Mũi Xoang	Viêm mũi họng cấp (Cảm thường)	J00	2527	20,2
	Viêm mũi, viêm mũi họng.	J31	833	6.6
	Viêm mũi do vận mạch và dị ứng	J30	128	1.0
	Chảy máu cam	R04.0	477	3.8
	Lệch vách mũi	J34.2	23	0.2
	Polyp mũi	J33	104	0.8
	Viêm xoang cấp	J01	606	4.8
	Viêm xoang mạn	J32	879	7.0
	U nang và u nhầy của xoang mũi	J34.1	186	1.5
	Vật lạ trong mũi, trong TQ (Dị vật đường ăn, đường thở)	T17.0	145	1.2
Họng-TQ	Viêm họng cấp	J02	1793	14.3
	Viêm họng mạn	J31.2	1650	13.1
	Viêm Amiđan cấp	J03	1257	10.0
	Abces quanh Amiđan	J36	20	0.2
	Viêm TQ và KQ cấp	J04	62	0.5
	Viêm TQ và viêm thanh khí quản mạn	J37	38	0.3
	Viêm tuyến nước bọt	K11.2	40	0.3
	Nốt nhỏ dây thanh âm	J38.2	41	0.3
	Bướu ác của hầu và miệng	C10	14	0.1
	Viêm họng thanh quản cấp	J36.0	55	0.4
	Bệnh mạn tính của Amiđan và sùi dạng tuyến	J35	22	0.2
Chấn thương TMH	Vỡ xương sọ và xương mặt	S02	162	1.3
	Vỡ xương mũi	S02.2	80	0.6
	Vết thương TMH hở (Vết thương TQ, KQ, ống tai…)	J01.2	32	0.3
Bệnh TMH khác	Bệnh khác của tai (Tai ngoài, tai trong)	H61	143	1.1
	Bệnh khác của mũi và xoang mũi (Gai VN, vẹo VN..)	J34	34	0.3
	Bệnh khác của họng (Viêm VA, nang giáp móng…)	J39.2	86	0.7
Tổng			**12560**	**100**

Nhận xét: có 3 bệnh thường gặp nhất với số lượng chiếm hơn 1 ngàn lượt khám, điều trị/năm đứng đầu là viêm mũi họng cấp (Cảm thường) 20.2%, kế đến là bệnh Viêm họng cấp 14,3% và thứ ba là viêm Amidan 10.0%. Có ba bệnh ít gặp nhất đó là: Viêm xương chũm và tình trạng liên quan 0,1%, bướu ác của hầu và miệng 0.1 %, abces quanh Amiđan 0,2%.

3.2. Tỉ lệ bệnh TMH phân theo nhóm bệnh.

Bảng 2: tỉ lệ bệnh TMH phân theo nhóm.

Nhóm bệnh	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Tai	1123	8,9
Mũi xoang	5908	47,0
Họng thanh quản	4992	39,7
Chấn thương TMH	274	2.3
Bệnh khác của TMH	263	2.1
Tổng	**12560**	**100**

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy trong 5 nhóm bệnh thì nhóm mũi xoang là thường gặp nhất có 5828 BN chiếm 46.7% tổng số bệnh, kế đến là nhóm họng-TQ, nhóm tai, nhóm bệnh khác của TMH và cuối cùng là nhóm chấn thương TMH ít gặp nhất 263 BN chiếm 2.1% tổng số bệnh.

3.3. Tỉ lệ bệnh TMH phân bố theo độ tuổi.

Phân Bố Theo Độ Tuổi	Số BN	Tỷ Lệ (%)
Nhỏ hơn 5 tuổi	2595	20.6
Từ 6 – 15 tuổi	2134	17,0
Từ 16 – 60 tuổi	6190	49.3
Lớn hơn 60 tuổi	1641	13.1
Tổng cộng	**12560**	**100%**

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy bệnh TMH tập trung nhiều ở độ tuổi từ 16-60 tuổi có tới BN chiếm 49.3%, kế đến là nhóm <6 tuổi có BN chiếm 20.6%. Nhóm tuổi ít mắc bệnh nhất là nhóm >60 tuổi có BN chiếm 13.1%.

3.4. Tỉ lệ bệnh TMH phân bố theo thành phần dân tộc:

Bảng 3: Tỉ lệ bệnh phân bố theo thành phần dân tộc.

Thành phần dân tộc	Số BN	(%) theo bệnh
DT Khơme	8042	64.0
DT Kinh	4268	34.0
DT khác	250	2.0
Tổng	**12560**	**100.0**

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy bệnh TMH tập trung nhiều nhất ở người Khơme có 8042 BN chiếm 64%, kế đến là DT Kinh 4268 BN chiếm 34,0% và DT khác có số lượng BN thấp nhất 250 BN chiếm 2.0%.

3.5. Tỉ lệ bệnh phân bố theo nghề nghiệp:

Bảng 4: Tỉ lệ bệnh TMH phân bố theo nghề nghiệp.

Nghề nghiệp	Số lượng BN	Tỉ lệ(%)
Nhỏ (chưa có NN)	2930	23.3
Làm Nông	4168	33.2
Công nhân	2456	19.5
Viên chức	950	7.6
Hs – Sv	1055	8.4
Già	794	6.3
Nghề khác	207	1.7

Nghề nghiệp	Số lượng BN	Tỉ lệ(%)
Nhỏ (chưa có NN)	2930	23.3
Làm Nông	4168	33.2
Công nhân	2456	19.5
Viên chức	950	7.6
Hs – Sv	1055	8.4
Già	794	6.3
Nghề khác	207	1.7
Tổng	**12560**	**100.0**

Nhận xét: Qua 7 nghề nghiệp ở bảng 3.7 cho thấy: nghề làm nông là nghề có số lượng BN đông nhất 4168 BN (33.2%), đối tượng nhỏ (Chưa có nghề nghiệp) cao thứ hai 2930 BN (23.3%), Công Nhân có số lượng BN đông thứ ba 2456 BN (19,5%), kế đến là HS-SV 1055 BN (8.4%), đối tượng viên chức có 950 BN (7.6%), Người Già 794 BN (6.3%), cuối cùng là đối tượng nghề khác có tỉ lệ mắc thấp nhất 207 BN (1.7%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Bàn luận về tình hình chung: Qua nghiên cứu tổng số 12560 lượt BN tới khám và điều trị bệnh TMH tại BVĐK Trà Vinh năm 2018 chúng tôi nhận thấy rằng: Bệnh TMH thường gặp nhất là bệnh về mũi xoang có tới 5908 lượt BN tới khám chiếm 47.0% trong tổng số bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phùng Minh Lương "Tìm hiểu cơ cấu bệnh lý TMH tại BV tuyến tỉnh Tây Nguyên năm 2007" có tỉ lệ bệnh mũi xoang là 36,92%, (cao nhất trong tổng số bệnh). Các bệnh như viêm mũi họng cấp (Cảm thường), viêm mũi dị ứng và viêm xoang cấp mạn có tỉ lệ cao có thể là do đặc điểm của khí hậu tỉnh Trà Vinh, cùng với sự mất cân bằng về sinh thái, ô nhiễm môi trường sống là những yếu tố thuận lợi gây ảnh hưởng đến hệ mũi xoang.

Về độ tuổi mắc bệnh chúng tôi nhận thấy rằng có sự khác biệt trong 4 nhóm tuổi được chia. Bệnh TMH tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 16-60 tuổi 49.3%. Vì theo thống kê thì nhóm tuổi này có số lượng người dân đông nhất. Mặt khác lứa tuổi này nằm trong độ tuổi lao động, chính vì thế họ thường xuyên phải lao động nặng và cũng thường xuyên phải tiếp xúc với môi trường có nhiều nguy cơ hơn.

Về thành phần dân tộc: Qua bảng 3.5 có thể thấy tỉ lệ số BN TMH tập trung nhiều nhất ở DT Khơme và DT khác là ít nhất. Sự khác biệt này có thể là do phong tục tập quán, vệ sinh môi trường kém, điều kiện làm việc còn chưa đảm bảo dẫn đến việc chưa có điều kiện quan tâm chăm sóc cho sức khỏe của đồng bào.

Về nghề nghiệp chúng tôi nhận thấy rằng bệnh TMH có tỉ lệ số BN nhiều nhất ở nghề làm

nông chiếm 33.2%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phùng Minh Lương "Tìm hiểu cơ cấu bệnh lý TMH ở BV tuyến tỉnh Tây nguyên năm 2007" có tỉ lệ bệnh ở nghề nông cao nhất (49.6%). Có thể giải thích rằng nghề làm nông họ thường xuyên phải làm những công việc nặng nhọc và cũng thường xuyên phải tiếp xúc với điều kiện khí hậu khắc nghiệt, môi trường ô nhiễm.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm bệnh TMH

- Tỉ lệ số BN mắc bệnh TMH tập trung nhiều ở lứa tuổi 16-60 tuổi 49.6%.
- Tỉ lệ số BN mắc bệnh TMH ở DT Khơme chiếm 63.8%.
- Nghề làm nông là nghề có tỉ lệ số BN cao nhất chiếm 36.1%.

5.2. Tỉ lệ bệnh TMH tại Bệnh viện:

- Nhóm bệnh về Mũi xoang: 47.0%, trong đó bệnh viêm mũi họng cấp (cảm thường) có tỉ lệ số BN cao nhất 20.6%, kế đến là bệnh viêm xoang mạn 7.0%
- Nhóm bệnh về Họng thanh quản: 39.7%, trong đó bệnh viêm họng cấp có tỉ lệ số BN cao nhất 14.3%.
- Nhóm bệnh Tai: 8.9%, trong đó bệnh viêm tai giữa không nung mủ có tỉ lệ số BN cao nhất 2.9%.
- Nhóm bệnh khác của TMH: 6.9%.
- Nhóm bệnh về chấn thương TMH: 1.6%.

KIẾN NGHỊ

- Nghành Y Tế tỉnh Trà Vinh nói chung và chuyên nghành TMH nói riêng kết hợp cùng các ban nghành đoàn thể trên địa bàn cần có kế hoạch về vệ sinh môi trường, truyền thông GDSK, tập huấn cho nhân viên Y tế cơ sở và Y tế phường, xã về bệnh TMH. Đầu tư hơn nữa về trang thiết bị, thuốc men và con người… Nhằm dự phòng, điều trị tốt hơn bệnh TMH cho đồng bào.
- Tiếp tục có những nghiên cứu sâu rộng hơn tìm ra các yếu tố liên quan, nhằm tìm ra nguyên nhân của các sự khác biệt nói trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Đức (1980).** Những bệnh thông thường về họng. NXB Y Học Hà Nội.
2. **Phạm Thế Hiền, Nguyễn Hữu Khôi, Huỳnh Khắc** Cường "Nghiên cứu mô hình một số bệnh TMH ở người lớn và các yếu tố dịch tễ liên quan tại tỉnh Cà Mau". Y Học TP HCM, Tập 8 phụ bản số 1/2004.
3. **Phùng Minh Lương** "Tìm hiểu cơ cấu bệnh lý TMH tại Bệnh Viện tuyến tỉnh ở Tây Nguyên 2007". Y Học thực hành, số 1/2009 (641+642).
4. **Nguyễn Đình Tạo** "Điều kiện tự nhiên". http//www.lamdong.gov.vn/vi-VN home/ about/Pages/ dieu_kien_tu_nhien
5. **Võ Tấn (1991).** Tai Mũi Họng thực hành tập I,II,III. NXB Y Học.
6. **Nguyễn Bá Thiện** "Mô hình bệnh TMH từ 1998-2001 tại BVĐK Khánh Hòa ".http// www.ykhoanet.com/ MO HINH TMH 1.htm.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐỊNH DANH VI KHUẨN TRONG VIÊM MŨI XOANG CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Đỗ Hoàng Quốc Chinh*, Nguyễn Thị Khánh Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học và đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang ở trẻ em. ***Đối tượng và phương pháp:*** Nghiên cứu mô tả trên 89 bệnh nhân ≤ 15 tuổi trong đó 61,8% là nam và 38,2% là nữ, 70,8% có độ tuổi từ 6-15 được chẩn đoán viêm mũi xoang và điều trị tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ 9/2015 đến 12/2016. ***Kết quả:*** Nhóm tuổi 6-10 chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,0%, nhóm tuổi 11-15 chiếm tỷ lệ thấp nhất 19,6%. Nam gặp nhiều hơn nữ (58,8% và 32,2%). Chảy mũi gặp ở 100% bệnh nhân và đau đầu gặp ít nhất 21,6%. Phù nề niêm mạc gặp ở 100% bệnh nhân và mủ đặc ở khe giữa là chủ yếu với 94,1%, mủ đặc trắng chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,7%. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 76,5%; vi khuẩn gram dương 45,1% và vi khuẩn gram âm là 31,4%. Gặp nhiều nhất là H. influenzae với 25,5%. Streptococcus gặp ít nhất là 3,9%. ***Kết luận:*** Nhóm tuổi 6-10 chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,0%. Chảy mũi gặp ở 100% bệnh nhân. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 76,5%; vi khuẩn gram dương 45,1% và vi khuẩn gram âm là 31,4%. Gặp nhiều nhất là H. influenzae với 25,5%. Streptococcus gặp ít nhất là 3,9%.

**Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân
Email: khanhvantmhtw@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019
Ngày duyệt bài: 29.5.2019

SUMMARY

STUDY CLINICAL SYMTOMS, NAME OF BACTERIA OF ACUTE RHINOSINUSITIS IN CHILDREN IN CENTRAL E.N.T HOSPITAL

Objectives: To study clinical characteristics, name of bacteria in children with acute rhinosinusitis. ***Objects and methods:*** Descriptive study in 51 patients with aged ≤ 15 years, diagnosed with rhinosinusitis and treated at the National Hospital of

Otolaryngology from 9/2015 to 12/2016. ***Results:*** This study: group 6-10 year is the most rate with 51,0%, group 11-15 year is at least rate with 19,6%. Male is more female (58,8% and 32,2%). Rhinorrhea is seen in 100% of cases and headache is found at least with 21,6%. The most common bacterium is H.influenzae with 25,5%, Streptococcs is found at least with 3,9%. Male nature rate is 76,5%; gram (+) is 45,1% and gram (-) is 31,4%. White thick pus accounts for the highest percentage of 39.4%, of which, caused almost by H.influenzae with 39,3%. ***Conclusions:*** Group 6-10 year is the most rate with 51,0%. Rhinorrhea is seen in 100% of cases. Male nature rate is 76,5%; gram (+) is 45,1% and gram (-) is 31,4%. The most common bacterium is H. influenzae with 25.5%.

Key words: Rhinosinusitis, children, clinical, name of bacteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang cấp ở trẻ em là một bệnh hay gặp trong chuyên khoa Tai – Mũi – Họng, xuất hiện ở mọi lứa tuổi, ảnh hưởng tới học tập, lao động, quá trình sinh hoạt và có thể dẫn tới những biến chứng nặng nề.

Viêm mũi xoang được định nghĩa bằng sự phản ứng viêm của niêm mạc hốc mũi và xoang có thể có hoặc không bao gồm tổn thương xương. Viêm mũi xoang được phân loại thành viêm mũi xoang cấp và mạn tính theo Hội mũi xoang châu Âu dựa vào thời gian mắc bệnh, thời gian mắc bệnh dưới 12 tuần là viêm mũi xoang cấp tính, thời gian mắc bệnh trên 12 tuần là viêm mũi xoang mạn tính.

Ở Mỹ, viêm mũi xoang đã trở thành bệnh phổ biến rộng rãi, ảnh hưởng tới hơn 14% dân số và xu hướng trở thành mạn tính. Chi phí điều trị cho viêm mũi xoang cấp tính người lớn ở Mỹ là 6,9 đến 9,9 tỷ USD hàng năm. Ở Việt Nam, theo điều tra bệnh lý Tai Mũi Họng học đường thì tỷ lệ viêm mũi xoang là 6,3% ở Hà Nội và 6,6% ở thành phố Hồ Chí Minh.

Viêm mũi xoang ở trẻ em do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên như vius, vi khuẩn, dị ứng, vẹo vách ngăn, hội chứng trào ngược dạ dày thực quản hay chấn thương… Khởi đầu quá trình viêm thường do virus, nếu ở người lớn chỉ có 0,5 – 13% phát triển thành viêm mũi xoang nhiễm khuẩn, thì ở trẻ em có tới 80% số viêm mũi xoang do virus phát triển thành viêm mũi xoang nhiễm khuẩn. Với đặc điểm khí hậu nóng ẩm, môi trường ô nhiễm đặc biệt là ô nhiễm không khí khiến các bệnh lý nhiễm khuẩn đường hô hấp nói chung và bệnh viêm mũi xoang ở trẻ em nói riêng ngày càng gia tăng ở Việt Nam.

Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương là đơn vị đầu ngành về Tai Mũi Họng trong cả nước, là nơi phát hiện và điều trị cho các bệnh lý về Tai Mũi Họng nói chung, trong đó có bệnh lý viêm mũi xoang ở cả người lớn và trẻ em. Nhằm góp phần vào việc chẩn đoán và điều trị viêm mũi xoang ở trẻ em, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: *"Đặc điểm lâm sàng và định danh vi khuẩn trong viêm mũi xoang cấp ở trẻ em tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương"* với 2 mục tiêu:

1.Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang cấp ở trẻ em tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương.

2.Định danh vi khuẩn trong viêm mũi xoang cấp ở trẻ em tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 51 bệnh nhân dưới 15 tuổi được khám và chẩn đoán viêm mũi xoang cấp. Bệnh nhân chưa dùng kháng sinh hoặc ngừng dùng kháng sinh trên 7 ngày.

2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9 năm 2015 đến tháng 12 năm 2016.

4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả từng trường hợp.

Phương tiện nghiên cứu: Bộ nội soi mũi xoang Karl Stortz

Bộ dụng cụ thử vi khuẩn của mũi xoang:

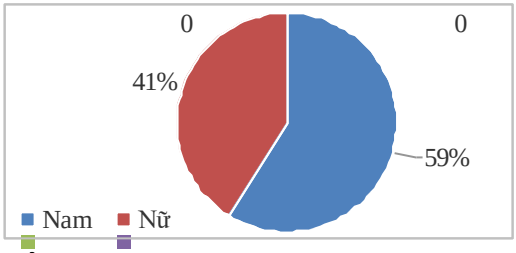
- Tăm bông và ống đựng tăm bông vô khuẩn.
- Kính hiển vi.
- Môi trường nuôi cấy vi khuẩn: Là môi trường phong phú bao gồm Blood agar (tạo ra 2 môi trường thạch máu và chocola) và Mueller-hinton (tạo ra môi trường thạch thường).

5. Phương pháp xử lý số liệu: Theo phương pháp toán thống kê y học, nhập số liệu và xử lý bằng chương trình SPSS v.20

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
<5 tuổi	15	29,4
6-10	26	51,0
11-15	10	19,6
Tổng	**51**	**100**

Nhận xét: Bệnh nhân ít tuổi nhất là 3 tuổi và bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 15 tuổi. Các bệnh nhân được chia theo 3 nhóm tuổi: Nhóm tuổi 6-10 chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,0%, nhóm tuổi dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ 29,4%, nhóm tuổi 11-15 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 19,6%.

Về tuổi: Bệnh nhân ít tuổi nhất là 3 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 15 tuổi. Các bệnh nhân được chia theo 3 nhóm tuổi: ≤ 5 tuổi, 6-10 tuổi, >10 tuổi. Nhóm tuổi 6-10 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,0%, nhóm tuổi 11-15 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 19,6%. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Hường năm 2011 với nhóm tuổi 6-10 chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,7%, không gặp nhóm tuổi 11-15. Điều này có thể giải thích là do ở lứa tuổi tiểu học 6-10 tuổi, trẻ bắt đầu phải tự lập, tự chăm sóc bản thân và tham gia các hoạt động ở trường lớp, tiếp xúc với môi trường, không còn được cha mẹ và cô giáo chăm sóc cẩn thận như độ tuổi mẫu giáo nên khả năng mắc bệnh cao hơn nhóm dưới 6 tuổi. Và ở trẻ lớn từ 11-15 tuổi, khả năng tự chăm sóc bản thân cũng như các hiểu biết về ý thức giữ gìn vệ sinh tốt hơn nên tỷ lệ mắc bệnh là thấp nhất trong ba nhóm tuổi.

Về giới: Bệnh viêm mũi xoang ở trẻ em gặp ở cả hai giới nam và nữ. Tuy nhiên, tỷ lệ nam chiếm 58,8% cao hơn nhóm nữ 41,2%, tỷ lệ nam/nữ là 1,4; có thể nguyên nhân do trẻ nam thường hiếu động hơn và ý thức giữ gìn vệ sinh kém hơn nữ nên tỷ lệ mắc bệnh cao hơn so với nữ. Cũng có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn nên có sự chênh lệch về tỷ lệ nam nữ. Kết quả này tương tự với tác giả Nguyễn Thị Bích Hường năm 2011 gặp ở nam là 62,5% và 37,5% ở nữ, Phạm Thị Bích Thủy năm 2012 gặp ở nam là 53,63% và 46,37% ở nữ.

3.2. Các triệu chứng cơ năng

3.2.1. Phân bố các triệu chứng cơ năng

Bảng 3.2. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy mũi	51	100
Ngạt mũi	28	54,9
Ho	21	41,2
Đau đầu	11	21,6

Các triệu chứng cơ năng trong nghiên cứu này đó là: chảy mũi, ngạt mũi, ho, đau đầu, hắt hơi. Trong đó, chảy mũi và ngạt mũi là hai triệu chứng hay gặp trên các trường hợp của nghiên cứu này, đặc biệt chảy mũi gặp ở 100% các trường hợp. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Hường (2011) và Phạm Thị Bích Thủy (2012). Có thể lý giải do đây là các triệu chứng dễ nhận biết ở trẻ nhất. Triệu chứng ngạt mũi gặp ở 54,9% các trường hợp. Triệu chứng đau đầu ít gặp nhất với 21,6%, và thường gặp ở những trẻ lớn, có 1 trường hợp gặp ở trẻ nhỏ với bệnh cảnh rất nặng. Sở dĩ triệu chứng đau đầu gặp ít như vậy có thể do ở trẻ khó diễn tả sự đau đầu của bản thân.

Về phân bố các triệu chứng cơ năng của viêm mũi xoang cấp ở trẻ em trong nghiên cứu này hai triệu chứng chảy mũi và ngạt mũi là những triệu chứng thường gặp và cũng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của trẻ nhiều. Chính vì vậy hai triệu chứng này là hai triệu chứng chính trong tiêu chuẩn chẩn đoán viêm mũi xoang trẻ em của Hội Mũi Xoang Châu Âu 2012.

3.2.2. Các triệu chứng cơ năng khác

Bảng 3.3. Phân bố các triệu chứng cơ năng khác

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sốt	37	72,5
Giảm ngửi, mất ngửi	3	5,9
Khụt khịt	11	21,6
Hơi thở hôi	4	7,8
Hắt hơi	14	27,5
Nôn/Buồn nôn	1	2,0
Chảy tai	5	9,8

Ngoài các triệu chứng cơ năng chính trong tiêu chuẩn chẩn đoán viêm mũi xoang cấp hay gặp ở trên, còn có một số triệu chứng cơ năng khác cũng hay gặp trên lâm sàng. Sốt gặp ở 37/51 trường hợp chiếm 72,5% cho thấy sốt thường gặp ở các bệnh nhân viêm mũi xoang cấp tính hơn là mạn tính. Khụt khịt gặp ở 11/51 trường hợp chiếm 21,6%. Khụt khịt là do dịch mủ đọng ở trên đường hô hấp trên, khi hít vào, thở ra luồng không khí đi qua nơi đọng dịch đó tạo ra. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Phạm Thị Bích Thủy (2011). Triệu chứng nôn và buồn nôn chỉ gặp ở 1/51 các trường hợp chiếm 2,0%, nôn và buồn nôn là do mủ chảy từ mũi xoang xuống vòm mũi họng và xuống thành sau họng kích thích gây ra. Nôn và buồn nôn cũng có thể gặp ở trẻ nhỏ do chưa biệt khạc đờm ra. Hơi thở hôi là do mủ ứ đọng làm cho vi khuẩn kỵ khí thuận lợi phát triển mà tạo ra mùi hôi. Hơi thở hôi gặp ở 4/51 trường hợp với 7,8%, triệu chứng này cũng hay gặp ở trẻ nhỏ vì chưa biết khạc đờm và chưa biết xì mũi, do đó mủ ứ đọng ở mũi xoang lâu ngày sinh ra mùi hôi.

3.3. Hình ảnh nội soi mũi

3.3.1. Tình trạng chung của hốc mũi, vòm họng

Bảng 3.4. Tình trạng chung của hốc mũi, vòm họng

Tình trạng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phù nề niêm mạc	51	100,0

VA quá phát	12	23,5
Vẹo vách ngăn	1	2,0
Polyp	0	0

Nhận xét: Triệu chứng phù nề niêm mạc gặp ở 100,0% các trường hợp, tiếp theo là VA quá phát với 23,5%, ít gặp nhất là vẹo vách ngắn với 2,0%, không gặp trường hợp nào có polyp.

Triệu chứng thực thể hay gặp nhất trên nội soi là phù nề niêm mạc với 100%, tất cả các trường hợp đều có triệu chứng này, có lẽ chính vì vậy mà trong tiêu chí chẩn đoán của Hội Mũi Xoang Châu Âu đã chọn triệu chứng này. Phù nề niêm mạc là do quá trình viêm mà hình thành nên, và phù nề lại gây ra tắc nghẽn các lỗ thông xoang lại gây ra viêm, tạo ra vòng xoắn bệnh lý của viêm mũi xoang. VA quá phát gặp ở 12/89 trường hợp với 23,5%, triệu chứng thực thể này làm cho con đường vận chuyển niêm dịch từ mũi xoang xuống họng bị cản trở, mủ và vi khuẩn sẽ ứ đọng ở các khe rãnh trên bề mặt tổ chức VA dẫn đến quá trình viêm thêm nặng nề, đồng thời vi khuẩn tạo ra biofilm làm cho việc điều trị khó khăn hơn. Vẹo vách ngăn gặp ở 1/51 các trường hợp chiếm 2,0%, đây cũng là những yếu tố gây cản trở cho quá trình dẫn lưu của mũi xoang tạo điều kiện thuận lợi cho viêm mũi xoang. Đặc biệt polyp mũi thì không gặp trường hợp này, điều này khác biệt so với viêm mũi xoang ở người lớn. Kết quả của Hà Mạnh Cường cho thấy có 37/40 bệnh nhân có niêm mạc mũi nề mọng, của Nguyễn Thị Bích Hường có 11/48 bệnh nhân có dấu hiệu VA quá phát.

3.3.2. Hình ảnh nội soi khe giữa

Bảng 3.5. Hình ảnh nội soi khe giữa

Tình trạng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Niêm mạc nề		51	100,0
Mủ	Mủ nhày	1	2,0
	Mủ đặc trắng	25	49,0
	Mủ đặc vàng	15	29,4
	Mủ đặc xanh	10	19,6

Khe giữa ảnh hưởng rất lớn đến sự dẫn lưu của các xoang. Hình ảnh nội soi khe giữa có nề niêm mạc và mủ ở khe giữa gặp ở 100% các trường hợp. Tình trạng mủ ứ đọng ở khe giữa phần lớn là mủ đặc với 94,1% và còn lại là mủ nhày đặc 5,9%. Kết quả này tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Bích Hường. Khi niêm mạc khe giữa phù nề và mủ đọng ở khe giữa làm cho khe giữa hẹp lại làm cản trở quá trình dẫn lưu của các xoang và góp phần tạo ra vòng xoắn bệnh lý của viêm mũi xoang. Do vậy trong quá trình điều trị viêm mũi xoang kết hợp cho kèm thuốc giảm phù nề và hút mũi cũng đóng một vai trò nhất định trong hiệu quả điều trị. Qua đó cho thấy tính chất mủ khe giữa và nề niêm mạc là những triệu chứng chính trong tiêu chí chẩn đoán viêm mũi xoang trẻ em của Hội Mũi Xoang Châu Âu.

3.4. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn

3.4.1. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn. Từ dịch mủ lấy ở khe giữa của bệnh nhân, tiến hành nuôi cấy và định danh vi khuẩn. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính và phân bố theo đặc điểm nhuộm Gram được trình bày dưới bảng sau:

Bảng 3.6. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn

Kết quả nuôi cấy		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Âm tính		12	23,5
Dương tính	Gram(+)	23	45,1
	Gram(-)	16	31,4
Tổng		51	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 76,5%, không có trường hợp nào dương tính với 2 chủng vi khuẩn trở lên. Vi khuẩn Gram (+) chiếm 45,1% các chủng vi khuẩn trong nghiên cứu và 31,4% là vi khuẩn Gram (-).

Trong 51 trường hợp viêm mũi xoang ở trẻ em được nghiên cứu, kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính từ dịch được lấy ở khe mũi giữa là 76,5%.

Kết quả nuôi cấy dương tính với một số vi khuẩn gây bệnh trong nghiên cứu này cao hơn của Lê Công Định (1993) với 48,4%, Nguyễn Thị Bích Hường (2011) với 45,8%, Paul J. D, Jack L.G, Dale H.R với 61,9%, tương tự với kết quả của Chan J, Hadley J với 71,0% và thấp hơn kết quả Trịnh Thị Hồng Loan (2003) với 86,%. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính cao hơn có thể được giải thích là do trong nghiên cứu này các trường hợp chủ yếu ở các tỉnh và vùng nông thôn, việc sử dụng những kháng sinh thế hệ cũ không có hiệu quả trong việc tiêu diệt vi khuẩn nên khi nuôi cấy, khả năng bắt được vi khuẩn là cao. Một số mẫu nuôi cấy âm tính có thể do các bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh mạnh và kéo dài tại các bệnh viện trung ương nên khi vào viện làm nuôi cấy vi khuẩn không mọc. Một nguyên nhân nữa có thể làm cho các mẫu nuôi cấy có kết quả âm tính là vai trò của các vi khuẩn yếm khí. Do điều kiện phòng xét nghiệm, một các loại vi khuẩn yếm khí chưa được phân lập nên chưa đánh giá được vai trò của vi khuẩn yếm khí, mà theo nhiều tác giả thì vi khuẩn yếm khí có vai trò rất lớn trong viêm mũi xoang mạn tính. Trong nghiên cứu của các tác giả trong nước Nguyễn Đình Bảng thấy vi khuẩn yếm khí chiếm 35%, của Huỳnh Khắc Cường khoảng 30%. Trong nghiên cứu của các tác giả nước

ngoài, tỉ lệ vi khuẩn yếm khí trong viêm mũi xoang: Lund 30%, Simoncelli 21,7%. Mặc dù các tác giả công bố các kết quả khách quan trong các nghiên cứu của mình, nhưng các kết quả này đều khẳng định vai trò gây bệnh của vi khuẩn yếm khí trong bệnh viêm mũi xoang.

Trong số vi khuẩn phát hiện được trong nghiên cứu này có 59,0% là vi khuẩn Gram (+), 41,0% là vi khuẩn Gram (-). Bảng 3.16 cho thấy chủng vi khuẩn gặp nhiều nhất là Haemophilus influenzae với 25,5%, tiếp đến là Coagulase negative Staphylococcus 15,7%. Các chủng M.catarrhalis và Streptococcus gặp ít nhất có tỷ lệ lần lượt là: 7,8% và 3,9%.

3.3.2. Sự phân bố các chủng vi khuẩn

Bảng 3.7. Sự phân bố các chủng vi khuẩn

Tuổi / Vi Khuẩn	3-5 tuổi		6-10 tuổi		10-15 tuổi		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
H. influenzae	5	**9,8**	7	**13,7**	1	**2.0**	13	**25,5**
Streptococcus	0	**0,0**	2	**3,9**	0	**0,0**	2	**3,9**
S. pneumoniae	1	**2,0**	4	**7,8**	2	**3,9**	7	**13,7**
S. aureus	1	**2,0**	3	**5,9**	1	**2,0**	5	**9,8**
Coagulase negative Staphylococcus	2	**3,9**	4	**7,8**	2	**3,9**	8	**15,7**
M. Catarrhalis	2	**3,9**	1	**2,0**	1	**2,0**	4	**7,8**

Nhận xét: Bảng 3.16 cho thấy vi khuẩn gặp nhiều nhất là H.influenzae với 25,5%, sau đó là Coagulase negative Staphylococcus với 15,7%. M.catarrhalis và Streptococcus gặp ít nhất có tỷ lệ lần lượt là: 7,8% và 3,9%. Chan J, Hadley J (2001) nghiên cứu thấy chủng vi khuẩn phổ biến nhất là Coagulase negative Staphylococcus 31%. Trong kết quả của nghiên cứu này, Coagulase negative Staphylococcus có 16/89 chủng, chiếm 17,9%. Theo Lê Công Định (1993), Trịnh Thị Hồng Loan (2003) thì Streptococcus pneumoniae hay gặp nhất.

Như vậy, đã có rất nhiều tác giả nghiên cứu về vi khuẩn gây viêm mũi xoang trẻ em, những kết quả thu được cho thấy đã có những xu hướng chuyển dịch về sự phân bố vi khuẩn trong mũi họng trẻ em, góp phần quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị đúng bệnh viêm mũi xoang cấp ở trẻ em.

IV. KẾT LUẬN

Nhóm tuổi 6-10 chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,0%, nhóm tuổi 11-15 chiếm tỷ lệ thấp nhất 19,6%. Nam gặp nhiều hơn nữ (58,8% so với 32,2%)

Các triệu chứng cơ năng chính: chảy mũi gặp ở 100% bệnh nhân và ngạt mũi gặp ở 62,9% bệnh nhân. Đau đầu gặp ít nhất ở 11 bệnh nhân với 21,6%.

Hình ảnh nội soi: phù nề niêm mạc gặp ở 100% bệnh nhân và mủ đặc ở khe giữa là chủ yếu với 94,1%, mủ đặc trắng chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,7%

Bệnh lý cơ quan lân cận: Viêm VA gặp ở 30/51 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 58,8%.

Đặc điểm vi khuẩn: Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 76,5%, 59,0% là vi khuẩn gram dương và 41,0% là vi khuẩn gram âm. Gặp nhiều nhất là H. influenzae với 25,5% tiếp đến là Coagulase negative Staphylococcus 15,7%. Các chủng M.catarrhalis và Streptococcus gặp ít nhất có tỷ lệ lần lượt là: 7,8% và 3,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Công Định (1993),** Bước đầu tìm hiểu tình hình viêm mũi xoang trẻ em tại viện Tai Mũi Họng Trung Ương 1987-1993, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Dinh (2005),** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học học sinh một số trường tại Hà Nội, Hội nghị khoa học ngành Tai Mũi Họng, Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Bích Hường (2011),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn trong viêm mũi xoang trẻ em tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Phạm Thị Bích Thủy (2012).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và chụp cắt lớp vi góp phần chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính trẻ em từ 5-15 tuổi, Luận văn tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Charles D.B, Sylvan E.S, Magaret A.K,** Pediatric Otolaryngology, Volume ONE third edition, pp 843-856.
6. **Karen A.K and Brent A.S (2008),** "Diagnosis and Management of Acute Rhinosinusitis", Springer Science + Business Media, LLC, p29.
7. **Kennedy D.W (1994),** Sinus diseases: guide to first-line management, Health Communications, Deerfield Beach, Florida, p12.
8. **Kayse M.S, Stanley E.G, Phillip B (2001),** "Sinusitis in children: the impotance of the diagnosis and treatment", Journal of the America Osteopathic Association, 101,13.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG VANCOMYCIN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT TP. HỒ CHÍ MINH

Bùi Thị Hương Quỳnh[1,2], Triệu Alpha[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát việc sử dụng vancomycin trong điều trị các bệnh nhiễm trùng tại bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang mô tả dựa trên hồ sơ bệnh án của tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có sử dụng vancomycin tại bệnh viện Thống Nhất từ tháng 07/2018 đến tháng 07/2019, được theo dõi và đánh giá tình trạng bệnh trước và sau khi điều trị. Sử dụng hợp lý vancomycin được định nghĩa là đúng về chỉ định, liều dùng theo cân nặng và đúng về khoảng cách liều theo chức năng thận, dựa trên hướng dẫn Sanford 2018. **Kết quả:** Trong 91 hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn, có 6,6% bệnh nhân không được theo dõi chức năng thận khi dùng vancomycin. Có 56,47% bệnh nhân được sử dụng vancomycin hợp lý về liều và khoảng cách liều. Việc sử dụng hợp lý vancomycin có khả năng làm giảm tỷ lệ thất bại trong điều trị (OR 0,31; 95% CI 0,12-0,8, p < 0,001). **Kết luận:** Việc sử dụng vancomycin cần tuân thủ tốt hơn các khuyến cáo hướng dẫn, cần thiết xây dựng một quy trình sử dụng vancomycin, theo dõi nồng độ thuốc trong trị liệu để đảm bảo hiệu quả và an toàn của thuốc.

Từ khoá: vancomycin, nhiễm trùng, điều trị, hợp lý.

SUMMARY

INVESTIGATION OF VANCOMYCIN USED IN THONG NHAT HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Objectives: The aim of this study was to investigate the use of vancomycin in treatment of infectious diseases in Thong Nhat hospital. **Methods:** We conducted a cross-sectional study in medical records of patients aged 18 y.o and older, prescribed injectable vancomycin in Thong Nhat hospital from July 2018 to July 2019. The appropriate prescription of vancomycin, such as appropriate indication, and appropriate drug doses based on patients' body weight and creatinine clearance was assessed using Sanford Guide 2018. **Results:** There were 91 medical records of patients included in this study. 6.6% patients did not have serum creatinine measurement. The rate of appropriate vancomycin prescription was 56.47%. The appropriateness of prescription was a factor that decreased the treatment failure (OR 0.31; 95% CI 0.12-0.8, p < 0.001). **Conclusions:** Prescribing vancomycin should be follow treatment guidelines. It is necessery to develope a therapeutic drug monitoring plan for vancomycin in the hospital to help improve the effectiveness and safety of vancomycin.

Key words: vancomycin, infection, treatment, appropriateness

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vancomycin là một trong số ít kháng sinh có phổ tác dụng trên tụ cầu vàng kháng methicillin (MRSA). Hiện nay, khi MRSA đang có xu hướng gia tăng [3], việc sử dụng vancomycin theo kinh nghiệm cho những nhiễm khuẩn nghi ngờ do MRSA cũng tăng theo. Vấn đề quan trọng khi sử dụng vancomycin là cần tối ưu hoá liều sử dụng giúp nâng cao hiệu quả điều trị, giảm thiểu độc tính và giảm sự đề kháng vancomycin. Theo y văn, tỷ lệ sử dụng không hợp lý vancomycin được ghi nhận bởi Trung tâm kiểm soát bệnh Hoa Kỳ ở mức 20 đến 70% mặc dù đã có những khuyến cáo điều trị hướng dẫn cụ thể trước đó [5]. Tại bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi đã bắt đầu xây dựng và áp dụng thí điểm quy trình theo dõi nồng độ vancomycin trong máu. Tuy nhiên, để biết thêm về thực trạng về việc sử dụng thuốc, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này giúp làm cơ sở để triển khai quy trình theo dõi nồng độ vancomycin trong điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có sử dụng vancomycin đường truyền tĩnh mạch.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân được chỉ định sử dụng vancomycin điều trị tại bệnh viện Thống Nhất.
- Thời gian nhập viện từ 01/07/2018 đến 01/07/2019.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân sử dụng vancomycin đường uống.
- Bệnh nhân xin ra viện, chuyển viện, mất theo dõi để đánh giá được cải thiện lâm sàng.

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ.

Các bước tiến hành: Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án và thu thập thông tin vào phiếu khảo sát. Nội dung thông tin bao gồm các thông tin cá nhân của bệnh nhân: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, chức năng thận; kháng sinh đồ, thông tin vi khuẩn gây bệnh (nếu có); chỉ định của

[1]Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh;
[2]Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh
Email: bthquynh@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 23.5.2019
Ngày duyệt bài: 28.5.2019

vancomycin, liều dùng, thời gian sử dụng, số lần sử dụng, cách sử dụng vancomycin và thông tin kháng sinh dùng kèm (nếu có); tình trạng bệnh nhân sau khi sử dụng vancomycin (đỡ giảm khỏi/ không đỡ giảm khỏi sau 72 giờ sử dụng thuốc). Sự hợp lý của việc sử dụng vancomycin được đánh giá bằng cách so sánh thông tin thu thập được với hướng dẫn Sanford 2018 [6], việc sử dụng vancomycin theo kinh nghiệm được xem là hợp lý nếu liều dùng ban đầu được tính dựa vào cân nặng và chức năng thận của bệnh nhân đúng theo hướng dẫn Sanford. Ngoài ra, tiến hành so sánh mối liên quan giữa việc sử dụng hợp lý vancomycin và tình trạng bệnh nhân sau khi điều trị 72 giờ.

Bảng 1: Liều vancomycin khuyến cáo theo Sanford Guide

Chức năng thận	Liều dùng
Bình thường CrCl > 90 ml/phút	1g mỗi 12 giờ
CrCl > 50 – 90 ml/phút	15 – 30 mg/kg mỗi 12 giờ
CrCl 10 – 50 ml/phút	15 mg/kg mỗi 24 – 96 giờ
CrCl <10 ml/phút	7,5 mg/kg mỗi 2 – 3 ngày
Lọc máu định kỳ	Cách lần tiếp theo 1 ngày: 15 mg/kg Cách lần tiếp theo 2 ngày: 25 mg/kg Cách lần tiếp theo 3 ngày: 35 mg/kg
Thẩm phân phúc mạc	7,5 mg/kg mỗi 2 – 3 ngày
Chạy thận liên tục	500 mg mỗi 24 – 48 giờ

Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20 để phân tích số liệu. Đặc điểm nền của bệnh nhân được trình bày theo trung bình hoặc trung vị hoặc tỷ lệ phần trăm. So sánh các giá trị trung bình bằng phép kiểm independent sample t-test hoặc Mann-Whitney. So sánh các tỷ lệ bằng phép kiểm chi bình phương (hoặc Fisher exact test). Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân của nhóm nghiên cứu. Có 91 hồ sơ bệnh án được chọn trong nghiên cứu. Độ tuổi trung bình 63,59 ± 17,37 tuổi, có 58,2% bệnh nhân là nam với cân nặng trung bình 60,43 ± 9,13 kg. Độ thanh thải creatinin trung bình là 61,02 ± 32,32 ml/phút. Khoa chấn thương chỉnh hình có tỷ lệ sử dụng vancomycin cao nhất chiếm 40,6%. Chỉ đỉnh vancomycin ở bệnh nhiễm trùng vết thương/vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,8%, tiếp đến là viêm phổi 25,3% (Bảng 2). Có 33,1% bệnh nhận được chỉ định kháng sinh đồ trước khi sử dụng kháng sinh, MRSA là vi khuẩn phân lập được chiếm tỷ lệ cao nhất 18,68% (Bảng 3).

Bảng 2. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả thống kê
Tuổi, năm		63,59 ± 17,37
Giới tính	Nam	53 (58,2%)
	Nữ	38 (41,8%)
Cân nặng, kg		60,43 ± 9,13
Khoa điều trị	Chấn thương chỉnh hình	37 (40,6%)
	Nội nhiễm	14 (15,4%)
	Nội yêu cầu	10 (11%)
	Hô hấp	9 (9,9%)
	Ngoại thần kinh	5 (5,5%)
	ICU	3 (3,3%)
	Nội thận	2 (2,2%)
	Loạn nhịp tim	2 (2,2%)
	Nội thần kinh	2 (2,2%)
	Ngoại tiêu hóa	2 (2,2%)
	Nội cơ xương khớp	2 (2,2%)
	Nội tiết	1 (1,1%)
	Nội tim mạch	1 (1,1%)
	Nội Tiêu hóa	1 (1,1%)
	Ngoại tim mạch lồng ngực	1 (1,1%)
Chỉ định	Nhiễm trùng vết thương/vết mổ	38 (41,8%)
	Viêm phổi	23 (25,3%)
	Nhiễm trùng huyết	13 (14,3%)
	Nhiễm trùng da/mô mềm	6 (6,6%)
	Nhiễm trùng tiểu	3 (3,3%)
	Viêm màng não	2 (2,2%)
	Sốc nhiễm khuẩn	1 (1,1%)
	Viêm khớp nhiễm khuẩn	1 (1,1%)
	Sốt chưa rõ nguyên nhân	1 (1,1%)
CrCl (ml/phút)		61,02 ± 32,32
	>90 ml/phút	17 (18,68%)
	50-90 ml/phút	43 (47,25%)
	10-50 ml/phút	22 (24,17%)
	<10 ml/phút	3 (3,3%)
	Không được đo	6 (6,6%)
Tình trạng bệnh sau sử dụng	Giảm	57 (62,63%)
	Không giảm	27 (29,67%)
	Không đánh giá được	7 (7,7%)

Bảng 3: Kháng sinh đồ và tỷ lệ các vi khuẩn (n = 91)

Đặc điểm		Tần suất (tỷ lệ %)
Không chỉ định cấy mẫu vi sinh (n = 61)		
Có chỉ định cấy mẫu (n = 30)	MRSA	17 (56,7%)
	Enterococcus spp.	3 (9,7%)
	Streptococcus spp.	1 (3,2%)
	Staphylococcus epidemidis	1 (3,2%)
	Khác (không mọc hoặc vi khuẩn khác)	8 (27,2%)

Khảo sát việc sử dụng vancomycin. Tổng liều dùng trong ngày trung bình cho một bệnh nhân là 1530,55 ± 555,65mg, với thời gian dùng trung bình trong đợt điều trị là 10,21 ± 5,4 ngày. Đa phần là sử dụng theo kinh nghiệm khi chưa có kết quả kháng sinh đồ hoặc trước khi có kháng sinh đồ (82,41%).

Bảng 4. Liều và khoảng cách liều vancomycin sử dụng

Tổng liều dùng trong ngày (mg)	Số lần dùng trong ngày	Tần suất (Tỷ lệ %)	
500	1	3 (3,3%)	3 (3,3%)
	2	0 (0%)	
1000	1	2 (2,2%)	25 (27,47%)
	2	23 (25,27%)	
1500	2	8 (8,8%)	14 (15,38%)
	3	6 (6,6%)	
2000	2	48 (52,48%)	49 (53,85%)
> 2000	3	1 (1,1%)	
Thời gian sử dụng (ngày)		10,21 ± 5,4	
Tổng liều dùng trong ngày (mg)		1530,55 ± 555,65	
Dùng kháng sinh kinh nghiệm		75 (82,41%)	
Phối hợp kháng sinh		80 (87,91%)	
Số lượng kháng sinh dùng kèm	1	66 (72,53%)	
	≥ 2	14 (15,38%)	

Nhóm carbapenem thường được sử dụng phối hợp với vancomycin (17,58% với imipenem và 16,48% với meropenem)

Bảng 5. Kháng sinh sử dụng phối hợp với vancomycin (n=91)

Kháng sinh	Liều dùng	Tần suất	
Imipenem/cilastatin	500 mg TTM 4 lần/ngày	7 (7,7%)	16 (17,58%)
	500 mg TTM 3 lần/ngày	7 (7,7%)	
	500 mg TTM 2 lần/ngày	2 (2,2%)	
Meropenem	2g TTM x 3 lần/ngày	1 (1,1%)	15 (16,48%)
	1g TTM x 3 lần/ngày	13 (14,28%)	
	1g TTM x 2 lần/ngày	1 (1,1%)	
Cefoperazone	1g TTM x 2 lần/ngày	3 (3,3%)	13 (14,29%)
	2g TTM x 2 lần/ngày	10 (10,99%)	
Moxifloxacin	400 mg TTM x 1 lần/ngày	10 (10,99%)	
Ceftriaxon	1g TTM x 1 lần/ngày	1 (1,1%)	8 (8,8%)
	1g TTM x 2 lần/ngày	5 (5,5%)	
	2g TTM x 2 lần/ngày	2 (2,2%)	
Levofloxacin	750 mg TTM x 1 lần/ngày	1 (1,1%)	5 (5,5%)
	500 mg TTM x 1 lần/ngày	4 (4,4%)	
Cefoxitin	2g TTM x 2 lần/ngày	5 (5,5%)	
Amikacin + piperacillin/sulbactam	500 mg TTM x 2 lần/ngày + 4,5 g x 3 lần/ngày	3 (3,3%)	3 (3,3%)
Fosfomycin	2g TTM x 2 lần/ngày	1 (1,1%)	2 (2,2%)
	4g TTM x 3 lần/ngày	1 (1,1%)	
Cefepime	2g TTM x 2 lần/ngày	1 (1,1%)	2 (2,2%)
	2g TTM x 3 lần/ngày	1 (1,1%)	
Teicoplanin	400mg TTM x 2 lần/ngày	1 (1,1%)	

TTM: Truyền tĩnh mạch

Do có 6 bệnh nhân không được kiểm tra chức năng thận, nên chúng tôi đánh giá tính hợp lý trên 85 bệnh nhân. Tỷ lệ sử dụng hợp lý chung của vancomycin là 48/85 (56,6%). Sự phân bố tính hợp lý theo các đặc điểm mẫu nghiên cứu được trình bày trong bảng 6.

Bảng 6. Sự hợp lý của chỉ định vancomycin theo hướng dẫn Sanford (n = 85)

Đặc điểm	Hợp lý (n = 48)		Chưa hợp lý (n = 37)		Giá trị p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Tuổi: >65 tuổi	18	37,5	22	59,5	0,044
≤65 tuổi	30	62,5	15	40,5	
Khoa: CTCH	21	43,8	11	29,7	0,184
Nội nhiêm	8	16,7	3	8,1	
Hô hấp	2	4,2	6	16,2	
Nội yêu cầu	5	10,4	6	16,2	
Khác	12	24,9	11	29,8	
Phối hợp KS: Có	39	81,3	35	94,6	0,069
Không	9	18,7	2	5,4	
Nhóm chức năng thận: >50ml/phút	40	83,3	20	54,1	0,003
≤ 50 ml/phút	8	16,7	17	45,9	

Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy việc sử dụng hợp lý vancomycin có khả năng làm giảm tỷ lệ thất bại trong điều trị (OR 0,31; 95% CI 0,12-0,8, p < 0,001)

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi sử dụng vancomycin là 63,59 ± 17,37 tuổi, bởi ở độ tuổi này thường có những đặc điểm sinh lý bình thường đang giảm hoặc yếu dần, ví dụ như chức năng miễn dịch của cơ thể, suy yếu chức năng cơ, loãng xương dẫn đến dễ té ngã, chấn thương là một trong những yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng. Người lớn tuổi dễ suy giảm chức năng các cơ quan, nên có thể liều vancomycin theo các hướng dẫn điều trị hoặc theo kinh nghiệm sẽ không phù hợp khi chức năng thận thay đổi. Điều này khẳng định sự cần thiết của những hướng dẫn cụ thể khi sử dụng vanomycin trên lâm sàng. Bệnh nhân nam có tỷ lệ sử dụng cao hơn bệnh nhân nữ có thể xuất phát từ khoa có tỷ lệ sử dụng vancomycin cao nhất (40,6%) là khoa chấn thương chỉnh hình bởi đa phần các tại nạn trong lao động hoặc trong sinh hoạt có vẻ xảy ra nhiều hơn ở nam giới. Với xu thế MRSA đang gia tăng hiện nay [3], việc sử dụng vancomycin ban đầu đang trở nên nhiều hơn trong các nhiễm trùng sau khi phẫu thuật, nhiễm trùng vết thương vết mổ (41,8%), có thể một phần là do giá thành vancomycin đang ở mức thấp hơn so với nhiều loại kháng sinh khác khiến cho việc lựa chọn được ưu tiên hơn.

Trong những vi khuẩn Gr (+), MRSA chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này là phù hợp do chỉ định chính của vancomycin là nhiễm MRSA. Kết quả kháng sinh đồ cho thấy 100% các vi khuẩn Gr (+) được phát hiện đều còn nhạy cảm với vancomycin. Theo tài liệu Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế (tháng 3/2015), hiện nay tỷ lệ MRSA dao động từ 30-50%, MRSA đã đề kháng toàn bộ nhóm β-laclam. Tuy nhiên, chưa phát hiện S. aureus đề kháng vancomycin [1]. Nghiên cứu của Lê Vân Anh năm 2013 [2] về khảo sát tình hình sử dụng vancomycin tại Bệnh viện Bạch Mai cũng cho kết quả khá tương tự 43,8% tác nhân gây bệnh là vi khuẩn MRSA và là vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất trong tất cả các vi khuẩn cấy được từ bệnh phẩm, đồng thời vẫn còn nhạy cảm với vancomycin. Nghiên cứu của Bollinger M. năm 2015 tại một bệnh viện ở Canada cho ra kết quả tương tự [4]. Nghiên cứu của Zhang Z., tại Trung Quốc, năm 2013 về việc sử dụng kháng sinh nhóm glycopeptid (vancomycin và teicoplanin) ở những BN điều trị tại khoa ICU, cũng cho thấy MRSA là vi khuẩn được phân lập chủ yếu trong nhóm BN sử dụng thuốc.

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh kinh nghiệm là hơn 82%, cao hơn so của Nak-Hyun Kim và cộng sự [7] năm 2015 tại một bệnh viện Hàn Quốc có tỷ lệ MRSA cao, ghi nhận tỷ lệ sử dụng vancomycin theo kinh nghiệm chiếm 65% trên tổng số các trường hợp điều trị với vancomycin và cho chỉ định viêm phổi là cao nhất. Sự khác nhau về tỷ lệ điều trị theo kinh nghiệm có thể do khác biệt về tình hình đề kháng kháng sinh (vi khuẩn Gr (+) kháng β-lactam, điển hình là MRSA) tại các cơ sở khảo sát khác nhau. Bệnh viện có tỷ lệ vi khuẩn Gr (+) kháng β-lactam cao sẽ có xu hướng điều trị vancomycin theo kinh nghiệm nhiều hơn. Các kháng sinh nhóm carbapenem (imipenem-cilastin và meropenem) được phối hợp nhiều nhất. Có thể thấy sự đề kháng với kháng sinh ngày càng cao, việc sử dụng kháng sinh mà trước đây hạn chế dùng vì độc tính trên BN như colistin, kháng sinh để dành như

carbapenem, giờ đây được sử dụng khá phổ biến.

Tỷ lệ sử dụng hợp lý vancomycin theo cân nặng và chức năng thận theo hướng dẫn Sanford là 56,47% bệnh nhân. Khi phân nhóm theo chức năng thận, ta thấy nhóm có chức năng thận > 50 ml/phút được sử dụng vancomycin hợp lý khá cao, có thể do liều ≥ 2000mg/ngày được cho sử dụng phổ biến nhất (53,85%) và cũng là mức liều khuyến cáo khi chức năng thận bình thường. Nhưng khi chức năng thận giảm ≤ 50ml/phút, thì khả năng bệnh nhân được sử dụng không hợp lý vancomycin tăng lên. Từ kết qủa nghiên cứu cho thấy xu hướng chưa phù hợp là: các bệnh nhân có chức năng thận bình thường được kê với liều vancomycin thấp hơn khi tính theo cân nặng (thấp hơn 1000mg mỗi 12 giờ hoặc 15-30mg/kg mỗi 12 giờ), trong khi những bệnh nhân có chức năng thận < 50 ml/phút lại được kê nhiều hơn 1 lần trong ngày. Bên cạnh đó, kết quả phân tích hồi quy cho thấy mỗi liên quan giữa sử dụng hợp lý theo Sanford làm giảm tỷ lệ thất bại trong điều trị (OR 0,31; 95% CI 0,12-0,8, p < 0,001). Điều này lại khẳng định sự cần thiết tuân thủ các các hướng dẫn về sử dụng vancomycin trong thực hành lâm sàng từ đó giúp tăng cường hiệu quả điều trị của thuốc.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng vancomycin tại bệnh viện Thống Nhất có tỷ lệ hợp lý theo khuyến cáo của Sanford ở mức độ trung bình. Vì vậy nên tuân thủ các các hướng dẫn về sử dụng vancomycin trong thực hành lâm sàng từ đó giúp tăng cường hiệu quả điều trị của thuốc, giảm được tình trạng đề kháng kháng sinh đang gia tăng hiện nay. Bên cạnh đó, việc xây dựng và áp dụng quy trình theo dõi nồng độ vancomycin phù hợp với tình hình tại bệnh viện và đối tượng bệnh nhân vẫn nên được triển khai và phổ biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015),** Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, pp. 30-31, 35, 69-70, 85, 96-97, 113-114, 122, 124, 130, 135, 142-144, 156-157, 201, 204-205, 207-208, 281-282.
2. **Lê Vân Anh, Lương Thúy Lan, Hoàng Thị Kim Huyền (2013),** "Khảo sát thực trạng sử dụng vancomycin tại Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí dược học. **451**, pp. 6 - 11.
3. **Bianca M, et al (2011).** The Rise of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus in U.S. Correctional Populations, J Correct Health Care, 17: p. 254 –265.
4. **Bollinger M. et al. (2014),** "Vancomycin use in a rural hospital: a 3-year retrospective study", Canadian journal of rural medicine: the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada= Journal canadien de la medecine rurale: le journal officiel de la Societe de medecine rurale du Canada. **20** (2), pp. 56-62.
5. **Junior M, et al (2007).** Analysis of vancomycin use and associated risk factors in a university teaching hospital: a prospective cohort study.BMC Infect Dis. 7:p. 88.
6. **Gilbert DN. et al. (2018),** Sanford Guide to Antimicrobial Therapy
7. **Kim Nak-Hyun et al. (2015),** "Inappropriate Continued Empirical Vancomycin Use in a Hospital with a High Prevalence of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus", Antimicrobial agents and chemotherapy. **59** (2), pp. 811-817.
8. **Zhang Z. et al. (2014),** "Comparative evaluation of thrombocytopenia in adult patients receiving linezolid or glycopeptides in a respiratory intensive care unit", Experimental and therapeutic medicine. **7** (2), pp. 501-507.

CÁC THỂ LÂM SÀNG BỆNH WILSON Ở TRẺ EM

Hoàng Thị Vân Anh*, Nguyễn Phạm Anh Hoa*

TÓM TẮT

Wilson là bệnh di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường gây rối loạn chuyển hóa đồng với biểu hiện lâm sàng đa dạng tổn thương ở gan, não, mắt, thận… Theo Ferenci (2003), bệnh Wilson được phân thành 6 thể lâm sàng khác nhau theo đặc điểm tổn thương gan và thần kinh. **Mục tiêu nghiên cứu**: Mô tả và so sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị của các thể thường gặp trong bệnh Wilson ở trẻ em. **Phương pháp**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 64 bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2016 đến 2018. **Kết quả**: 64 bệnh nhân trong nghiên cứu gồm 27 nam (42,2%) và 37 nữ (57,8%). Tuổi chẩn đoán trung bình là 10±3,2 (1-16 tuổi). Triệu chứng khởi phát thường gặp là tăng transaminase dai dẳng (40,6%); 17,8% qua khám sàng lọc, 15,6% có tổn thương trên MRI, 25,0% bệnh nhân có vòng KF. Sự khác biệt về các triệu chứng lâm sàng như vàng da, phù, vòng KF, tổn thương trên MRI, chỉ số xét nghiệm như IRN, AST, ALT, GGT, Bilirubin, Albumin, đồng niệu 24h giữa các thể bệnh có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Kết quả điều trị cho thấy tử vong (1,6%), ghép gan (3,1%), không đáp ứng với điều trị (3,1%), 92,2% đáp ứng với điều trị, khác biệt giữa các thể bệnh có ý nghĩa thống kê

**Bệnh viện Nhi Trung Ương*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Vân Anh
Email: Drhunganh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 20.5.2019
Ngày duyệt bài: 24.5.2019

(p<0,05). **Kết luận:** Bệnh Wilson ở trẻ em biểu hiện đa dạng trên nhiều thể lâm sàng**.** Có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa các thể bệnh. Hầu hết các bệnh nhân Wilson đều đáp ứng tốt với điều trị.

Từ khóa*:* bệnh Wilson, thể bệnh, trẻ em

SUMMARY

SOME TYPES OF WILSON'S DISEASE AMONG CHILDREN

WD is a chromosomal recessive disease that often causes metabolic disorders with diverse clinical manifestations such as liver, brain, eye, kidney damage... According to Ferenci (2003), WD has 6 forms base on liver and nerve damage characteristics. **Research objectives**: Describe and compare some clinical and subclinical features and therapeutic responses of common forms of WD in children. **Method**: A cross-sectional study carried out among 64 patients who have treatment at the Children National Hospital. **Results**: 64 patients in the study included 27 men (42.2%) and 37 women (57.8%). The average age of diagnosis is 10 ± 3.2 (1-16 years). Common onset symptoms are increase transaminases (40.6%); 17.8% through screening, 15.6% injury imagine on MRI, 25.0% had KF ring. Differences in clinical symptoms such as jaundice, edema, KF ring, MRI lesions, some investigations such as IRN, AST, ALT, GGT, Bilirubin, Albumin, 24-hour had differences between types of WD with statistically significant (p<0.05). Treatment results: death (1.6%), liver transplantation (3.1%), no response to treatment (3.1%), 92.2% response to treatment, differences between.The types of WD were statistically significant (p <0.05). **Conclusion**: WD in children manifests has 6 forms. There are differences in clinical and subclinical characteristics between forms of diseases. Most WD patients respond well to treatment.

Key word*:* Wilson's disease (WD), children, type of WD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Wilson là bệnh rối loạn chuyển hóa đồng, gây ra bởi đột biến gen ATP7B ở vị trí 13ql4.3 [1] có chức phận tham gia vào quá trình điều hòa hấp thu, phân bố và thải trừ đồng trong cơ thể. Các đột biến của gen ATP7B [2] sẽ gây rối loạn quá trình đào thải đồng ra khỏi cơ thể. Lượng đồng tự do tồn dư sẽ ứ đọng và tích lũy trong các cơ quan trong cơ thể gây những biểu hiện đa dạng trên lâm sàng như tổn thương não, gan, mắt , thận, khớp, xương...bệnh được chia ra thành các thể tổn thương chính dựa trên đặc điểm tổn thương gan và tổn thương thần kinh [3] nhưng dù ở thể nào thì bệnh Wilson cũng biểu hiện các triệu chứng rất đa dạng và phức tạp. Theo Ferenci (2003) bệnh Wilson được phân loại thành 6 thể lâm sàng: Tuy nhiên, các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về so sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị giữa các thể bệnh còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: *Mô tả các thể lâm sàng bệnh Wilson ở trẻ em và đánh giá kết quả sau điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định Wilson theo tiêu chuẩn Leipzig 2001 [1] điều trị tại khoa Gan Mật- Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2016 đến tháng 5/2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định Wilson theo tiêu chuẩn Leipzig 2001 [1] từ 1/2016- 5/2018

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Không thu thập đủ các chỉ tiêu theo hồ sơ nghiên cứu

+ Bệnh nhân Wilson nhưng kèm theo các dị tật bẩm sinh phức tạp khác như: tim bẩm sinh, hội chứng Down

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu và cỡ mẫu thuận tiện

2.4. Biến số nghiên cứu và công cụ thu thập thông tin:

Biến số: Ghi nhận các biến số nghiên cứu theo hồ sơ nghiên cứu

+ Phân các thể lâm sàng theo Leipzig 2003 [3].

- Thể H (tổn thương gan): H1 (thể suy gan cấp); H2 (thể tổn thương gan mạn tính)

- Thể N (tổn thương thần kinh): N1 (có thêm tổn thương gan); N2 (không có tổn thương gan); NX (Không khảo sát các bằng chứng về tổn thương gan).

- Thể O: Không triệu chứng (sàng lọc)

Kết quả điều trị được đánh giá theo Kathawana và CS [4]

+ Đáp ứng với điều trị (R): chức năng gan (ALT, AST, INR, Albumin) bình thường sau điều trị.

+ Không đáp ứng với điều trị (NR): chức năng gan xấu hơn so với trước điều trị

+ Tử vong: bệnh nhân tử vong được xác định do bệnh Wilson (xét nghiệm viêm gan virus A, B, C âm tính và không có bệnh khác)

+ Ghép gan: bệnh nhân phải tiến hành ghép gan trong quá trình điều trị....

Công cụ thu thập thông tin: Ghi nhận các thông tin theo hồ sơ nghiên cứu mẫu

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS16. Mức ý nghĩa thống kê α=0,05

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2016 đến tháng 5/2018 có 64 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, được chia thành các thể tổn thương.

3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

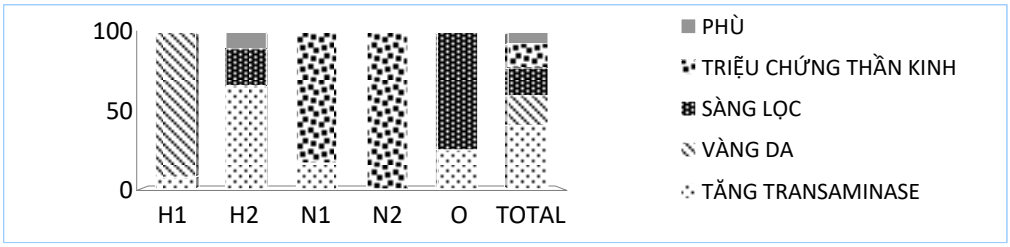
Đặc điểm	O (n=4)	H1 (n=13)	H2 (n=38)	N1 (n=3)	N2 (n=6)	Tổng (n=64)	p
Tuổi chẩn đoán TB±Độ lệch Min-Max	10,0±6,1 (1-14)	10,2±2,2 (8-15)	9,1±2,9 (4-14)	12,7±2,1 (11-15)	14,2±1,5 (12-16)	10,0±3,2 (1-16)	0,002
Nam	1 (25,0)	7 (53,9)	17 (44,7)	1 (33,3)	1 (16,7)	27 (42,2)	0,614
Nữ	3 (75,0)	6 (46,1)	21 (55,3)	2 (66,7)	5 (83,3)	37 (57,8)	

Ghi chú: O: không triệu chứng, H1: suy gan cấp, H2: TT gan mạn, N1: TT thần kinh + TT gan, N2: TT thần kinh không TT gan, Nx: TT thần kinh không khảo sát được TT gan

Các thể bệnh lâm sàng cho thấy 4 BN (6,3%) không có triệu chứng; và 13 bệnh nhân (20,3%), 38 bệnh nhân (59,4%), 3 bệnh nhân (4,7%), 6 bệnh nhân (9,4%) tương ứng với các thể: suy gan cấp, tổn thương gan mạn, thể thần kinh có tổn thương gan, thể thần kinh không có tổn thương gan.

Tuổi chẩn đoán trung bình là 10,0 ± 3,2. Thể N2 là thể có độ tuổi trung bình cao nhất, thể H2 có độ tuổi chẩn đoán trung bình thấp nhất (p<0,05). Có 27 nam (42,2%) và 37 nữ (57,8%) trong nghiên cứu, sự khác biệt về tỷ lệ nam nữ trong nhóm nghiên cứu cũng như giữa các thể bệnh không có ý nghĩa thốngkê(p>0,05).

3.2. Lý do vào viện



Biểu đồ 1: Lý do vào viện

Lý do chính vào viện là tăng men gan dai dẳng (40,6%), vàng da (18,8%), nhóm H1 có tỉ lệ vàng da cao nhất (92,3%). Tiếp theo: thăm khám sàng lọc (17,8%), triệu chứng thần kinh (15,5%).

3.3. Triệu chứng lâm sàng khi thăm khám

Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng khi thăm khám

Đặc điểm	O (n=4)	H1 (n=13)	H2 (n=38)	N1 (n=3)	N2 (n=6)	Tổng (n=64)	p
Vàng da	0	13 (100)	4 (10,5)	0	0	17 (26,6)	<0,001
Phù	0	8 (61,5)	4 (10,5)	0	0	12 (18,8)	0,002
Cổ chướng	0	3 (23,1)	1 (2,6)	0	0	4 (6,3)	0,154
Vòng KF	1 (25,0)	5 (38,5)	2 (6,1)	3 (100)	5 (100)	16 (25,0)	<0,001

Ghi chú: O: không triệu chứng, H1: suy gan cấp, H2: TT gan mạn, N1: TT thần kinh + TT gan, N2: TT thần kinh không TT gan, Nx: TT thần kinh không khảo sát được TT gan

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: vàng da (26,6%); vòng KF (25,0%); phù (18,8%). Thể H1 hay gặp vàng da và phù, thể N có tỉ lệ vòng KF cao nhất (p<0,05).

Bảng 3: So sánh đặc điểm cận lâm sàng các thể bệnh Wilson

Đặc điểm	O (n=4)	H1 (n=13)	H2 (n=38)	N1 (n=3)	N2 (n=6)	Tổng (n=64)	p
Ceruloplasmin>0.2 mcg/dl	0	0	0	0	0	0	-
Tổn thương trên MRI	0	1 (7,7)	3 (7,9)	2 (66,7)	4 (66,7)	10 (15,6)	0,002
Đột biến gen	3(75,0)	11 (84,6)	32 (84,2)	3 (100)	5 (83,3)	54 (84,4)	0,961
Đột biến gen hay gặp nhất	-	-	S105*	-	-	-	-

Ghi chú: O: không triệu chứng, H1: suy gan cấp, H2: TT gan mạn, N1: TT thần kinh + TT gan, N2: TT thần kinh không TT gan, Nx: TT thần kinh không khảo sát được TT gan

Có 10 bệnh nhân có tổn thương trên MRI (15,6%), cao nhất ở nhóm bệnh nhân thể N (66,7%) các thể H1, H2 là7,7% và 7,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Tỉ lệ đột biến gen là 84,4%. Sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê (p>0,05)

Bảng 4: Kết quả xét nghiệm tại thời điểm chẩn đoán theo từng thể lâm sàng

Các xét nghiệm	O (n=4)	H1 (n=13)	H2 (n=38)	N1 (n=3)	N2 (n=6)	Tổng (n=64)	p
	TB±ĐL (Min-Max)	TB±ĐL (Min-Max)	TB±ĐL (Min-Max)	TB±ĐL (Min-Max)	TB±ĐL (Min-Max)	TB±ĐL (Min-Max)	
WBC	5,8±2,1 (4,2-8,9)	11,4±6,9 (4,3-28,5)	8,2±2,5 (4,7-17,6)	7,1±2,5 (5,2-10,0)	7,2±3,3 (1,9-11,2)	8,6±4,2 (1,9-28,5)	0,157
IRN	1,1±0,2 (0,9-1,3)	3,2±1,6 (1,9-6,3)	1,4±0,6 (0.9-3.4)	1,1±0,1 (1,06-1,25)	1,3±0,3 (1,1-1,9)	1,8±1,2 (0,9-6,3)	<0,001
AST	44,2±8,2 (36,4-52)	200,3±99,1 (105,4-448,1	134,3±98,4 (15,1-518,1)	37,8±16,9 (23,6-56,5)	41,1±13,8 (21,7-52,7)	128,7±101,2 (15,1-518,1)	<0,001
ALT	27,3±14,1 (13,7-47)	162,7±142,6 (18,1-519)	160,7±131,0 (11,4-459)	41,2±29,2 (11,5-69,8)	27,7±15,1 (5,4-44,2)	133,9±129,6 (5,4-519)	0,006
GGT	35,1±18,9 (15,1-55)	228,0±145,6 (78,5-489,7)	121,8±88,6 (11,6-316,0)	64,4±34,4 (44,5-104,1)	61,9±26,6 (45,5-107,8)	128,4±109,6 (11,6-489,7)	<0,001
Bil-TP	8,1±3,7 (4-12,5)	261,5±212,7 (65,1-724)	22,1±31,4 (3,7-130)	10,4±0,25 (10,2-10,7)	14,8±8,5 (5,1-27)	76,2±146,4 (3,7-724)	<0,001
Bil-TT	1,9±1,1 (0,6-3,1)	112,5±114,0 (33,1-453,3)	7,3±12,4 (0,2-46,8)	3,4±0,7 (2,8-4,1)	3,7±2,1 (1,5-7,4)	31,2±71,1 (0,2-453,3)	<0,001
Albumin	38,6±4,5 (34,6-45)	26,2±6,8 (16,3-37,4)	34,5±9,2 (17,9-47)	40,8±1,8 (38,8-42,4)	39,9±5,5 (31,3-44,8)	33,8±9,0 (16,3-47)	0,006
Cerulo plasmin	0,07±0,04 (0,03-0,11)	0,08±0,02 (0,04-0,12)	0,05±0,04 (0,01-0,18)	0,08±0,02 (0,06-0,10)	0,04±0,02 (0,03-0,08)	0,05±0,04 (0,01-0,18)	0,007
Đồng niệu 24h	0,3±0,2 (0,05-0,4)	2,8±3,0 (0,3-10,0)	0,6±0,6 (0,1-2,5)	1,09±1,48 (0,1-2,8)	0,4±0,2 (0,2-0,6)	1,0±1,7 (0,05-10,0)	0,002
AST/ALT	2,9±0,7 (1,1-2,7)	2,7±2,5 (0,2-7,5)	1,4±1,1 (0,4-4,7)	1,3±0,8 (0,5-2,1)	1,9±1,1 (1,1-4,0)	1,7±1,5 (0,2-7,5)	0,156
AST>40	2 (100)	13 (100)	34 (91,9)	1 (33,3)	4 (66,7)	54 (85,7)	0,003
ALT>40	1 (25,0)	10 (76,9)	28 (77,8)	2 (66,7)	2 (33,3)	43 (69,4)	0,05

Ghi chú: O: không triệu chứng, H1: suy gan cấp, H2: TT gan mạn, N1: TT thần kinh + TT gan, N2: TT thần kinh không TT gan, Nx: TT thần kinh không khảo sát được TT gan

Các xét nghiệm AST, ALT, GGT tại thời điểm chẩn đoán có giá trị tăng TB là: 128,7±101,2 (15,1-518,1) U/L; 133,9±129 (5,4-519) U/L; 128,4±109,6 (11,6-489,7) U/L. Các bệnh nhânthể H có giá trị transaminase cao hơn thể N và thể O (p<0,05).

Chỉ số IRN cao nhất ở thể H1 là 3,2±1,6, Bilirubin toàn phần và trực tiếp cao nhất ở thể H1: 261,5±212,7 g/l và 112,5±114,0g/l. Các chỉ số này thấp hơn ở các thể còn lại (p<0,05).

Chỉ số Albumin thấp nhất ở thể H1 (26,2±6,8g/l) so với các thể còn lại (p<0,05).

Ceruloplasmin giảm trên tất cả các trường hợp với giá trị TB là 0,05± 0,04 (0,01-0,18). Thể H2 và N2 có lượng Ceruloplasmin thấp hơn so với các thể còn lại 0,05±0,04 và 0,04±0,02 tương ứng (p<0,05).

Hàm lượng đồng trong nước tiểu 24 h cao nhất ở thể H1 (2,8±3,0 mg). Có sự khác biệt hàm lượng đồng trong nước tiểu 24h > 0,1mg/24h giữa các nhóm bệnh (p<0,05)

2. Tỷ lệ đáp ứng sau điều trị

Bảng 5: Kết quả điều trị theo thể bệnh

Kết quả điều trị	O n=4	H1 n=13	H2 n=38	N1 n = 3	N2 n = 6	Tổng n = 64	p
Đáp ứng tốt với điều trị (R)	4 (100)	9 (69,2)	38 (100)	3 (100)	5 (83,3)	59 (92,2)	0,039
Không đáp ứng với điều trị (NR)	0	1 (7,7)	0	0	1 (16,7)	2 (3,1)	
Tử vong (D)	0	1 (7,7)	0	0	0	1 (1,6)	
Ghép gan (LT)	0	2 (15,4)	0	0	0	2 (3,1)	

Ghi chú: O: không triệu chứng, H1: suy gan cấp, H2: TT gan mạn, N1: TT thần kinh + TT gan, N2: TT thần kinh không TT gan, Nx: TT thần kinh không khảo sát được TT gan. 59/64 bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị (92,2%); 3,1% không đáp ứng điều trị; 3,1% ghép

gan,1,6% tử vong. H1 có tỉ lệ đáp ứng với điều trị thấp nhất (69,2%). Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa các thể bệnh có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Tuổi chẩn đoán trung bình của nhóm nghiên cứu là 10±3,2 tuổi, cao nhất ở thể N2 và thấp nhất ở thể H2. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Şükrü Güngör và CS [5] với tuổi chẩn đoán trung bình là 8,6± 3,26 tuổi có thể do nghiên cứu của Şükrü Güngör có nhiều bệnh nhân phát hiện sớm do gia đình có người mắc bệnh, thấp hơn nghiên cứu của Ali và CS [6] với tuổi chẩn đoán trung bình là 11±7 tuổi, sự khác biệt này có thể do tác giả Ali chọn mẫu trên cả nhóm bệnh nhân trưởng thành.

Tỷ lệ nữ (57,8%) cao hơn nam (42,2%) trong nghiên cứu, sự khác biệt về tỷ lệ nam nữ trong nghiên cứu cũng như giữa các thể bệnh không có ý nghĩa thống kê với p>0,05, kết quả này phù hợp vì Wilson là bệnh lý gây ra do đột biến trên nhiễm sắc thể thường, tỷ lệ mắc bệnh ở cả hai giới là như nhau.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi thể bệnh thường gặp nhất là tổn thương gan mạn (59,4%), sau đó là thể suy gan cấp (20,3%), thể tổn thương thần kinh (9,4%), thể tổn thương thần kinh kèm tổn thương gan (4,7%), phát hiện bệnh do sàng lọc (6,3%).

Các triệu chứng lâm sàng hay gặp ở bệnh nhân là vàng da (26,6%); vòng KF (25,0%); phù (18,8%). Tỉ lệ vàng da và phù hay gặp nhất ở thể H1, còn tỉ lệ vòng KF cao nhất ở các thể N với 100% (p<0,05). Kết quả chúng tôi quan sát được tương tự như nghiên cứu của Şükrü Güngör [5] với tỉ lệ gặp vòng KF là 100% ở nhóm tổn thương thần kinh, đồng thời tỉ lệ gặp vòng KF phù hợp với các báo cáo của Hedera và CS [2] là 100%. Kết quả của chúng tôi cho thấy vàng da là triệu chứng phổ biến khi khám thực thể (26,6%), báo cáo của Rukunuzzaman [7] và Şükrü Güngör [5] cũng chỉ ra rằng vàng da là triệu chứng hay gặp khi khám lâm sàng, tỷ lệ này lần lượt là 45% và 45,3%. Như vậy, cần nghĩ đến bệnh Wilson trên những bệnh nhân có vàng da đã loại trừ các căn nguyên gây tổn thương gan khác.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy có 10 bệnh nhân có tổn thương trên MRI (15,6%), tỉ lệ này cao nhất ở nhóm bệnh nhân các thể N với 66,7% và thấp hơn ở các thể H1 và H2 với các tỷ lệ tương ứng là 7,7%) và 7,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Chúng tôi quan sát thấy tổn thương trên MRI của thể thần kinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 66,7%, tương tự báo cáo của Magalhaes [8] là 100%. Cũng theo Magalhaes [8] và Şükrü Güngör [5] đã báo cáo có tới 27% và 42% bệnh nhân chưa có biểu hiện lâm sàng nhưng có tổn thương trên MRI, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào.

Tình trạng tăng transaminase (AST, ALT, GGT) tại thời điểm chẩn đoán có giá trị tăng TB là: 128,7±101,2 (15,1-518,1) U/L; 133,9±129 (5,4-519) U/L;128,4±109,6 (11,6-489,7) U/L. Các bệnh nhân ở nhóm thể H có giá trị transaminase cao hơn thể N và thể O (p<0,05). Rukunuzzaman và CS [7] đã báo cáo rằng mức ALT (GPT) tăng ở 92% bệnh nhân và mức AST (GOT) trung bình cao hơn mức ALT trong nghiên cứu của họ [7]. Ngoài ra tỷ lệ AST / ALT là > 2,2 trong bệnh nhân bị suy gan cấp [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ AST/ALT là 1,7±1,5 (0,2-7,5). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm bệnh không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Vì vậy cần chú ý chẩn đoán bệnh Wilson trên nhóm bệnh nhân có tăng ALT< AST kèm theo có các biểu hiện của tổn thương gan mạn như giảm tiểu cầu, lách to…

Chỉ số INR, Bilirubin toàn phần và trực tiếp cao nhất ở thể H1 với 3,2±1,6; 261,5±212,7g/l và 112,5±114,0g/l tương ứng. Các chỉ số này thấp hơn ở các thể còn lại (p<0,05).

Chỉ số Albumin thấp nhất ở thể H1 với 26,2±6,8g/l so với các thể còn lại (p<0,05). Kết quả về sự thay đổi của các chỉ số INR, Bilirubin và Albumin trong nghiên cứu này tương tự báo cáo của Magalhaes [8] và Şükrü Güngör [5]. Điều này là do tổn thương gan cấp gây tổn thương chức năng đông máu, chức năng tổng hợp Albumin và liên hợp Bilirubin của gan.

Hàm lượng đồng trong nước tiểu 24h cao nhất ở thể H1 với 2,8±3,0 mg. Có sự khác biệt hàm lượng đồng trong nước tiểu 24h > 0,1mg/24h giữa các nhóm bệnh (p<0,05). Hàm lượng đồng niệu 24h ở nhóm tổn thương gan cấp cao hơn đáng kể so với nhóm không triệu chứng, kết quả này của chúng tôi tương tự quan sát của Şükrü Güngör [5]. Những biểu hiện này có thể gợi ý rằng hàm lượng đồng trong nước tiểu có liên quan đến biểu hiện lâm sàng của từng thể bệnh.

4.4. Đặc điểm điều trị. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy trong số 64 bệnh nhân điều trị, có 59 trường hợp đáp ứng tốt với điều trị (92,2%); 3,1% không đáp ứng với điều trị; 3,1% phải ghép gan và 1,6% tử vong. Kết quả này tương tự với báo cáo của Hedera và CS 2008 [2] tỷ lệ

đáp ứng với điều trị là hơn 90%.

Tỉ lệ đáp ứng tốt với điều trị thấp nhất ở nhóm H1 (69,2%) do tình trạng suy gan cấp và tối cấp cần được ghép gan cấp cứu, tuy nhiên, ghép gan trên nhóm bệnh nhân Wilson là kỹ thuật mới được thực hiện tại bệnh viện chúng tôi, vì vậy chỉ có 3,1% bệnh nhân được tiến hành ghép gan trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Şükrü Güngör [5] tại Thổ Nhĩ Kỳ là 18,8%.

V. KẾT LUẬN

Bệnh Wilson ở trẻ em biểu hiện rất đa dạng trên nhiều thể lâm sàng. Có sự khác biệt về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa các thể bệnh. Hầu hết các bệnh nhân Wilson đều đáp ứng với điều trị

Cần chú ý chẩn đoán bệnh Wilson trên các bệnh nhân tăng transaminase dai dẳng, những bệnh nhân có vàng da đã loại trừ các căn nguyên gây tổn thương gan khác hoặc bệnh nhân có tăng ALT< AST kèm theo có các biểu hiện của tổn thương gan mạn như giảm tiểu cầu, lách to…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Poujois A. và Woimant F. (2018)**. Wilson's disease: A 2017 update. Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology.
2. **Hedera P. (2017).** Update on the clinical management of Wilson's disease. Appl Clin Genet, **10**, 9–19.
3. **Ferenci P., Caca K., Loudianos G. và cộng sự. (2003)**. Diagnosis and phenotypic classification of Wilson disease. Liver Int, **23**(**3**), 139–142.
4. **Kathawala M. và Hirschfield G.M. (2017)**. Insights into the management of Wilson's disease. Therap Adv Gastroenterol, **10**(**11**), 889–905.
5. **Güngör Ş., Selimoğlu M.A., Varol F.İ. và cộng sự. (2018).** Pediatric Wilson's disease: findings in different presentations. A cross-sectional study. Sao Paulo Medical Journal, **136**(**4**), 304–309.
6. **Pooya A.A.A., Eslami N.S.,** và Haghighat M. Wilson Disease in Southern Iran. 4.
7. **Rukunuzzaman Md. (2015).** Wilson's Disease in Bangladeshi Children: Analysis of 100 Cases. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr, **18**(**2**), 121–127.
8. **Magalhaes A.C., Caramelli P., Menezes J.R. và cộng sự. (1994).** Wilson's disease: MRI with clinical correlation. Neuroradiology, **36**(**2**), 97–100.

QUY TRÌNH SẢN XUẤT MẪU XÉT NGHIỆM TÌM KÝ SINH TRÙNG ĐƯỜNG RUỘT DÙNG CHO NGOẠI KIỂM

Vũ Quang Huy[1,2], Lê Thành Đồng[3], Trần Phủ Mạnh Siêu[1,4], Trần Thụy Nhật Anh

TÓM TẮT[20]

Mục tiêu: Sản xuất thử nghiệm mẫu phân giả định chứa ký sinh trùng đường ruột. Đánh giá tính đồng nhất và độ ổn định của mẫu phân giả định chứa ký sinh trùng đường ruột. **Phương pháp:** Nghiên cứu thực nghiệm tại phòng xét nghiệm kiểm chuẩn của Trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học Đại học Y dược TP.HCM. **Kết quả:** Bột rau má phù hợp làm chất nền phân giả định đối với ấu trùng/trứng giun sán gây bệnh gồm: Strongyloides stecoralis, Ancylostoma duodenale/Necator americanus, Taenia sp. Quy trình sản xuất mẫu phân dạng bán lỏng dùng cho ngoại kiểm được nghiên cứu thành công với lượng ký sinh trùng đường ruột được điều chỉnh hợp lý trong thời gian 14 ngày, nhiệt độ bảo quản 25^0C – 30^0C. **Kết luận:** Sản xuất được mẫu phân giả định chứa ký sinh trùng đường ruột đạt tính đồng nhất và độ ổn định theo thiêu chuẩn ISO 17043 cho ngoại kiểm ký sinh trùng.

Từ khóa: Ngoại kiểm, ký sinh trùng đường ruột, phân giả dịnh

SUMMARY

PROCESS OF PRODUCTION SAMPLE HAS INTESTINAL PARASITES USING FOR EXTERNAL QUALITY ASSESSMENT

Objectives: Production of simulated stool samples containing intestinal parasites. Evaluate homogenneity and stability of simulated stool samples containing intestinal parasites. **Methods:** Experimental study at the standard testing laboratory of Ministry of Health - University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city. **Results:** Cheek powder is suitable as a base fertilizer for pathogenic larvae/eggs including: Strongyloides stecoralis, Ancylostoma duodenale/ Necator americanus, Taenia sp. The process of producing liquid semi-liquid samples for external examination has been successfully studied with a reasonable amount of intestinal parasites within 14 days, storage temperature 25^0C – 30^0C. **Conclusion:** Produce a simulated stool containing intestinal parasites with ISO 17043 homogenneity and stability

[1]TT kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh
[2]Khoa điều dưỡng kỹ thuật Y học Tp. HCM
[3]Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Tp. HCM
[4]Bệnh viện Nguyễn Trãi
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Huy
Email: drvuquanghuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 21.5.2019
Ngày duyệt bài: 28.5.2019

for parasitological examinations.

Key words: EQAs, intestinal parasites, simulated stool

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Soi phân là xét nghiệm cơ bản và rẻ tiền để tìm ký sinh trùng đường ruột (KSTĐR) trong cơ thể người bệnh, có giá trị tuyệt đối khi cho kết quả dương tính. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có đơn vị nào cung cấp mẫu sử dụng cho chương trình ngoại kiểm soi phân tìm KSTĐR.

Đánh giá chất lượng bên ngoài (EQA) là một công cụ có giá trị để đánh giá tính độc lập kết quả xét nghiệm và so chất lượng giữa các PXN. Bên cạnh đó, ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm là một yêu cầu bắt buộc đối với các PXN muốn đạt ISO 15189: 2007.

Nhằm tiến tới lộ trình liên thông kết quả xét nghiệm trên phạm vi toàn quốc theo quyết định số 316/QĐ-TTg của Thủ Tướng Chính Phủ về phê duyệt Đề án tăng cường năng lực hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm y học giai đoạn 2016-2025, các Trung tâm Kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm phải cung cấp mẫu đạt yêu cầu về chất lượng và phù hợp với xét nghiệm của đa số phòng xét nghiệm [1].

Năm 2014, Trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học tại Đại học Y Dược, Thành phố Hồ Chí Minh hợp tác quốc tế với Úc cung cấp miễn phí ngoại kiểm cho 86 PXN nhưng vẫn chưa bao phủ đến lĩnh vực Ký sinh trùng, đặc biệt là ký sinh trùng đường ruột [3]. Vì thế, nhóm nghiên cứu quyết định thực hiện đề tài *"Quy trình sản xuất mẫu ngoại kiểm tìm ký sinh trùng đường ruột dùng cho ngoại kiểm".*

Mục tiêu nghiên cứu. Sản xuất thử nghiệm mẫu phân giả định chứa KSTĐR.

Đánh giá tính đồng nhất và độ ổn định của mẫu phân giả định chứa KSTĐR.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu thực nghiệm.

Địa điểm nghiên cứu. Trung tâm Kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học Đại học Y dược TP.HCM.

Đối tượng nguyên cứu. Mẫu phân giả định chứa KSTĐR.

Thu thập số liệu. Các dữ liệu kết quả trong quá trình sản xuất và đánh giá mẫu.

Phương pháp tiến hành. Thu thập KSTĐR từ mẫu phân dương tính được bảo quản trong F2AM gửi từ bệnh viện bệnh Nhiệt đới.

Xử lý mẫu phân bằng cách dùng lưới lọc và phương pháp Formol – Ether lọc bớt chất cặn bã, lấy KSTĐR.

Lựa chọn vật liệu làm chất nền phù hợp làm phân giả định đạt tiêu chí về màu sắc, độ che phủ KST ĐR.

Cho vật liệu làm chất nền vào nước cất tạo hỗn hợp sệt, lấy 2-3 ml hỗn hợp trên cho vào lọ vô trùng 1,5 ml, hòa với 1-4 ml F2AM, dùng micropipet hút KSTĐR cho vào lọ trên.

Đánh giá tính đồng nhất và độ ổn định theo tiêu chuẩn ISO 17043: 2011 [2]: chọn 10 mẫu mỗi lô đánh giá tính đồng nhất, chọn 3 mẫu mỗi lô đánh giá độ ổn định mỗi tuần bắt đầu từ ngày sản xuất.

Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả sàng lọc vật liệu làm chất nền

Bảng 1*. Mô tả sự biến dạng của ấu trùng/trứng giun sán khi được bổ sung vào vật liệu có chứa Formaline 10% theo thời gian*

	Bột trà xanh	Bột rau má	Bột mỳ	Khoai tây nghiền	Bí đỏ nghiền	Đậu xanh nghiền	Đất sét
Ngày 1	-	-	-	+	+	+	-
Ngày 2	-	-	-				-
Ngày 3	-	-	-				-
Ngày 4	-	-	-				-
Ngày 5	+	-	-				-
Ngày 6		-	-				-
Ngày 7		-	-				-

Kết quả đánh giá tính đồng nhất

Bảng 2. *Kết quả đánh giá tính đồng nhất của lô 1*

	Ấu trùng Strongyloides stecoralis			Trứng Ancylostoma duodenale/Necator americanus			Trứng Taenia sp		
	Lame 1	Lame 2	Lame 3	Lame 1	Lame 2	Lame 3	Lame 1	Lame 2	Lame 3
Mâu 1	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Mẫu 2	-	+	+	+	+	-	+	+	-
Mẫu 3	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 4	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Mẫu 5	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 6	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Mẫu 7	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Mẫu 8	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 9	+	+	+	+	+	-	-	-	+
Mẫu 10	+	-	+	+	+	+	+	+	+

(+): có, (-): không

Bảng 3. *Kết quả đánh giá tính đồng nhất của lô 2*

	Ấu trùng Strongyloides stecoralis			**Trứng Ancylostoma duodenale/Necator americanus**			**Trứng Taenia sp**		
	Lame 1	**Lame 2**	**Lame 3**	**Lame 1**	**Lame 2**	**Lame 3**	**Lame 1**	**Lame 2**	**Lame 3**
Mẫu 1	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 2	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 3	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 4	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 5	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 6	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 7	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 8	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 9	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mẫu 10	+	+	+	+	+	+	+	+	+

(+): có, (-): không

Bảng 4. *Kết quả đánh giá độ ổn định về hình dạng KSTĐR theo thời gian*

Thời gian	**Ấu trùng Strongyloides stecoralis**	**Trứng Ancylostoma duodenale/Necator americanus**	**Trứng Taenia sp**
Tuần 1	100%	100%	100%
Tuần 2	100%	90%	100%
Tuần 3	50%	100%	100%
Tuần 4	60%	100%	100%
Tuần 5	50%	100%	100%
Tuần 6	50%	100%	100%
Tuần 7	50%	100%	100%
Tuần 8	50%	100%	100%
Tuần 9	80%	100%	100%
Tuần 10	50%	100%	100%
Tuần 11	40%	100%	100%
Tuần 12	50%	100%	100%

IV. BÀN LUẬN

Nhằm đánh giá tốt năng lực của kỹ thuật viên PXN, mẫu phân giả định cần có đặc điểm giống phân thật về vĩ mô và vi mô, KST ĐR không bị chất nền che phủ để tránh ảnh hưởng đến kết quả đọc. Dựa theo những tiêu chí trên, nhóm nghiên cứu chọn lựa những vật liệu làm chất nền sau: bột trà xanh, bột rau má, bột mỳ, khoai tây nghiền, bí đỏ nghiền, đậu xanh nghiền, đất sét, được ổn định bằng Formaline 10%.

Ấu trùng/trứng giun sán không bị biến dạng qua 7 ngày khi được đặt vào chất nền của bột rau má, bột mỳ, đất sét (bảng 1). Trong đó bột rau má có dạng xơ giống phân thật, ưu tiên lựa chọn làm phân giả định.

Mẫu phân giả định chứa ấu trùng/trứng giun sán (Strongyloides stecoralis, Ancylostoma duodenale/Necator americanus, Taenia sp) được phân phối dưới dạng bán lỏng vào lọ nhựa 1,5 ml. Kết quả, nhóm đã sản xuất 3 lô mẫu phân giả định cho mỗi loại giun sán:

- Lô 1: 20 mẫu cho mỗi loại giun sán, mật độ KST: (+) (1-2 KST trong một lame).
- Lô 2: 20 mẫu cho mỗi loại giun sán, mật độ

KST: (++) (3-5 KST trong một lame).

- Lô 3: 20 mẫu cho mỗi loại giun sán, mật độ KST: (+++) (> 6 KST trong một lame).

Lấy 10 mẫu của mỗi loại giun sán trong mỗi lô, mỗi mẫu kéo 3 lame, đánh giá tính đồng nhất.

Ở Bảng 2, kết quả đọc lame âm tính xuất hiện rải rác ở cả 3 loại giun sán khi mật độ KST (+), với Bảng 3, kết quả đọc lame dương tính hoàn toàn khi mật độ KST (++), mật độ KST (+++) cũng cho kết quả tương tự. Tuy nhiên, với mẫu phân được phân phối cho PXN tham gia dưới dạng bán lỏng, kết quả trên Bảng 2 vẫn có thể chấp nhận bởi trên thực tế, khi soi phân trực tiếp ra kết quả âm tính, kỹ thuật viên cần soi lại 2-3 lần để cho ra kết quả cuối cùng. Sự hiện diện của KST là kết quả định tính của mẫu, như vậy cả 3 lô sản xuất thử nghiệm đã đạt yêu cầu về tính đồng nhất.

Lô 3 với số lượng ấu trùng/trứng giun sán vừa phải, dễ dàng quan sát hình dạng KST. Lấy 1 mẫu của mỗi loại giun sán trong lô 3, đánh giá độ ổn định theo thời gian ở nhiệt độ 25^0C – 30^0C. Bảng 4 cho thấy ấu trùng giun lương Strongyloides stecoralis đạt độ ổn định về hình dạng trong 2 tuần, trứng Ancylostoma duodenale/Necator americanus và trứng Taenia sp đạt độ ổn định trong 12 tuần.

V. KẾT LUẬN

Sản xuất được mẫu phân giả định chứa ký sinh trùng đường ruột đạt tính đồng nhất và độ ổn định theo thiêu chuẩn ISO 17043 cho ngoại kiểm ký sinh trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thủ Tướng Chính Phủ**, Quyết định số 316/QĐ-TTg ngày 27/02/2016 về phê duyệt đề án tăng cường năng lực quản lý hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm y học giai đoạn 2016 – 2025.
2. **Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO/IEC 17043: 2011 (2011),** Đánh giá sự phù hợp – Yêu cầu chung đối với thử nghiệm thành thạo, Nhà xuất bản Hà Nội, tr.9 - 11.
3. **Vũ Quang Huy,** "Khảo sát nhu cầu tham gia ngoại kiểm và đánh giá chất lượng năm 2015 tại các phòng xét nghiệm thuộc Trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học thuộc Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 20 (5): 397-403.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA 60 BỆNH NHÂN U MÀNG NÃO CÁNH XƯƠNG BƯỚM ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Văn Dũng[1], Đồng Văn Hệ[2], Bùi Ngọc Tiến[1], Vũ Văn Hòe[3], Nguyễn Văn Hưng[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của 60 bệnh nhân u màng não cánh xương bướm được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 3 năm 2013 đến tháng 09 năm 2015. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng kết hợp theo dõi dọc. ***Kết quả:*** Một số đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ UMN cánh xương bướm là: tăng tín hiệu trên T2W 70%, giảm tín hiệu trên T1W 55%, 100% bắt thuốc đối quang từ. Kích thước u ở nhóm 4-6cm chiếm nhiều nhất 50%. Phân bổ vị trí u chủ yếu ở 1/3 giữa 46,7%. Giá trị của cộng hưởng từ nổi bật trong phân tích mối quan hệ của khối u với thành phần xung quanh ở vị trí 1/3 trong: liên quan động mạch cảnh trong 91%, động mạch não giữa 61%, xâm lấn xoang hang 36,7%.

[1]*Bệnh viện 198*
[2]*Bệnh viện Việt Đức*
[3]*Bệnh viện quân y 103*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dũng
Email: doctordung1969@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 16.5.2019
Ngày duyệt bài: 21.5.2019

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF 60 PATIENTS WITH SPHENOID WING MENINGIOMA SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: Comments magnetic resonance imaging characteristics of 60 patients with sphenoid wing meningiomas surgery at Viet Duc hospital from March to September 2013 2015 years. Research methods: the study is Cross - sectional descriptive not confronting combined track along. Result and Conclusions: Characteristics magnetic resonance imaging sphenoid wing meningioma is: increase signal on T2W 70%, reducing the signal on T1W 55%, 100% T1W with the contrast. Size u in Group 4-6 cm constitute the most 50%. Allocation of the position mainly in 1/3 between 46.7%. The value of magnetic resonance in relationship analysis of the tumor with surrounding components in the location 1/3: with the carotid in related: 91%, Middle cerebral artery 61%, cavernous sinus invasion 36.7%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não cánh xương bướm thuộc khối u nền sọ, năm 1938 Cushing và Eisenhard đã phân

loại thành ba vị trí 1/3 ngoài, 1/3 giữa, 1/3 trong. Khối u ở vị trí này có xu hướng xâm lấn vào cánh xương bướm, đặc biệt ở vị trí 1/3 trong có liên quan chặt chẽ với xoang hang, động mạch cảnh trong, các dây thần kinh sọ đi trong xoang hang với đặc điểm này là yếu tố có ý nghĩa rất lớn liên quan đến tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tái phát, và kết quả phẫu thuật nói chung [1],[3],[5].

Cộng hưởng từ (CHT) giúp cho việc chẩn đoán chính xác vị trí, đặc điểm khối u và các thành phần liên quan đến khối u, dựa trên phân tích hình ảnh khối u trên CHT giúp cho các nhà phẫu thuật tiên lượng cũng như lập kế hoạch cụ thể chiến lược lấy u, dự phòng khó khăn, nguy cơ có thể xảy ra trong mổ [2][8]. Do vậy chúng tôi chọn đề tài "Nhận xét đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của 60 bệnh nhân u màng não cánh xương bướm được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức". Với hai mục tiêu:

1- Mô tả đặc điểm hình ảnh CHT của của u màng não cánh xương bướm.

2- Nhận xét giá trị của CHT trong xác định một số thành phần liên quan quan trọng của u màng não cánh xương bướm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán là u màng não cánh xương bướm và đã được điều trị vi phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 3 năm 2013 đến tháng 09 năm 2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng kết hợp theo dõi dọc.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Vị trí u: được chia thành 3 vị trí 1/3 ngoài, 1/3 giữa và 1/3 trong cánh xương bướm theo giải phẫu theo tác giả Havey Cushing (1938).
- Kích thước u: được đo trên ba chiều lấy đường kính lớn nhất và chia thành các nhóm: <3cm, 3-4cm, 4-6cm và > 6cm. Theo phương pháp Liu D (2013) [4].
- Đặc điểm trên phim chụp cộng hưởng từ chưa tiêm thuốc cản quang: mô tả đặc điểm khối u trên các xung T1W và T2W.s
- Đặc điểm khối u trên phim cộng hưởng từ có tiêm thuốc cản quang: mức độ ngấm thuốc, ranh giới khối u, tính đồng nhất hay không đồng nhất.
- Đánh giá hình ảnh liên quan của khối u với động mạch cảnh trong (ĐMCT), động mạch não giữa đoạn M1,M2 (tiếp xúc hay xâm lấn bao bọc động mạch) theo tác giả Bronchi (2008) [6]. Bassionuni (2009)[3].
- Đặc điểm khối u liên quan xoang hang: chia làm hai nhóm, nhóm liên quan xoang hang và không liên quan xoang hang (không xâm lấn vào thành hoặc trong xoang hang) theo tác giả Nakamura (2006)[5].

2.4. Đưa ra một số nhận xét về giá trị của cộng hưởng từ trong xác định một số thành phần liên quan quan trọng của u màng não cánh xương bướm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm hình ảnh u màng não cánh xương bướm trên cộng hưởng từ.

Bảng 3. 1. Đặc điểm trên phim cộng hưởng từ chưa tiêm thuốc (N=60)

Đặc điểm u		N	%
Trên T1W	Giảm tín hiệu	33	55,0
	Đồng tín hiệu	14	23,3
	Tăng tín hiệu	12	20
	Hôn hợp	1	1,7
Trên T2W	Giảm tín hiệu	-	-
	Đồng tín hiệu	18	30,0
	Tăng tín hiệu	42	70,0
	Tín hiệu hôn hợp	-	-

Cộng hưởng từ là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị nhất, nó khảo sát tương đối toàn diện các hình thái và đặc điểm khối u và những thành phần xung quanh. Tương ứng với chụp CLVT chẩn đoán vị trí giải phẫu, ngoài chẩn đoán theo tiêu chuẩn phân loại của Cushing (1938) thì dựa vào gốc bám của u trên CHT, Al-Mefty còn chia UMNCXB 1/3 trong làm 03 nhóm [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% trường hợp được chụp cộng hưởng từ trước mổ, trong đó vị trí u ở 1/3 trong 24/60 trường hợp chiếm (40%). Nakamura (2006) [5] chia ra làm 02 nhóm nhóm I: Không liên quan xoang hang (u không dính hay xâm nhập xoang hang) có 39 /108 ca (36,1%), nhóm II là UMNCXB có liên quan đến xoang hang (dính hoặc xâm nhập xoang hang) có 69/108 ca chiếm 63,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% khối u có hình ảnh của tính chất ngoài trục trên T1W, trong nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.1 cho thấy cường độ tín hiệu giảm nhẹ tỷ trọng so với chất xám trên các xung T1W (55%), đồng tín hiệu 23%, tăng tín hiệu trên các xung T2W (70%). Attia M và cộng sự (2012) [2] có kết quả phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi tăng tín hiệu trên T2W 86,4%. Tỷ lệ này cũng được nhiều tác giả công bố [3][4][6][8].

Bảng 3.2. Đặc điểm trên cộng hưởng từ có tiêm thuốc cản quang (N=60)

Đặc điểm u		N	%
Ngấm thuốc	có	60	100,0
	Không	không	-
Đồng nhất	Có	56	93,3

	Không	4	6,7
Ranh giới	Rõ	60	100,0
	Không rõ	-	-
Xâm lấn xoang hang	Có	36	60
	không	24	40

Trên phim CHT có tiêm thuốc đối quang từ bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ bắt thuốc là 100%, bắt thuốc tương đối mạnh, chứng tỏ nguồn mạch nuôi u rất phong phú và nguy cơ chảy máu trong mổ là rất cao, ranh giới của khối u với tổ chức não rõ 100% cho thấy khả năng lành tính của u màng não rất cao. Nghiên cứu của Trần Văn việt (2011) có tới 76% bờ viền rõ khi tiêm thuốc đối quang từ, Nguyễn trọng Yên (2014) 94,1%, Nguyễn Ngọc khang (2013) [1] 92,5%, không đồng nhất chúng tôi có 4 trường hợp chiếm 6,7%, tính không đồng nhất ở đây là do vôi hóa, nang trong u, hoại tử, chảy máu trong u.

Bảng 3.3. Kích thước khối u trên phim cộng hưởng từ

Kích thước u	N	%
Dưới 3m	7	11,7
3-4 cm	13	21,7
4-6cm	28	46,7
> 6cm	12	20
Tổng cộng	**60**	**100**

Sử dụng kích thước đường kính lớn nhất của u đại diện cho nghiên cứu, phương pháp này cũng được nhiều tác giả sử dụng, kết quả của chúng tôi cho thấy kích thước < 3cm tỷ lệ ít nhất chiếm 11,7%, 4- 6cm chiếm nhiều nhất 46,7%, kích thước trung bình u 48,36 mm ± 14,739. Đường kính khối u chiếm nhiều nhất trong khoảng từ 4-6cm. Liu D và cộng sự (2012)[4] báo cáo 127 ca u màng não 1/3 trong cánh xương bướm trong đó nhóm từ 3-6 cm chiếm tỷ lệ cao. Jun Y và cộng sự (2013) cũng báo cáo 35/53 (66%) u lớn với đường kính 6 cm, 18 ca (34%) u khổng lồ với đường kính 8,1cm. Các tác giả đều nhận thấy rằng tỷ lệ khối u lớn >6 cm hay khối u khổng lồ cũng chiêm tỷ lệ khá cao, điều này chứng tỏ rằng khi bệnh nhân được chẩn đoán cộng hưởng từ thì khối u cũng đã trải qua thời gian phát triển khá dài. Sughrue (2013) [7] trong một nghiên cứu gần đây cũng có kết luận rằng kích thước trung bình của khối u không có sự khác biệt giữa ba nhóm và không có ý nghĩa thống kê [3][6][2].

3.4. Giá trị của cộng hưởng từ xác định mối liên quan động mạch và xoang hang với khối u

3.4.1. Liên quan đến động mạch cảnh trong

Bảng 3.4. Mối liên quan khối u với động mạch cảnh trong và động mạch não giữa.

Đặc điểm U	Vị trí u			Tổng	p
	1/3 ngoài	1/3 giữa	1/3 trong		
Bọc ĐMCT	0	2 (9,5%)	19(90,4%)	21	0,000
Bọc M1	0	19(54,3%)	16(45,8%)	35	0,001
Bọc M2	2(8,7%)	20(86,9%)	1(4,3%)	23	0,000

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 21 trường hợp 35% liên quan đên động mạch cảnh trong, 58,3% xâm lấn động mạch não giữa. Vị trí u 1/3 trong chiếm 90,4% xâm lấn động mạch cảnh trong , chỉ có 9,6% ở vị trí u ở1/3 giữa. Sự khác biệt theo vị trí có ý nghĩa thống kê P<0,05.

Nghiên cứu gần đây của Sughrue (2013) [7] có 32% vị trí 1/3 trong, 5% vị trí 1/3 giữa và cũng có ý nghĩa thống kê, ông cũng cho rằng vị trí u 1/3 trong có liên quan rất lớn tới động mạch cảnh trong. Tỷ lệ này cao do nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả những khối u dính và bao bọc động mạch cảnh trong, Pirotte và Bronchi (2008) [6] cũng cho rằng ĐMC và nhánh của nó có thể bị đè ép, căng giãn hoặc xâm lấn, Zhang J và cộng sự (2013) trong nghiên cứu 178 ca UMNCXB 1/3 trong cũng báo cáo 132 ca (74,2%) u xâm lấn động mạch cảnh trong và nhánh của nó. Bassionuni và cộng sự (2009)[3] nghiên cứu 106 ca UMN 1/3 trong cánh xương bướm có 50 ca (47,2%) liên quan tới động mạch cảnh trong và nhánh của nó và các một số tác giả cũng công bố tỷ lệ này khá cao [4][6][8]. Bởi vậy với việc phân tích hình ảnh CHT đặc biệt trên xung T2W cho ta biết rõ được khối u liên quan tới mạch máu xung quanh như thế nào đặc biệt đối với UMN 1/3 trong cánh xương bướm là vùng giải phẫu nền sọ với hệ thống mạch máu quan trong và phức tạp liên quan tới u. Nghiên cứu của chúng tôi cũng đã chứng minh được rằng sự liên quan với động mạch cảnh trong đối với UMN ở 1/3 trong là rất lớn, với giá trị của CHT trên xung T2W cung cấp cho ta biết rõ được khối u chỉ tiếp xúc hay bao bọc xâm lấn động mạch cảnh trong ở đoạn nào giúp cho các nhà phẫu thuật lập kế hoạch và tiên lượng được cuộc mổ.

3.4.2. Liên quan đến động mạch não giữa. Động mạch não giữa đoạn M1, M2 cũng thường có liên quan chặt chẽ với vị trí u ở 1/3

trong và giữa, cũng rất có nguy cơ tổn thương mà hậu quả là mất máu dẫn đến tử vong, co mạch dẫn tới thiếu máu não để lại di chứng nặng nề, việc phân tích đánh giá hình ảnh của M1, M2 liên quan với khối u rất quan trọng để có kế hoạch khi lấy u. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ liên quan đến động mạch não giữa khác nhau ở 03 nhóm, sự khác biệt này có ý nghĩa thông kê, tỷ lệ u ở 1/3 trong là cao nhất chiếm 61%, 34,7% ở 1/3 giữa, 4,3% ở vị trí 1/3 ngoài. Theo nghiên cứu của Sughrue (2013) [7] tỷ lệ xâm lấn động mạch não giữa ở ba vị trí cũng rất khác nhau 45% ở 1/3 trong, 24% ở 1/3 giữa, 0% ở 1/3 ngoài, ông cũng nhận thấy rằng sự khác biệt này có ý nghĩa thông kê. Các khối u lớn thường xâm lấn các cấu trúc mạch máu thần kinh chính và xâm lấn vào xoang hang và nhận nguồn cung cấp rất dồi dào.

3.4.3. Liên quan với xoang hang

Bảng 3.5. Mối liên quan với xoang hang theo vị trí của u

Mối liên quan	Vị trí			Tổng	P
	1/3 ngoài	1/3 giữa	1/3 trong		
Liên quan	0	12(42,9%)	24(100%)	36	0,000
Không liên quan	8(100%)	16(57,1%)	0	24	
Tổng	**8**	**28**	**24**	**60**	

Trước một bệnh nhân chẩn đoán UMN cánh xương bướm đặc biệt là vị trí 1/3 trong thì khi khám lâm sàng và phân tích hình ảnh thì nhà phẫu thuật đặt vấn đề quan tâm hàng đầu là khối u có liên quan đến xoang hang không? Nếu liên quan thì khối u chỉ dính vào thành ngoài xoang hang hay xâm lấn vào xoang hang. Kết hợp với triệu chứng lâm sàng để đánh giá mối liên quan của khối u với các thành phần ở xoang hang như thế nào bằng các dấu hiệu thiếu hụt thần kinh sọ III, IV, V, VI. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở khối u ở vị trí 1/3 trong tỷ lệ xâm lấn xoang hang chiếm cao nhất 66,7%, ở 1/3 giữa 33,3%, sự khác biệt giữa 3 vị trí có ý nghĩa thống kê?. Nghiên cứu của Sughrue (2013) [7] 27% ở 1/3 trong, 14% ở 1/3 giữa, chúng tôi cũng không gặp ca nào ở vị trí 1/3 ngoài, với kết quả này cũng phù hợp với vị trí giải phẫu liên quan ở vùng cánh xương bướm. Verma S.K (2016) [8] cũng có kết quả 43/57 (75,4%), ông chia làm hai nhóm theo liên quan và không liên quan tới xoang hang và kết quả nhóm 1: 43,8% tức nhóm không liên quan đến xoang, nhóm 2 liên quan xoang hang có 85,7%, nhóm 2 cao hơn nhóm một p< 0,01 có ý nghĩa thống kê [1],[4],[5],[6]. Phân tích này rất có ý nghĩa trong lập kế hoạch mổ, đường vào lấy u và dự định lấy u toàn bộ hay không, chúng tôi cũng cho rằng với những khối u xâm lấn xoang hang mà trên lâm sàng có tổn thương thiếu hụt thần kinh rất rõ thì khả năng cải thiện sau mổ là dè dặt, bởi vậy dựa trên phân tích này việc thông tin cho bệnh nhân biết rõ trước được khả năng lấy hết u và tiên lượng phục hồi sau mổ.

IV. KẾT LUẬN

Một số đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ UMN cánh xương bướm là: tăng tín hiệu trên T2W 70%, giảm tín hiệu trên T1W 55%, 100% bắt thuốc đối quang từ. Kích thước u ở nhóm 4-6cm chiếm nhiều nhất 50%. Phân bổ vị trí u chủ yếu ở 1/3 giữa 46,7%, 1/3 trong 40%.

Giá trị của cộng hưởng từ nổi bật trong phân tích mối quan hệ của khối u với thành phần xung quanh ở vị trí 1/3 trong: liên quan động mạch cảnh trong 91%, động mạch não giữa 61%, xâm lấn xoang hang 36,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Ngọc Khang (2013).** "Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị vi phẫu thuật UMN vùng củ yên", Luận án tiến sĩ y khoa, HVQY
2. **Attia M., Umansky F. (2012),** "Giant anterior clinoidal meningiomas: surgical techniqueand outcomes", J Neurosurg 117, pp. 654–665.
3. **Bassiouni H., Siamak Asgari S. (2009),** "Anterior clinoidal meningiomas: functional outcome after microsurgical resection in a consecutive series of 106 patients ", J Neurosurg 111, pp. 1078–1090.
4. **Liu D and et al. (2012),** "Large Medial Sphenoid Wing Meningiomas: Long-Term Outcome and Correlation with Tumor Size after Microsurgical Treatment in 127 Consecutive Cases", Turkish Neurosurgery , 22 (5), pp. 547-557.
5. **Nakamura M., et al. (2006),** "Medial Sphenoid Wing Meningioma :Clinical outcome and recurrence rate", Neurosurgery 58, pp. 626-639.
6. **Pirotte B.J.M., Brotchi J. (2008**), "Lateral and Middle Sphenoid Wing Meningiomas", Meningioma; diagnosis.treatment and outcome, Edited by J.H.Lee, (39), pp. 359-366.
7. **Sughrue M.E., Rutkowski M.J (2013**), "Modern surgical outcomes following surgery for sphenoid wing meningiomas", J Neurosurg 119, pp. 86–93.
8. **Verma S.K., et al. (2016).** "Medial sphenoid wing meningioma: experience with microsurgical resection over 5 years and a review of literature", Neurology India, 64(3), pp. 465-475.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT ARMS-PCR XÁC ĐỊNH ĐỘT BIẾN GEN BRCA2 6174DELT VÀ TP53 ARG72PRO Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ

Nguyễn Thị Trang*, Lê Thị Minh Phương*

TÓM TẮT

BRCA2 và TP53 là các gen ức chế khối u được xác định là một trong những nguyên nhân gây bệnh ung thư vú ở những người trẻ tuổi. Nghiên cứu này nhằm nghiên cứu một phương pháp pháp hiện nhanh các đột biến thường gặp của hai gen này và đánh giá tần số đột biến của các gen BRCA2 và TP53 ở những bệnh nhân ung thư vú nguy cơ cao. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ đột biến gen BRCA2 6174delT và TP53 Arg72Pro trên bệnh nhân (BN) ung thư vú (UTV) tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng kỹ thuật ARMS-PCR. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú và 50 người nữ bình thường. Sử dụng ADN tách từ máu ngoại vi, ứng dụng kỹ thuật SHORT-ARMS- PCR để xác định kiểu gen BRCA2 và TP53. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 43,05± 5,85. Không phát hiện trường hợp nào mang đột biến gen BRCA2 6174delT ở nhóm chứng, trong khi ở nhóm bệnh có 4 bệnh nhân (8%) ở nhóm bệnh mang kiểu gen dị hợp tử, không có trường hợp nào có kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Sự khác biệt về tần số allen giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,5, OR = 9,37, 95% Cl = 0,50 – 176,44. Đột biến gen TP53 Arg72Pro xuất hiện ở 2 trường hợp ở nhóm chứng ở trạng thái dị hợp tử, còn ở nhóm bệnh phát hiện 28 bệnh nhân mang đột biến này ở trạng thái dị hợp và 2 bệnh nhân mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê giữa tần số allen của nhóm chứng và nhóm bệnh với p < 0,001, OR = 23,06, 95% Cl = 5,35 - 99,46. **Kết luận:** *Mô tả được đột biến gen BRCA26174delT và TP53 Arg72Pro ở những phụ nữ ung thư vú nguy cơ cao ở Việt Nam.*

Từ khóa: Ung thư vú, SHORT-ARMS-PCR, BRCA1, BRCA2 6174delT, TP53 Arg72Pro.

SUMMARY

APPLICATION OF ARMS-PCR TECHNIQUES TO DETERMINE BRCA2 6174DELT AND TP53 ARG72PRO GENERATION IN BREAST CANCER DISEASE

Background: BRCA2 and TP53 are tumor suppressor genes identified as one of the causes of breast cancer in young people. This study aims to study a method for rapidly expressing common mutations of these two genes and assess mutation frequency of BRCA2 and TP53 genes in high-risk breast cancer patients. **Material and method:** 50 patients were diagnosed with breast cancer and 50 normal women. Using DNA extracted from peripheral blood, applying SHORT-ARMS-PCR technique to identify BRCA2 and TP53 genotypes. **Results:** The average age of the study group was 43.05 ± 5.85. No cases of BRCA2 6174delT mutation were detected in the control group, while in the group of patients there were 4 (8%) in heterozygous genotypes, none of them had homozygous genotypes. The difference in the frequency of allen between the two groups was statistically significant with p <0.5, OR = 9.37, 95% Cl = 0.50 - 176.44. The mutation TP53 Arg72Pro appeared in 2 cases in the control group in heterozygous state, while in the group of patients, 28 patients with this mutation were found in heterozygous state and 2 patients with heterozygosity turn. The difference is statistically significant between alleles of the control group and the disease group with p <0.001, OR = 23.06, 95% Cl = 5.35 - 99.46.

Keywords: Breast cancer, SHORT-ARMS-PCR, BRCA1, BRCA1 4153delA, BRCA1 185delAG, BRCA1 Cys61Gly, BRCA1 5382insC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở phụ nữ bị ung thư. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc ung thư vú đã tăng hơn gấp đôi trong hai thập kỷ qua từ tỷ lệ được chuẩn hóa theo tuổi 13,8 trên 100.000 phụ nữ trong năm 2000 đến 29,9 trên 100.000 phụ nữ trong năm 2010. Khoảng 10 – 15% trường hợp ung thư vú được chứng minh liên quan đến đột biến các gen nhạy cảm BRCA1, BRCA2, CHECK2 và TP53. Xét nghiệm di truyền đối với đột biến di truyền trong BRCA1 và BRCA2 đã trở thành không thể thiếu đối với phụ nữ có tiền sử gia đình bị ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng.

BRCA2 nằm trên cánh dài của NST số 13. Bên cạnh BRCA1, BRCA2 là dấu ấn sinh học mạnh nhất được chứng minh liên quan trực tiếp đến bệnh ung thư vú và/hoặc ung thư buồng trứng. Sản phẩm protein của gen BRCA2 tham gia vào cơ chế sửa chữa DNA chuỗi kép theo còn đường HR. Thiếu hụt hoặc sai lệch chức năng của các protein này dẫn tới thiếu hiệu quả trong cơ chế sửa chữa DNA dẫn tới phát sinh ung thư. TP53 nằm trên NST 17p13 mã hóa cho protein có trọng lượng phân tử 53kDa, đóng vai trò trung tâm trong kiểm soát chu kì tế bào, sửa chữa DNA và apoptosis. Do đó, TP53 đóng vai trò như người bảo vệ hệ gen. Mất hoặc đột biến gen này là thay đổi di truyền phổ biến nhất trong hầu hết các bệnh ung thư, trong đó có ung thư vú.

Đa hình Arg72Pro tại codon 72 exon 4 được

**Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang
Email: trangnguyen@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài:7.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 17.5.2019
Ngày duyệt bài: 22.5.2019

báo cáo liên quan đến nguy cơ và tiên lượng nhiều loại ung thư. Đa hình này xuất phát từ việc thay thế 1 nucleotid ở codon 72 từ bộ ba CCC thành CGC, dẫn đến acid amin được mã hóa từ arginine thành proline.

Tp53 là đột biến gen thường xảy ra nhất trong ung thư vú, đặc biệt là ung thư vú thể xâm lấn. 30 - 35 trường hợp ung thư vú được phát hiện có đột biến gen TP53. Ở những bệnh nhân âm tính với cả 3 marker ER, PR và HER2, có đến 80% trườn hợp gen này bị đột biến. Cũng vì tỷ lệ cao như vậy, TP53 được xem là dấu ấn sinh học tiềm năng, đích đến của phương pháp điều trị đích. *Mục đích nghiên cứu: Xác định tỷ lệ đột biến gen BRCA2 6174delT và TP53 Arg72Protrên bệnh nhân ung thư vú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng kỹ thuật ARMS-PCR.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm bệnh: 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú đang điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nộiđồng ý tham gia nghiên cứucó một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ sau:

- Được chẩn đoán ung thư vú trước 50 tuổi
- Tiền sử gia đình có: người bị ung thư vú hai bên; cả ung thư vú và ung thư buồng trứng ở một hay nhiều người trong gia đình; nhiều bệnh ung thư vú trong gia đình; ung thư vú ở nam giới.

Nhóm chứng: 50 phụ nữ bình thường không mắc bất kì bệnh ung thư nào.

Các bệnh nhân này được xét nghiệm xác định đột biến gen BRCA2 và TP53 tại Trung tâm Tư vấn Di truyền – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Thời gian: Từ tháng 4/2018 đến tháng 4/2019.

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp mô tả cắt ngang có đối chứng

2.2.1. Tách chiết AND. Sử dụng sản phẩm ADN được tách từ mẫu mẫu ngoại vi bằng bộ kit ADN Express của hãng Lytech (Nga). Kiểm tra độ tinh sạch của DNA trên máy Nanodrop của hãng Thermo Scientific (Mỹ). Mẫu đạt được tiêu chuẩn chất lượng khi độ tinh sạch đạt 1,8 – 2,0; nồng độ ADN đạt 100 – 500 Ng/µl.

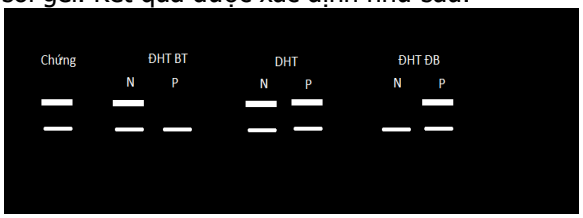
Trình tự mồi của các đột biến BRCA2 6174delT và TP53 Arg72Pro được xác định như sau:

Bảng 2.1: Trình tự mồi

Mồi	Trình tự mồi
BRCA2 6174delT: Mồi xuôi chung	5′-CATAACCAAAATATGTCTGGATTGGAG-3′
Mồi allen thường	5′-CTGATACCTGGACAGATTTTCCAC-3′
Mồi allen đột biến	5′-CCTGGACAGATTTTCCCTTGC-3′
TP53 Arg72Pro: Mồi xuôi chung	5′- TGCAGGGGGATACGGCCAGGCATTGAAGTC -3′
Mồi allen thường	5′- GCTGCTGGTGCAGGGGCCAGGG - 3′
Mồi allen đột biến	5′- CCAGAATGCCAGAGGCTGCTCCGCG - 3′

Xác định các đột biến nghiên cứu bằng cách ứng dụng kĩ thuật ARMS - PCR trên máy CFX96 (BioRad, Mỹ). Chu trình luân nhiệt bao gồm các bước: 1. Giai đoạn biến tính ban đầu kéo dài 3 phút ở 94 ^{o}C; 2.40 chu kì luân nhiệt gồm biến tính ở 94 ^{o}C trong 15 giây và ghép cặp trong 40 giây.

Điện di sản phẩm trên gel agarose 1,5%có nhuộm ethidium bromide và quan sát dưới màn soi gel. Kết quả được xác định như sau:



Chú thích: *ĐHT ĐB: đồng hợp tử đột biến; DHT: dị hợp tử; ĐHT BT: đồng hợp tử bình thường*

Phương pháp ARMS - PCR cho phép xác định một cách nhanh chóng và chính xác đột biến cần quan sát, gồm 40 phút cho tách ADN và 1 giờ cho phản ứng PCR; trong khi giá thành giảm hơn rất nhiều so với giải trình tự gen.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu thu thập được là chính xác và trung thực được xác nhận và chấp thuận bởi cơ sở nghiên cứu. Bệnh nhân xác nhận tham gia nghiên cứu và có quyền ngừng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không chịu ràng buộc gì. Sau khi có kết quả, bệnh nhân được tư vấn và điều trị phù hợp.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả tách chiết AND. 100 mẫu nghiên cứu được tách ADN bằng kit tách ADN-express (Lytech, Nga). Xác định độ tinh sạch của sản phẩm ADN tách được bằng hệ thống Nanodrops của hãng Thermo Scientific (Mỹ). Kết quả thu được ghi vào bảng sau:

Bảng 3.1. Độ tinh sạch ADN

Nồng độ ADN	Nồng độ AND, Ng/µl	Độ tinh sạch
Thấp nhất	124	1,82
Cao nhất	543	1,95
Trung bình	321,85±100,22	1,87±0,04

Nhận xét: Lượng ADN thu được từ các mẫu đạt tiêu chuẩn nghiên cứu với nồng độ cao nhất đạt 543ng/µl, thấp nhất đạt 124ng/µl; độ tinh sạch cao nhất là 1,95 thấp nhất là 1,82.

Độ tinh sạch của ADN sau khi tách bằng kit tách ADN – Express là đạt tiêu chuẩn xét nghiệm. Tuy nhiên có 1 mẫu nồng độ ADN tách được cao trên 500ng/µl, do vậy phải pha loãng 2 lần bằng chính kit tách. Đây là bước đầu tiên quyết định sự thành công của phản ứng PCR. Bộ kit ADN – Express (Nga) có ưu thế là phương pháp đơn giản, cho sản phẩm nhanh nên có thể sử dụng trong một số phản ứng nhất định.

3.2. Đặc điểm tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 43,05± 5,85, bệnh nhân ít tuổi nhất là 34 tuổi, nhiều tuổi nhất là 58 tuổi. Mặc dù độ tuổi phổ biến phát hiện ung thư vú ở Việt Nam từ 45 – 55 tuổi [1]. Nhưng kết quả này là phù hợp khi nghiên cứu tập trung vào đối tượng là các bệnh nhân ung thư vú còn trẻ (phát hiện bệnh trước 50 tuổi) và tiền sử gia đình. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra rằng đột biến BRCA2 liên quan đến những trường hợp ung thư vú trẻ tuổi.

3.3. Tỷ lệ các đột biến gen

➢ ***Đột biến BRCA2 6173delT***

Bảng 3.2: Tần số đột biến gen BRCA2 6173delT và phân phối các alen ở nhóm bệnh và nhóm chứng

Kiểu gen	Nhóm chứng(n =)50	Nhóm bệnh (n=50)	OR	95% Cl	p
WW	50 (100)	46 (92)	0,10	0,01 - 1,95	<0,5
WM	0 (0)	4 (8)	9,77	0,51 - 186,53	<0,5
MM	0 (0)	0 (0)	1,00	0,02 - 51,39	<0,5
Tỷ lệ các alen (%)					
W	100	96	0,11	0,01 - 2,01	<0,5
M	0	4	9,37	0,50 - 176,44	<0,5

Chú thích: W: alen bình thường; M: alen đột biến

Đột biến BRCA2 6174delT thường gặp với tần suất 8% ở cộng đồng người Do Thái [2]. Trong khi đó, cộng đồng người châu Âu và châu Á có tỷ lệ mang gen này thấp hơn nhiều.

Trong nghiên cứu này, không phát hiện đột biến BRCA2 6174delT trong nhóm chứng. Ở nhóm bệnh có 4 trường hợp dị hợp tử về đột biến BRCA2 6174delT, không có bệnh nhân nào đồng hợp về đột biến này. Sự khác biệt về tỷ lệ alen trong quần thể của 2 nhóm chứng và nhóm mang bệnh nhân ung thư vú là có ý nghĩa thống kê với p < 0,5, OR = 9,37, 95% Cl = 0,50 - 176,44.

Việc phát hiện 4 trường hợp bệnh nhân ung thư vú mang gen đột biến BRCA2 6174delT (tương ứng 8%) dường như không mâu thuẫn với nghiên cứu trước đó của Nguyễn Thị Minh Chính và cs (2002) [3] hay Tạ Văn Tờ và cs (2010) [4] khi không phát hiện trường hợp nào có đột biến này ở Việt Nam. Thứ nhất là do cỡ mẫu của các nghiên cứu đều không lớn. Thứ hai là khác với các nghiên cứu trước, nghiên cứu này tập trung vào nhóm các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao như ung thư vú khởi phát sớm hoặc gợi ý cho một trường hợp ung thư vú di truyền hoặc có yếu tố gia đình.

➢ ***Đột biến TP53 Arg72Pro***

Bảng 3.3: Tần số đột biến gen TP53 Arg72Pro và phân phối các alen ở nhóm bệnh và nhóm chứng

Kiểu gen	Nhóm chứng(n =50)	Nhóm bệnh(n=50)	OR	95% Cl	p
WW	48 (96)	20 (40)	0,03	0,01 - 0,15	<0,001
WM	2 (4)	28 (56)	30,55	6,68 - 139,76	<0,001
MM	0 (0)	2 (4)	5,21	0,24 - 111.24	<0,001
Tỷ lệ các alen (%)					
W	98	68	0,04	0,01 - 0,19	<0,001
M	2	32	23,06	5,35 - 99,46	<0,001

Chú thích: W: alen bình thường; M: alen đột biến

TP53 là gen đóng vai trò trung tâm của quá trình appotosis trong tế bào. Đột biến gen này liên quan đến rất nhiều loại bệnh ung thư khác nhau. Trong đó đột biến TP53 Arg72Pro liên quan mật thiết với các bệnh ung thư vú [5], đặc biệt tỷ lệ xuất hiện đột biến này rất cao (80%) ở những bệnh nhân âm tính với cả ER, PR và HER2 (TN). Nhiều báo cáo gần đây cho thấy rằng TP53 có thể là một dấu ấn quan trọng và là mục tiêu của điều trị đích, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân TN [6].

Việc tìm thấy đột biến TP53 Arg72Pro ở 30 bệnh nhân, tương ứng với 60%, bao gồm 28 bệnh nhân mang kiểu gen dị hợp tử và 2 bệnh nhân mang kiểu gen đồng hợp là phù hợp với hầu hết các nghiên cứu trước đó. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê giữa tần số allen của nhóm chứng và nhóm bệnh với p < 0,001, OR =

23,06, 95% Cl = 5,35 - 99,46.

Ở nhóm chứng phát hiện 2 trường hợp mang kiểu gen dị hợp tử, cho rằng trong quần thể người Việt Nam cũng có lưu hành đột biến TP53. Những bệnh nhân này thường nhạy cảm hơn với các tác nhân gây ung thư, nên tư vấn để bệnh nhân có chế độ sinh hoạt và ăn uống phù hợp, đồng thời thăm khám và sàng lọc tổng quát thường xuyên để kịp thời phát hiện và điều trị bệnh kịp thời.

Có thể thấy rằng đột biến BRCA2 6174delT cũng không phổ biến ở Việt Nam, kể cả ở nhóm có yếu tố nguy cơ cao. Trái lại tỷ lệ bệnh nhân mang đột biến Tp53 Arg72Pro lại có khuynh hướng cao hơn. Điều này là một gợi ý để các nhà lâm sàng xem xét liệu có thể sử dụng những thuốc điều trị đích mới như PRIMA-1, APR-246 PK11007 và COTI-2 trên bệnh nhân ung thư vú âm tính với cả ER, PR và HER2.

Do chi phí cho xác định đầy đủ các đột biến gen là rất cao, nên rất khó để phân tích đầy đủ tất cả các đột biến và đa hình kiểu gen ở những bệnh nhân ung thư vú. Do đó cần thiết có những nghiên cứu lớn hơn xác định một số đột biến phổ biến trong quần thể người Việt Nam hỗ trợ rất lớn trong việc sàng lọc và tầm soát sớm cho bệnh nhân và gia đình.

IV. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 43,05± 5,85.

- Không phát hiện trường hợp nào mang đột biến gen BRCA2 6174delT ở nhóm chứng, trong khi ở nhóm bệnh có 4 bệnh nhân (8%) ở nhóm bệnh mang kiểu gen dị hợp tử, không có trường hợp nào có kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Sự khác biệt về tần số allen giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,5, OR = 9,37, 95% Cl = 0,50 – 176,44. Đột biến gen TP53 Arg72Pro xuất hiện ở 2 trường hợp ở nhóm chứng ở trạng thái dị hợp tử, còn ở nhóm bệnh phát hiện 28 bệnh nhân mang đột biến này ở trạng thái dị hợp và 2 bệnh nhân mang kiểu gen đồng hợp tử đột biến. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê giữa tần số allen của nhóm chứng và nhóm bệnh với p < 0,001, OR = 23,06, 95% Cl = 5,35 - 99,46.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trieu PD, Mello-Thoms C, Brennan PC.** Female breast cancer in Vietnam: a comparison across Asian specific regions. Cancer Biol Med. 2015 Sep;12(3):238-45.
2. **Neuhausen, S. et al. (1996).** Recurrent BRCA2 6174delT mutations in Ashkenazi Jewish women affected by breast cancer. Nature Genet. **13**, 126–128.
3. **Lê Thị Minh Chính, Đái Duy Ban, Hoàng Minh Châu và CS (2004).** Kết quả nghiên cứu đột biến gen BRCA1 và BRCA2 ở 24 bệnh nhân ung thư vú ở Việt Nam. Những vấn đề nghiên cứu cơ bản trong khoa học sự sống.
4. **Tạ Văn Tờ, Nguyễn Văn Định (2010),** Nghiên cứu xác định đột biến gen BRCA1, BRCA2 trong ung thư vú, Báo cáo tổng kết đề tài nhánh, Bệnh viện K.
5. **Gonçalves, Meire Luzia et al.(2014).** Association of the TP53 codon 72 polymorphism and breast cancer risk: a meta-analysis. Springer Plus vol. 3 749. 17 doi: 10.1186/ 2193-1801-3-749.
6. **Duffy MJ, Synnott NC, Crown J (2018),** Mutant p53 in breast cancer: potential as a therapeutic target and biomarker. Breast Cancer Res Treat. 2018 Jul;170(2): 213-219. doi: 10.1007/ s10549-018-4753-7.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHI BỊ ĐỨT HOÀN TOÀN VÀ GẦN HOÀN TOÀN 1/3 DƯỚI CẲNG TAY VÀ CỔ TAY ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

Phạm Hiếu Liêm[1], Trần Công Tường[2]

TÓM TẮT

Cùng với sự phát triển của xã hội về mọi mặt, các tổn thương đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn cẳng tay và bàn tay cũng tăng theo. Đây là một tổn thương nặng nề và nghiêm trọng hơn nếu chi bị đứt không được khâu nối hoặc khâu nối không hoàn hảo. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng chi bị đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay tại bệnh viện chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca được chẩn đoán bị đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn ở 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay, có đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu và được điều trị nối chi đứt. Bệnh nhân được đánh giá hiệu quả hồi phục chức năng chi bị sau phẫu thuật. **Kết quả:** 34 bệnh nhân được khâu nối ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn. 20 bệnh nhân đạt nhóm I, chiếm 58,8%, 1 bệnh nhân đạt nhóm II, chiếm 2,9%, 13 bệnh nhân đạt nhóm

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

[2]*Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình, TP. Hồ Chí Minh*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2019

Ngày duyệt bài: 24.5.2019

III, chiếm 38,3%. Tất cả các bàn tay của 34 bệnh nhân được khâu nối đều hữu dụng, cầm nắm và giữ vững được các vật nhỏ như đinh ghim, nút áo, viết chữ, đến các vật dụng có kích thước lớn hơn như chai lọ. Tỉ lệ hài lòng bệnh nhân sau phẫu thuật chiếm 94,1%. **Kết luận:** Áp dụng kỹ thuật vi phẫu, kết hợp điều trị nội khoa hỗ trợ, tập vật lý trị liệu, phẫu thuật phục hồi chức năng cho kết quả bàn tay hữu dụng.

Từ khóa: Phục hồi chức năng chi bị đứt lìa; Đứt lìa hoàn toàn; Đứt lìa gần hoàn toàn.

SUMMARY

EVALUATE THE POSSIBILITY OF LIMB REHABILITION FUNCTION AFTER TREATMENT OF TOTAL OR NEARLY TOTAL AMPUTATION OF ONE-THIRD OF THE LOWER FOREARM AND WRIST AT THE ORTHOPEDIC AND TRAUMA HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY

Along with the development of society in all aspects, the total and nearly total amputation of one-third lower forearms and hands also increase. This is a severe injury, especially not treated correctly. **Objectives:** Evaluate the possibility of limb rehabilitation function after treatment of total or nearly total amputation of one-third of the lower forearm and wrist at the orthopedic and trauma hospital in Hochiminh City. **Subjects and research methods:** Cases report included total or nearly total amputation of one-third of the lower forearm and wrist treated using the microsurgical technique. The patient was evaluated for the effect of functional rehabilitation after surgery. **Results:** 34 patients were treated. 20 patients were in group I, accounting for 58.8%, 1 patient was in group II, accounting for 2.9%, 13 patients were in group III, accounting for 38.3%. All hands of the patients were useful, could perform holding small objects such as pins, buttons, letters, and larger items such as bottles. The rate of patient satisfaction after surgery accounted for 94.1%. **Conclusion:** Applying microsurgical techniques, combining with medical treatment support, practicing physiotherapy, rehabilitation surgery could restore the function of the hand.

Keywords: Rehabilitation of the limb function; Total amputated limb; Nearly total amputated limb.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của xã hội về mọi mặt, các tổn thương đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn cẳng tay và bàn tay cũng tăng theo. Đây là một tổn thương rất nặng nề đối với bệnh nhân. Tổn thương nặng nề hơn nếu chi bị đứt không được khâu nối hoặc khâu nối không hoàn hảo. Ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay, cổ tay, rất nhiều các mô quan trọng (gân, mạch máu, thần kinh, khớp, xương) là nơi tiếp giáp giữa cơ và gân cơ. Các mô quan trọng này lại chỉ được che phủ, bảo vệ bởi lớp da và mô dưới da mỏng. Ngày nay, chúng ta đã biết có nhiều phương pháp được chọn để điều trị trong việc khâu nối chi đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn. Việc ứng dụng kỹ thuật vi phẫu ngoài việc phục hồi mạch máu thần kinh còn đòi hỏi phục hồi các cấu trúc giải phẫu khác như cơ, gân cơ, xương. Đối với cơ và gân cơ phải khâu nối tốt, các gân cơ phải trượt được trong bao. Đối với xương phải kết hợp xương vững chắc. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy báo cáo y văn và số liệu khâu nối chi ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay còn hạn chế. Một số thành phố và các tỉnh trong nước đã có báo cáo khâu nối chi đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn ở cẳng tay và cổ tay nhưng với số lượng rất khiêm tốn và báo cáo cắt ngang, đặc biệt là không khảo sát kết quả xa đến khi phục hồi chức năng chi bị đứt. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng chi bị đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay được điều trị bằng nối vi phẫu tại bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình hành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt các trường hợp bệnh.

2.2 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân bị đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn ở 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay nhập bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh.

2.2.1 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2008 đến 06/2012.

2.2.2 Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- *Tiêu chuẩn nhận bệnh:* Được chẩn đoán bị đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn ở 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay; Đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu. Được điều trị nối chi đứt.
- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Thiếu dữ liệu nghiên cứu; Chi tổn thương bị dập nát, chỉ số M.E.S.S từ 9 điểm trở lên, không có chỉ định khâu nối chi. Thời gian thiếu máu nóng trên 6 giờ, thời gian thiếu máu lạnh trên 12 giờ.

2.3 Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu.

2.4 Biến số nghiên cứu: Đánh giá biên độ vận động của cẳng bàn tay 345.

Sấp ngửa cẳng tay; Gập, duỗi, nghiêng trụ, nghiêng quay của cổ tay; Gập, duỗi khớp bàn đốt, khớp liên đốt gần và xa, dạng, khép của các ngón II, III, IV, V; Gập, duỗi khớp bàn đốt, khớp liên đốt, dạng khép và mức độ đối ngón của ngón tay I; Tính tỷ lệ phần trăm của đối ngón cái với các ngón dài so với bên tay bình thường; Tính tỷ lệ phần trăm TAM bằng tổng biên độ vận động gập các khớp của các ngón trừ tổng biên độ duỗi các khớp của các ngón tay so với tay bình thường; Đánh giá độ phân biệt 2 điểm theo hội phẫu thuật bàn tay của Hoa Kỳ 2; Đánh giá

cảm giác theo phân loại Medical Research Council [2].

Bảng 1: Đánh giá độ phân biệt 2 điểm theo hội phẫu thuật bàn tay của Hoa Kỳ [2]

Phân loại	Độ phân biệt 2 điểm
Bình thường	< 6
Vừa	6 – 10
Kém	11 – 15
Bảo vệ	Chỉ nhận thấy 1 điểm

Bảng 2: Phân loại theo MEDICAL RESEARCH COUNCIL

S0	Không có cảm giác trong vùng phân bố TK
S1	Phục hồi cảm giác đau ở da trong vùng phân bố TK
S2	Xuất hiện cảm giác va chạm với loạn cảm
S3	Phục hồi cảm giác va chạm và đau đớn, có nhiều loạn cảm hơn
S4	Phục hồi cảm giác phân biệt 2 điểm trong vùng phân bố TK

2.5 Phân tích và xử lý số liệu: Tất cả số liệu được mã hóa, nhập và phân tích dựa vào phần mềm STATA 13.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 34 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Có 23 trường hợp đứt hoàn toàn trong đó 7 bệnh nhân bị đứt hoàn toàn ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay và 16 bệnh nhân bị đứt hoàn toàn ở vị trí cổ tay. Trong 11 trường hợp đứt gần hoàn toàn, 7 bệnh nhân bị đứt gần hoàn toàn ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay và 4 bệnh nhân bị đứt gần hoàn toàn ở vị trí cổ tay.

3.1 Đánh giá biên độ cẳng tay sấp, ngửa

Bảng 3. Biên độ cẳng tay sấp, ngửa

Biên độ cẳng tay sấp			Biên độ cẳng tay ngửa	
Độ	**Số bệnh nhân**	**%**	**Số bệnh nhân**	**%**
10			2	5,9
20	2	5,9	19	55,9
40	1	2,9	8	23,5
45			1	2,9
60	10	29,4	3	8,8
70	4	11,8	1	2,9
90	17	50,0		
Tổng	34	100,0	34	100,0

3.2 Đánh giá biên độ cổ tay nghiêng bên trụ, nghiên bên quay

Bảng 4. Biên độ cổ tay nghiêng bên trụ, nghiên bên quay

Cổ tay nghiêng bên trụ			Cổ tay nghiêng bên quay	
Độ	**Số bệnh nhân**	**%**	**Số bệnh nhân**	**%**
0	1	2,9	1	2,9
20	1	2,9	31	91,2
30	2	5,9		
40	12	35,3	1	2,9
45	5	14,7	1	2,9
60	13	38,2		
Tổng	34	100,0	34	100,0

3.3 Đánh giá biên độ cổ tay gập, duỗi

Bảng 5. Biên độ cổ tay gập, duỗi

Cổ tay gập			Cổ tay duỗi	
Độ	**Số bệnh nhân**	**%**	**Số bệnh nhân**	**%**
0	1	2,9	1	2,9
20			6	17,6
30	1	2,9	5	14,7
40	5	14,7	14	41,2
45			7	20,6
50	1	2,9		
60	17	50,0	1	2,9
80	1	2,9		
90	8	23,5		
Tổng	**34**	**100,0**	**34**	**100,0**

3.4 Đánh giá dạng các ngón dài: 30 bệnh nhân thực hiện được (chiếm 88,2%), 4 bệnh nhân không thực hiện được (chiếm 11,8%).

3.5 Đánh giá khép các ngón tay dài: 100% bệnh nhân không thực hiện được.

3.6 Đánh giá biên độ dạng ngón tay I: 7 bệnh nhân dạng ngón tay I 40 độ (chiếm 20,6%), 27 bệnh nhân dạng ngón tay I 50 độ (chiếm 79,4%).

3.7 Đánh giá biên độ khép ngón tay I: 100% bệnh nhân không thực hiện được.

3.8 Đánh giá biên độ vận động của các khớp ngón tay trên bàn tay được khâu nối so với các ngón tay trên bàn tay bên bình thường (TAM)

Bảng 6. Biên độ vận động của các khớp ngón tay trên bàn tay được khâu nối so với các ngón tay trên bàn tay bên bình thường (TAM)

TAM (%)	Số bệnh nhân	%
62	1	2,9
74	1	2,9
75	1	2,9
78	2	5,9
80	1	2,9
81	1	2,9
86	1	2,9
87	4	11,8
89	1	2,9
94	1	2,9
95	1	2,9
97	1	2,9
98	2	5,9
100	16	47,1
Tổng	**34**	**100,0**

Nhận xét: Có 29 bệnh nhân đạt 80-100%, và 4 bệnh nhân đạt 65-80%, 1 bệnh nhân đạt 30-65%.

3.9 Đánh giá chức năng đối ngón tay I với các ngón tay dài so với tay bên bình thường

Bảng 7. Chức năng đối ngón tay I với các ngón tay dài so với tay bên bình thường

Kết quả (%)	Số bệnh nhân	%
60,0	1	2,9
70,0	4	11,8
80,0	5	14,7
85,0	15	44,1
90,0	8	23,5
95,0	1	2,9
Tổng	**34**	**100,0**

Nhận xét: Có 29 bệnh nhân đạt 80-95%, 5 bệnh nhân đạt 60-79%.

3.10 Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo bảng phân loại của Chen Z.W.

Bảng 8. Kết quả phục hồi chức năng theo bảng phân loại của Chen Z.W.

Phân loại	Số bệnh nhân	%
I (tốt)	20	58,8
II (khá)	1	2,9
III (trung bình)	13	38,3
Tổng	**34**	**100,0**

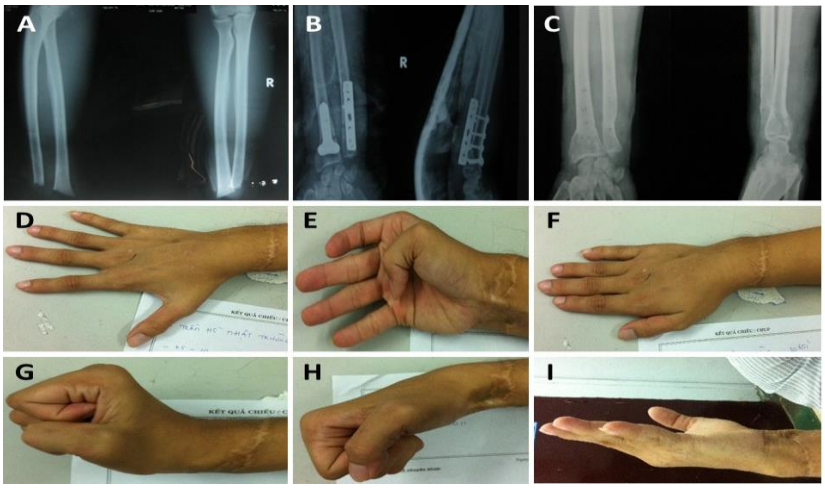
Nhận xét: Trong nghiên cứu này, 34 bệnh nhân được khâu nối ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn. 20 bệnh nhân đạt nhóm I, chiếm 58,8%, 1 bệnh nhân đạt nhóm II, chiếm 2,9%, 13 bệnh nhân đạt nhóm III, chiếm 38,3%. Với kết quả này tất cả các bàn tay của 34 bệnh nhân được khâu nối đều hữu dụng, cầm nắm và giữ vững được các vật nhỏ như đinh ghim, nút áo, viết chữ, đến các vật dụng có kích thước lớn hơn như chai lọ.

3.11 Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo vị trí đứt

Bảng 9. Kết quả phục hồi chức năng theo vị trí đứt

Phân loại		I (tốt)	II (khá)	III (trung bình)
Đứt hoàn toàn	1/3 dưới cẳng tay	4	-	3
	Cổ tay	9	1	6
Đứt gần hoàn toàn	1/3 dưới cẳng tay	5	-	2
	Cổ tay	2	-	2

Nhận xét: Trong bảng kết quả này, 16 bệnh nhân đứt hoàn toàn ở vị trí cổ tay, 9 bệnh đạt nhóm I chiếm tỉ lệ 56,2%, 1 bệnh nhân đạt nhóm II chiếm tỉ lệ 0,6%, 6 bệnh nhân đạt nhóm III chiếm tỉ lệ 43,2%. Trong 16 bệnh nhân, 9 bệnh nhân do vật sắc gọn cắt, 4 bệnh nhân bị máy cưa cắt, 3 bệnh do nguyên nhân khác. Chúng tôi nhận thấy có 7 bệnh nhân bị đứt hoàn toàn ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay, 4 bệnh nhân đạt loại I, chiếm 57%, 3 bệnh nhân đạt loại III, chiếm 43%, không có bệnh nhân nào ở loại II và IV.



Hình 1: *(A) Bệnh nhân nam, sinh năm 1991 là công nhân. SHS: 1801VP/2009. Bị đứt gần hoàn toàn 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay, được điều trị bằng kỹ thuật khâu nối vi phẫu. Thời gian bị tai nạn 14 giờ 30, ngày 17/11/2009 do máy cắt bánh trán. Đứt hoàn toàn 1/3 dưới cẳng tay phải. Thời gian thiếu máu lạnh là 4 giờ 30 phút. Thời gian phẫu thuật là 7 giờ 00 phút. KHX bằng 2 nẹp ốc. Khâu nối động mạch trụ, quay. Khâu nối 4 tĩnh mạch. Khâu gân thì đầu. Khâu thần kinh trụ, giữa thì đầu. (B) Xquang kết hợp xương 2 nẹp ốc. (C) Xquang lấy nẹp ốc sau 9 tháng. (D) Dạng các ngón. (E) Khép các ngón. (F) Gập cổ tay, gập các ngón. (G) Duỗi cổ tay, gập các ngón. (H) Đối ngón I với nền ngón V. (I) Hết vuốt trụ, sự phục hồi của thần kinh trụ.*

3.12 Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật

Bảng 10. Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật

	Số bệnh nhân	%
Hài lòng	32	94,1
Bình Thường	2	5,9
Tổng	**34**	**100,0**

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, 32 bệnh nhân đều rất hài lòng với kết quả tay được khâu nối, 2 bệnh nhân còn lại không biểu lộ hài lòng hay không hài lòng, do 1 bệnh nhân bị bệnh tâm thần phân liệt đang được điều trị, 1 bệnh nhân 7 tuổi, chưa ý thức được lợi ích hữu dụng của bàn tay khâu nối.

3.13 Thay đổi nghề nghiệp bệnh nhân sau điều trị

Bảng 11: Nghề nghiệp bệnh nhân sau điều trị

	Số bệnh nhân	%
Nghề cũ	13	38,2
Đổi nghề	16	47,1
Chưa đi làm	5	14,7
Tổng	**34**	**100,0**

Nhận xét: Gần 1/2 bệnh nhân sau điều trị phải đổi nghề.

IV. BÀN LUẬN

- Kết quả sự phục hồi của thần kinh trụ và giữa: Đánh giá cảm giác phân biệt 2 điểm cho thấy có 13 bệnh nhân cảm giác phân biệt 2 điểm dưới 6mm, 7 bệnh nhân cảm giác phân biệt 2 điểm từ 6mm-10mm, 1 bệnh nhân cảm giác phân biệt 2 điểm từ 11mm-15mm, 13 bệnh nhân không phân biệt được cảm giác 2 điểm. Tất cả bệnh nhân đều phục hồi cảm giác ở mức độ S3 và S4, có 20 bệnh nhân đạt S4 và 14 bệnh nhân đạt S3. Cảm giác ở mức độ S3 và S4, bệnh nhân cảm nhận được cảm giác nóng, lạnh, đau làm tổn thương da, vì vậy giúp bệnh nhân tự bảo vệ bàn tay và cầm giữ đồ vật trong sinh hoạt, lao động thường ngày.

- Sự phục hồi chức năng vận chi bị đứt: Theo tiêu chuẩn của Chen Z.W., nhóm I (tốt) có 20 bệnh nhân, đạt 58,8%; nhóm II (khá) có 1 bệnh nhân đạt 2,9%; nhóm III (trung bình) có 13 bệnh nhân, đạt 38,3%. Tác giả San Hyun Woo, Hàn Quốc, năm 2003 đến 2005 đã khâu nối 5 bệnh nhân bị đứt hoàn toàn ở vị trí cổ tay, kết quả đều đạt loại II (khá), các tổn thương này đều do máy dập và máy cắt, các cơ và thần kinh đều không bị nhổ đứt, và được khâu nối tốt 6. Theo tác giả Nguyễn Thế Hoàng [7] đã khâu nối trên 5 bệnh nhân bị đứt hoàn toàn ở vị trí cổ tay, với kết quả 2 bệnh nhân đạt loại I (tốt) chiếm tỉ lệ 40%, 3 bệnh nhân đạt loại II (khá) chiếm tỉ lệ 60%. Tất cả 5 trường hợp bệnh nhân đều do dao cắt, các cấu trúc bị cắt sắc gọn, các cơ và thần kinh đều không bị dập, không bị nhổ đứt. So sánh tương ứng tổn thương đứt hoàn toàn về cấu trúc giải phẫu vị trí ở cổ tay. Trong nghiên cứu này, 34 bệnh nhân được khâu nối chi, có 16 bệnh nhân đứt hoàn toàn ở vị trí cổ tay cho kết quả 9 bệnh đạt nhóm I (tốt) chiếm tỉ lệ 56,2%, 1 bệnh nhân đạt nhóm II (khá) chiếm tỉ lệ 0,6%, 6 bệnh nhân đạt nhóm III (trung bình) chiếm tỉ lệ 43,2%. Trong 16 bệnh nhân, 9 bệnh nhân do vật sắc gọn cắt, 4 bệnh nhân bị máy cưa cắt, 3 bệnh do nguyên nhân khác. 6 bệnh nhân đạt nhóm III (trung bình) nằm trong nhóm bệnh nhân không khâu nối được thần kinh trụ hoặc thần kinh giữa do bị nhổ đứt, có 4 bệnh nhân không khâu nối được thần kinh trụ, 3 bệnh nhân không khâu nối được thần kinh giữa và một số gân cơ bị nhổ đứt không khâu nối được. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Hoàng [7], khâu nối 10 bệnh nhân bị đứt hoàn toàn ở vị trí 1/3D và giữa cẳng tay cho kết quả 1 bệnh nhân đạt loại I (tốt), chiếm 10%, 3 bệnh nhân đạt loại II (khá), chiếm 30%, 3 bệnh nhân đạt loại III (trung bình), chiếm 30%, 3 bệnh nhân đạt loại IV (kém), chiếm 30%. Trong nghiên cứu này, có 7 bệnh nhân bị đứt hoàn toàn ở vị trí 1/3D cẳng tay, 4 bệnh nhân đạt loại I (tốt), chiếm 57%, 3 bệnh nhân đạt loại III (trung bình), chiếm 43%, không có bệnh nhân nào ở loại II (khá)và IV (kém). Một bàn tay bị đứt hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn, nếu không được khâu nối chi hoặc khâu nối chi không thành công là một tổn hại nặng nề cho bệnh nhân và xã hội. Chi giả ở chi trên, hiện tại có nhiều tiến bộ nhưng vẫn không bao giờ so sánh được với thao tác linh hoạt của bàn tay thực thụ do bộ não của chính bản thân chi phối. Trong nghiên cứu này, 34 bệnh nhân khâu nối đều đạt kết quả ở nhóm I, II, III là một kết quả chấp nhận và có tiến bộ so với kết quả của các tác giả đã tham khảo được. Với việc áp dụng kỹ thuật vi phẫu, nếu thần kinh trụ, giữa được khâu nối qua việc sử dụng kính hiển vi có độ phóng đại lớn khâu nối theo phương pháp bao ngoài - bao bó sợi và hỗ trợ theo kỹ thuật bao bó, khả năng phục hồi thần kinh sẽ có kết quả cao hơn. Với sự hỗ trợ của việc tập vật lý trị liệu, tập vận động, sử dụng sóng siêu âm tách dính sẹo, tách dính gân, máy kích thích điện cơ duy trì các cơ nội tại ở bàn tay, các tấm bảng động của cơ không bị bất hoạt, tạo luồng kích thích để cho thần kinh mọc nhanh hơn.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát 34 bệnh nhân bị đứt hoàn toàn, và gần hoàn toàn ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay được phẫu thuật khâu nối chi, kết hợp điều trị nội khoa hỗ trợ, tập vật lý trị liệu, phẫu thuật phục hồi chức năng cho kết quả bàn tay hữu dụng. Phương tiện cấp cứu và vận chuyển bệnh nhân nhanh chóng kết hợp xây dựng đội phẫu thuật viên khâu nối chi hỗ trợ nhau trong các kỹ thuật. Qua đó, cần xây dựng được đội phẫu thuật viên khâu nối chi gồm nhiều phẫu thuật viên hổ trợ nhau để hoàn thành phẫu thuật thật tốt và có chất lượng cao. Thành lập đội phẫu thuật viên khâu nối chi gồm nhiều phẫu thuật viên hỗ trợ nhau để hoàn thành phẫu thuật thật tốt và có chất lượng cao. Thành lập mạng lưới phẫu thuật viên vi phẫu, mạng internet để hội chẩn từ tuyến cơ sở đến tuyến trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Vĩnh Thống (2010).** "Đánh giá kết quả nối đứt lìa chi tại BV Chợ Rẫy 2007 – 2009", Tạp chí Y Học Việt Nam, tập 347, trang 458-462.
2. **Võ Văn Châu (1998).** "Vi phẫu thuật mạch máu thần kinh", Hội y dược học thành phố Hồ Chí Minh, trang 529.
3. **Nguyễn Quang Long (1987).** "Bài giảng triệu chứng học ngoại khoa tập II", Hội y dược học thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Raoul Tubiana (1996).** "Examination of the hand and wrist", Mosby.
5. **S Hoppenfeld, M.D. (1976).** "Physical examination of the spine and extremities", Appleton-century-crofts.
6. **San-Hyun Woo (2009).** "American association of hand surgery", Hand 4, pp. 55-61.
7. **Nguyen The Hoang, M.D. (2009).** "Complete middle forearm amputations after avultion injuries – Microsurgerical replantation results in Vietnamese patients". J Trauma, 66: 1167-1172.

THỜI GIAN SỐNG THÊM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III – IV ĐƯỢC HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CISPLATIN

Ngô Thị Tính*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III – IV điều trị hóa chất phác đồ Paclitaxel – Cisplatin**. Đối tượng và phương pháp**: Bằng phương pháp mô tả hồi cứu trên 67 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III – IV được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel – Cisplatin từ 2014 – 2018. **Kết quả:** Với thời gian theo dõi trung bình 11,8 ± 8,6 tháng (3-38 tháng): Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 13,2 ± 1,2tháng, tỷ lệ sống thêm 12 tháng là 35,6%, tỷ lệ sống thêm 24 tháng là 16,4%. Một số yếu tố liên quan tới thời gian sống thêm dài hơn có ý nghĩa là: giai đoạn bệnh có liên quan tới đáp ứng điều trị của đối tượng nghiên cứu (p < 0,001), xu hướng N1,2 đáp ứng tốt hơn N3 với p=0,058, tình trạng đáp ứng sau điều trị, chỉ số PS trước điều trị, tình trạng di căn hạch, ung thư biểu mô thể tuyến. Các yếu tố không khác biệt về sống thêm có ý nghĩa là kích thước u nguyên phát, nhóm tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc. **Kết luận:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ được hóa trị phác đồ Paclitaxel – Cisplatin có thời gian sống thêm toàn bộ 13,2 ±1,2 tháng.

Từ khóa: Ung thư phổi; ung thư phế quản phổi; ung thư phổi không tế bào nhỏ; Paclitaxel – Cisplatin

**Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Tính
Email: tiensingothitinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019
Ngày duyệt bài: 3.6.2019

SUMMARY

MORE LIVING TIME AND A SOME OF RELATED FACTORS ON LUNG CANCER NON-SMALL CELL WITH DISEASES STAGE III - IV TREATED BY PACLITAXEL – CISPLATIN

Objectives: To assess the survival time and some related factors of non-small cell lung cancer patients stage III - IV chemotherapy treatment Paclitaxel - Cisplatin. **Objects and methods:** By retrospective descriptive method on 67 lung cancer patients without small cell stage III - IV treated with Paclitaxel - Cisplatin regimen from 2014 - 2018. **Results:** With time follow average of 11.8 ± 8.6 months (3-38 months): The average overall survival time is 13.2 ± 1.2 months, the survival rate of 12 months is 35.6%, the rate Living for 24 months is 16.4%. Some factors related to significantly longer survival time are: the disease phase is related to the treatment response of the study subjects (p <0.001), the N1,2 trend is better than N3. with p = 0.058, post-treatment response status, pre-treatment PS index, lymph node metastasis, gland carcinoma. The non-significant difference in survival is the primary tumor size, age group, gender, smoking status. **Conclusion**: Non-small cell lung cancer treated with Paclitaxel - Cisplatin regimen had a lifetime of 13.2 ± 1.2 months.

Keywords: Lung cancer; bronchopulmonary cancer; non-small cell lung cancer; Paclitaxel - Cisplatin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng

đầu do ung thư ở nhiều nước trên thế giới. Ước tính trên thế giới có khoảng 1,8 triệu trường hợp ung thư phổi mới mắc trong năm 2012, chiếm khoảng 13% trong tổng số bệnh nhân ung thư. Tại Hoa Kỳ, có khoảng 225.000 trường hợp mới mắc bệnh UTP và hơn 160.000 người chết mỗi năm [3]. Tại Việt Nam, theo Globocan 2012, tỷ lệ mắc chuẩn UTP đứng thứ nhất ở nam giới, với 38,8/100.000 dân và đứng hàng thứ ba ở nữ giới, với 10,5/100.000 dân [4], [2].

Chẩn đoán xác định UTP thường khó khăn nguyên do phổi là một cơ quan nằm trong lồng ngực. Ở giai đoạn sớm của bệnh thường không có biểu hiện lâm sàng, nếu có triệu chứng cũng không đặc hiệu dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý về phổi khác. Bệnh tiến triển âm thầm, đến khi các triệu chứng trở nên rõ rệt thì bệnh đã ở giai đoạn muộn. Trong điều trị UTP phẫu thuật triệt căn là phương pháp hiệu quả nhất nhưng chỉ khi tổn thương còn khu trú. Khi bệnh đã ở giai đoạn không mổ được, hóa trị và xạ trị là những phương pháp điều trị chính.

Nhiều nghiên cứu đã công bố paclitaxel là một dẫn chất có hiệu quả rõ rệt trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn muộn, khi dùng đơn độc hay phối hợp với nhóm platin.Tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên, phác đồ Paclitaxel-Cisplatin đã sử dụng trong điều trị UTPKTBN và trở thành phổ biến từ năm 2010, nhưng chưa có một nghiên cứu nào đánh giá tổng thể về kết quả điều trị của phác đồ này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm hai mục tiêu sau: *Đánh giá thời gian sống thêm và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III – IV điều trị hóa chất phác đồ Paclitaxel – Cisplatin tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên từ 2014 – 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 67 bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, IV được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel-Cisplatin tại Trung tâm ung bướu Thái Nguyên từ tháng 01/2014 đến tháng 10/2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán xác định là UTPKTBN dựa vào kết quả mô bệnh học.
- Xếp giai đoạn là giai đoạn IIIB, IV theo hệ thống xếp loại Union International Contre la Cancer (UICC - Ủy ban phòng chống ung thư quốc tế), American Joint Committee on Cancer (AJCC - Hiệp hội ung thư Mỹ) 2010 phiên bản VII, [7].
- Chỉ số toàn trạng PS (Performance Status) từ 0-2 (theo thang điểm Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG – Hiệp hội ung thư Châu Âu) [8].
- Tuổi từ 18 tuổi trở lên, không mắc ung thư thứ hai.
- Không có chống chỉ định điều trị hóa chất:
- Điều trị tối thiểu 3 đợt hoá chất phác đồ Paclitaxel-Cisplatin.
- Chấp nhận tham gia nghiên cứu. Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN UTP có kết quả mô bệnh học là loại ung thư tế bào nhỏ.
- Đã được điều trị ung thư trước đó.
- Có chống chỉ định điều trị hóa chất.
- Từ chối hợp tác vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu
- Cỡ mẫu toàn bộ

1.2.2. Phác đồ điều trị. Theo hướng dẫn của National Comprehensive Cancer Network (NCCN - Mạng lưới Ung thư Mỹ) 2015, sách điều trị nội khoa bệnh ung thư [6] và được phê duyệt bởi Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên: Paclitaxel: 175mg/m^2 da truyền tĩnh mạch ngày 1 (trên 3 giờ).

Cisplatin: 80mg/m^2 da truyền tĩnh mạch ngày 1 (1-3 giờ). Chu kỳ 21 ngày x 6 chu kỳ

1.3. Các bước tiến hành

- Đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau điều trị, Đánh giá kết quả điều trị.
- Đánh giá thời gian sống thêm theo Kaplan –Meier
- Phân tích một số yếu tố lien quan

1.4. Phương pháp quản lý, thống kê và xử lý số liệu: - Mỗi bệnh nhân sẽ có một bộ hồ sơ riêng biệt, theo dõi trong suốt quá trình trước, trong, sau khi kết thúc điều trị và thời điểm dừng nghiên cứu.

- Các thông tin thu nhận được nhập vào máy tính và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

1.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Phác đồ điều trị này đã được các BV chuyên ngành ung bướu đầu ngành trong nước sử dụng và được sự đồng ý của Hội đồng y đức Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên.
- Nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện và chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

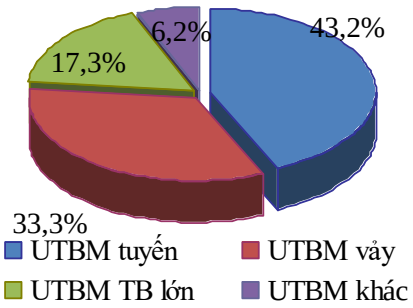
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới

Giới / Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
≤50	11	19,3	1	10,0	12	17,9
51 – 60	24	42,1	3	30,0	27	40,3
61 – 70	16	28,1	5	50,0	21	31,3
>70	6	10,5	1	10,0	7	10,5
Tổng	**57**	**100**	**10**	**100**	**67**	**100**

Nhận xét: Tuổi trung bình là 58,9±8,6 thấp nhất là 38, cao nhất là 77; Nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 51-60 với tỷ lệ 40,3%. Tỷ lệ nam/nữ = 5,7/1



Biểu đồ 3.1. Kết quả mô bệnh học

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) cao nhất với tỷ lệ là 43,2%; tiếp sau là ung thư biểu mô (UTBM) vảy 33,3%; ung thư biểu mô tế bào lớn chiếm 17,3%. Còn lại là các ung thư biểu mô khác chiếm 6,2%

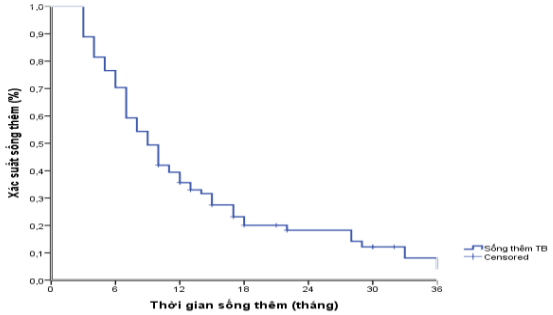
Bảng 3.2. Đáp ứng thực thể sau điều trị

Đáp ứng thực thể	n	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	28	41,8
Bệnh giữ nguyên	20	29,8
Bệnh tiến triển	19	28,4
Tổng	**67**	**100**

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn sau điều trị. Có 28 trường hợp đáp ứng một phần chiếm 41,8%. Bệnh giữ nguyên chiếm 29,8%, bệnh tiến triển chiếm 28,4%.

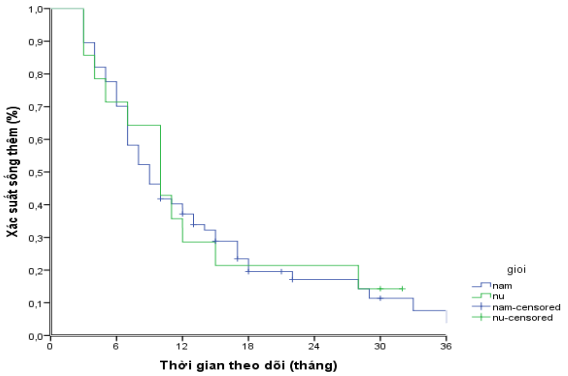
3.2. Thời gian sống thêm và một số yếu tố liên quan

3.2.1. Thời gian sống thêm toàn bộ.



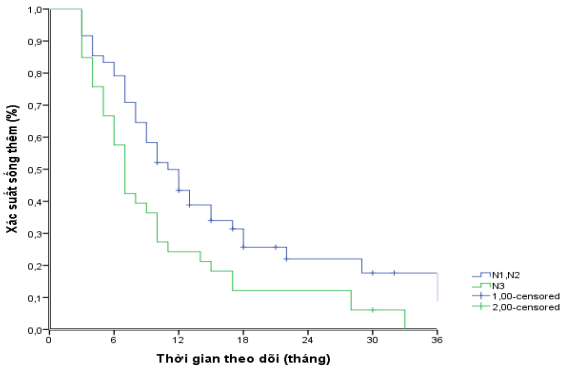
Biểu đồ 3.2. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình

Nhận xét: Qua thời gian theo dõi trung bình 11,8 ± 8,6 tháng (từ 3-38 tháng) chúng tôi thấy: Trong 67 bệnh nhân nghiên cứu có 50 bệnh nhân đã tử vong (74,6%) và có 17 bệnh nhân còn sống (25,4%) tính đến thời điểm dừng nghiên cứu. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 13,2 ± 1,2 tháng. Tỷ lệ sống thêm 12 tháng là 35,6 %. Tỷ lệ sống thêm 24 tháng là 16,4%.



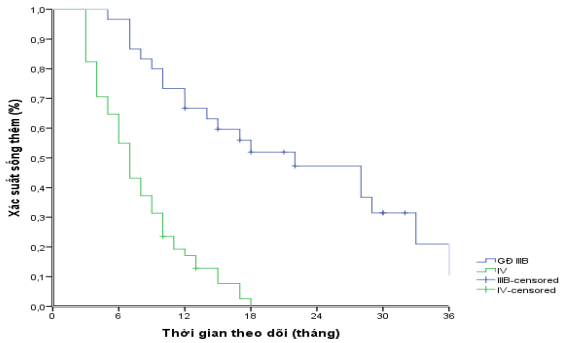
Biểu đồ 3.3. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giới tính

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê, với p = 0,880.



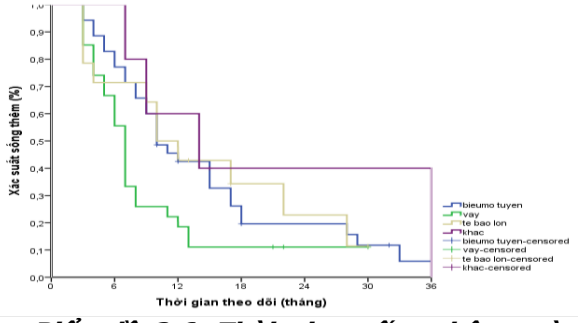
Biểu đồ 3.4. Thời gian sống thêm toàn bộ theo vị trí hạch di căn

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian sống thêm giữa nhóm N1, 2 so với nhóm N3, với p = 0,01.



Biểu đồ 3.5. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn IIIB – IV

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình ở nhóm BN giai đoạn IIIB là 21,9 tháng so với 7,9 tháng ở nhóm BN giai đoạn IV. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,0001.



Biểu đồ 3.6. Thời gian sống thêm toàn bộ theo thể mô bệnh học

Nhận xét: Thời gian sống thêm giữa các thể mô bệnh học (MBH) không có ý nghĩa thống kê, với p = 0,076. Khi phân tích riêng cặp thể MBH giữa UTBM tuyến và UTBM vảy thì thời gian sống thêm khác biệt có ý nghĩa với p=0,034

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với đáp ứng điều trị

Các yếu tố \ Đáp ứng		Có		Không		χ^2, p
		n	%	n	%	
Giới	Nam	25	37,3	32	47,8	> 0,05
	Nữ	4	6,0	6	8,9	
Nhóm tuổi	≤ 60	12	17,9	27	40,3	> 0,05
	> 60	10	14,9	18	26,9	
PS	1	21	31,3	7	10,5	< 0,001
	2	2	3,0	37	55,2	
Thời gian phát hiện	≤ 3 tháng	12	17,9	23	34,3	> 0,05
	> 3 tháng	10	14,9	22	32,9	
Hút thuốc	Có	19	28,4	31	46,3	> 0,05
	Không	6	9,0	11	16,3	

Nhận xét: Chỉ có chỉ số PS trước điều trị có liên quan tới đáp ứng điều trị của đối tượng nghiên cứu (p < 0,001). Các yếu tố khác không có ý nghĩa khi so sánh đáp ứng điều trị.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh với đáp ứng điều trị

Các yếu tố \ Đáp ứng		Có		Không		χ^2, p
		n	%	n	%	
Giai đoạn T	T1, T2	3	4,9	5	7,4	> 0,05
	T3, T4	21	30,9	38	56,8	
Giai đoạn N	$N_{1,2}$	19	25,9	22	33,3	= 0,058
	N_3	7	9,9	19	30,9	
Giai đoạn bệnh	IIIB	21	29,6	5	7,4	< 0,001
	IV	5	6,2	36	56,8	

Nhận xét: Giai đoạn bệnh có liên quan tới đáp ứng điều trị của đối tượng nghiên cứu (p < 0,001), xu hướng N1,2 đáp ứng tốt hơn N3 với p=0,058. Tách biệt giai đoạn T không có sự khác biệt vì có nhiều trường hợp di căn xa trong nghiên cứu.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa thể mô bệnh học với đáp ứng điều trị

Thể MBH \ Đáp ứng	Có		Không		χ^2, p
	n	%	n	%	
UTBM Tuyến	**13**	**19,8**	**17**	**23,5**	**= 0,023**
UTBM Vảy	**3**	**6,2**	**19**	**27,1**	
UTBM TB lớn	5	7,4	7	9,9	Không phân tích
UTBM khác	1	2,4	2	3,7	

Nhận xét: Thể mô bệnh học UTBM tuyến và UTBM vảy có liên quan đến đáp ứng điều trị với p = 0,023. Thể mô bệnh học UTBM tế bào lớn và UTBM khác không phân tích (vì cỡ mẫu bé).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình là 58,9 ± 8,6 thấp nhất là 38, cao nhất là 77; Nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 51-60 với tỷ lệ 40,3%. Tỷ lệ nam/nữ = 5,7/1. Theo Đ.H.An và cs: trình trạng mắc bệnh cao nhất độ tuổi 46 chiếm 63,2%, thấp nhất 23; cao nhất 68 [An]. Tỷ lệ bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến cao nhất với tỷ lệ là 43,2%; tiếp sau là ung thư biểu mô vảy 33,3%; ung thư biểu mô tế bào lớn chiếm 17,3%. Còn lại là các ung thư biểu mô khác chiếm 6,2%. Kết quả NC có tỷ lệ UTBM tuyến thấp hơn của Đ.H.An và cs: UTBM tuyến 60,53%; UTBM vảy 26,32% [An]. Về đáp ứng điều trị: không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn sau điều trị. có 28 trường hợp đáp ứng một phần chiếm 41,8%.Bệnh giữ nguyên chiếm 29,8%, bệnh tiến triển chiếm 28,4%. Theo Đ.H.An và cs: bệnh ổn định 52,53%, đáp ứng bán phần 26,32% [An]

Thời gian sống thêm: Qua thời gian theo dõi trung bình 11,8 ± 8,6 tháng (từ 3-38 tháng) chúng tôi thấy: Trong 67 bệnh nhân nghiên cứu có 50 bệnh nhân đã tử vong (74,6%) và có 17 bệnh nhân còn sống (25,4%) tính đến thời điểm dừng nghiên cứu. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 13,2 ± 1,2 tháng, tỷ lệ sống thêm 12 tháng là 35,6 %, tỷ lệ sống thêm 24 tháng là 16,4%. Kết quả NC của chúng tôi có thời gian sống thêm thấp hơn của Đ.H.An và cs: thời gian sống trung bình là 13,86 tháng điều này có thể do đối tượng lựa chọn BN ó giai đoạn bệnh khác nhau. Thời gian sống thêm trung bình giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê, với p = 0,880. Sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian sống thêm giữa nhóm N1, 2 so với nhóm N3, với p = 0,01.

Thời gian sống thêm trung bình ở nhóm BN giai đoạn IIIB là 21,9 tháng so với 7,9 tháng ở nhóm BN giai đoạn IV. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,0001 . Theo Đ.H.An và cs: thời gian sống trung bình GĐ IIB là 14,72 tháng; GĐ IIIA là 13,28 tháng; GĐ IIIB là 10,28 tháng [1]. Thời gian sống thêm giữa các thể MBH không có ý nghĩa thống kê, với p = 0,076. Khi phân tích riêng cặp thể MBH giữa UTBM tuyến và UTBM vảy thì thời gian sống thêm khác biệt có ý nghĩa với p=0,034 Chỉ có chỉ số PS trước điều trị có liên quan tới đáp ứng điều trị của đối tượng nghiên cứu (p < 0,001). Các yếu tố khác không có ý nghĩa khi so sánh đáp ứng điều trị.

Giai đoạn bệnh có liên quan tới đáp ứng điều trị của đối tượng nghiên cứu (p<0,001), xu hướng N1,2 đáp ứng tốt hơn N3 với p=0,058**.** Tách biệt giai đoạn T không có sự khác biệt vì có nhiều trường hợp di căn xa trong nghiên cứu.

Thể mô bệnh học UTBM tuyến và UTBM vảy có liên quan đến đáp ứng điều trị với p = 0,023. Thể mô bệnh học UTBM tế bào lớn và UTBM khác không phân tích (vì cỡ mẫu bé).

V. KẾT LUẬN

Với thời gian theo dõi trung bình 11,8 ± 8,6 tháng (3-38 tháng) chúng tôi thấy: Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 13,2 ± 1,2 tháng. Tỷ lệ sống thêm 12 tháng là 35,6%. Tỷ lệ sống thêm 24 tháng là 16,4%.

- Một số yếu tố liên quan tới thời gian sống thêm dài hơn có ý nghĩa là giai đoạn bệnh sớm, tình trạng đáp ứng sau điều trị, chỉ số PS trước điều trị, tình trạng di căn hạch, ung thư biểu mô thể tuyến.

- Các yếu tố không khác biệt về sống thêm có ý nghĩa là kích thước u nguyên phát, nhóm tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hoàng An, Nguyễn Thanh Ái, Phan Cảnh Duy (2012),** Đánh giá kết quả xạ hóa phối hợp trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 2009 đến 2011, Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 4 (2012) tr 153-160.
2. **2. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. (2015)**, Global cancer statistics, 2012, CA Cancer J Clin, 65 (2), 87-108.
3. **Siegel RL, Miller KD, and Jemal A (2015)**, Cancer statistics, 2015, CA Cancer J Clin, 65 (1), 5-29.
4. **Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. (2015)**, Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012, Int J Cancer, 136 (5), E359-86.
5. **Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai (2010),** Điều trị nội khoa bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học, 81-98.
6. **Bùi Diệu, Trần Văn Thuấn (2014),** Ung thư phổi không tế bào nhỏ. Sổ tay điều trị nội khoa ung thư, Nhà xuất bản Y học, 42-70.
7. **Mirsadraee S, Oswal D, Alizadeh Y, et al. (2012),** The 7th lung cancer TNM classification and staging system: Review of the changes and implications, World J Radiol, 4 (4), 128-134.
8. **Buccheri G, Ferrigno D, and Tamburini M (1996),** Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: a prospective, longitudinal study of 536 patients from a single institution, Eur J Cancer, 32A (7), 1135-1141.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, VI KHUẨN HỌC VIÊM MŨI XOANG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Khánh Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học và đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang ở trẻ em. ***Đối tượng và phương pháp:*** Nghiên cứu mô tả trên 89 bệnh nhân ≤ 15 tuổi trong đó 61,8% là nam và 38,2% là nữ, chẩn đoán viêm mũi xoang và điều trị tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ 9/2015 đến 12/2016. ***Kết quả:*** Chảy mũi gặp ở 100% bệnh nhân và đau đầu gặp ít nhất với tỉ lệ 30,3%. Vi khuẩn gặp nhiều nhất là H.influenzae với 25,9%, Streptococcs gặp ít nhất với 3,4%. Tính chất mủ đặc trắng chiếm tỉ lệ cao nhất với 39,4%, trong đó mủ đặc trắng do nhiễm H.influenzae chiếm đa số với 39,3%. Tất cả các loại vi khuẩn trong nghiên cứu đều kháng với Erythromycin và hầu hết nhạy cảm với Doxycyclin. ***Kết luận:*** Chảy mũi gặp ở 100% trường hợp, trong đó chảy mũi mủ đặc chiếm 84,3%. Vi khuẩn gặp nhiều nhất là H. influenzae với 25,9%. Hầu hết các nhóm vi khuẩn nhạy cảm với Doxycyclin.

Từ khóa: Viêm mũi xoang, trẻ em, lâm sàng, vi khuẩn học, kết quả điều trị.

SUMMARY

STUDY CLINICAL SYMTOMS, BACTERIA OF RHINOSINUSITIS IN CHILDREN IN CENTRAL E.N.T HOSPITAL

Objectives: To study clinical characteristics, bacteriology and to assess treatment results in children with rhinosinusitis. ***Objects and methods:*** Descriptive study in 89 patients with aged ≤ 15 years, 61.8% of male and 38.2% of female, 70.8% with age from 6 to 15, diagnosed with rhinosinusitis and treated at the National Hospital of Otolaryngology from 9/2015 to 12/2016. ***Results:*** Rhinorrhea is seen in 100% of cases and headache is found at least with 30.3%. The most common bacterium is H.influenzae with 25.9%, Streptococcs is found at least with 3.4%. White thick pus accounts for the highest percentage of 39.4%, of which, caused almost by H.influenzae with 39,3%. All bacteria in the study are resistant to Erythromycin and almost sensitive to Doxycycline. ***Conclusions:*** Rhinorrhea is seen in 100% of cases, in which thick discharge accounts for 84.3%. The most common bacterium is H. influenzae with 25.9%. Most bacteria groups are sensitive to Doxycyclin.

Key words: Rhinosinusitis, children, clinical, bacteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang được định nghĩa bằng sự phản ứng viêm của niêm mạc hốc mũi và các xoang, có thể có hoặc không tổn thương xương. Ở Mỹ, viêm mũi xoang là bệnh phổ biến rộng rãi, ảnh hưởng tới hơn 14% dân số và xu hướng trở thành mạn tính. Ở Việt Nam, viêm mũi xoang chiếm khoảng 26-30% tổng số các bệnh nhân đến khám Tai-Mũi-Họng, đặc biệt gia tăng ở các thành phố lớn nơi có môi trường bị ô nhiễm trầm trọng. Viêm mũi xoang ở trẻ em do nhiều nguyên nhân gây nên như virus, vi khuẩn, dị ứng, vẹo vách ngăn, hội chứng trào ngược dạ dày thực quản hay chấn thương… Đặc biệt ở trẻ em có tới 80% số viêm xoang do virus phát triển thành viêm mũi xoang nhiễm khuẩn. [1]

Ở Việt Nam, với khí hậu nóng ẩm, môi trường không khí ô nhiễm, dẫn đến các bệnh lý nhiễm khuẩn đường hô hấp nói chung và bệnh viêm mũi xoang ở trẻ em nói riêng ngày càng có xu hướng tăng lên. Đồng thời, tình trạng đề kháng kháng sinh đã trở thành vấn đề nghiêm trọng do việc sử dụng kháng sinh một cách bừa bãi, tùy tiện không đúng cách và đủ liều của người dân Việt Nam, làm cho việc điều trị viêm mũi xoang ở trẻ em càng trở nên khó khăn và phức tạp. [2]

Do đó, để góp phần vào việc chẩn đoán và điều trị Viêm mũi xoang ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu: *"Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học bệnh viêm mũi xoang ở trẻ em tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 9/2015 đến 12/2016".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 89 bệnh nhân ≤ 15 tuổi trong đó 61,8% nam và 38,2% nữ, 70,8% độ tuổi từ 6-15 được khám, chẩn đoán viêm mũi xoang và điều trị tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 9/2015 đến tháng 12/2016 tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương.

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

Nghiên cứu vi khuẩn: Bệnh phẩm vi khuẩn được nuôi cấy, phân lập tại Khoa vi sinh bệnh viện Bạch Mai bằng theo phương pháp khoanh giấy khuếch tán trên thạch Mueller - Hinton, theo đúng quy trình xét nghiệm thường quy vi sinh. (Quy trình này không sử dụng cho các loại vi khuẩn kị khí).

**Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân
Email: khanhvantmhtw@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 27.5.2019
Ngày duyệt bài: 31.5.2019

2.3. Xử lý số liệu: Tất cả các số liệu được xử lý theo phương pháp toán thống kê y học, thu thập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm các triệu chứng cơ năng

Tuổi / Triệu chứng	VMX cấp		VMX mạn tính	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy mũi	48	100	41	100
Ngạt mũi	38	42,7	28	31,5
Ho	36	40,4	27	30,3
Đau đầu	11	12,4	16	18,0
Khụt khịt	17	19,1	13	14,6

Bảng 3.2. Đặc điểm các triệu chứng thực thể

Tình trạng khe giữa	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Niêm mạc nề	89	100
Mủ nhày	1	1,1
Mủ đặc	88	98,9

Triệu chứng cơ năng: Chảy mũi là triệu chứng gặp nhiều nhất trong cả viêm mũi xoang cấp và mạn tính ở trẻ em với tỉ lệ là 100%, trong đó 98,9% là chảy mủ đặc và chỉ gặp 01 trường hợp chảy mủ nhày với 1,1%. Ít gặp nhất là triệu chứng đau đầu với tỉ lệ 12,4% với viêm mũi xoang cấp và 18,0% với viêm mũi xoang mạn tính. Nghiên cứu của Lê Công Định (1993) cho thấy có 30 bệnh nhân đau nhức mặt trong số 89 bệnh nhân nghiên cứu chiếm tỉ lệ 33,7%.

Triệu chứng thực thể: Tình trạng khe giữa nề gặp ở 100% các trường hợp, cũng tương ứng với triệu chứng cơ năng hầu hết ở khe giữa có mủ đặc với 98,9% và khe giữa đọng mủ nhầy là 1,1%.

3.2. Đặc điểm vi khuẩn học

3.2.1. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn

Bảng 3.3. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn

Kết quả nuôi cấy	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Âm tính	18	79,8
Dương tính	71	20,2
Tổng	89	**100,0**

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn: Trong 89 trường hợp viêm mũi xoang ở trẻ em được nghiên cứu, tỉ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính từ dịch được lấy ở khe mũi giữa là 79,8%. Kết quả này cao hơn của nghiên cứu tương tự của Lê Công Định (1993) với 48,4%, Paul J.D và cộng sự với 61,9% và tương tự với kết quả của Chan J (2001) với 71%. Tỉ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính cao có thể do việc sử dụng những kháng sinh thế hệ trước không có hiệu quả trong việc tiêu diệt vi khuẩn cũng như việc sử dụng phác đồ kháng sinh chưa đúng, đủ liều. Có 18 mẫu nuôi cấy âm tính có thể do các bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh mạnh và kéo dài tại các bệnh viện Trung ương. Bên cạnh đó, do điều kiện phòng xét nghiệm, các loại vi khuẩn yếm khí không được phân lập nên chưa đánh giá được vai trò của vi khuẩn yếm khí trong viêm mũi xoang ở trẻ em.

Bảng 3.4. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn gram

Kết quả nuôi cấy	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Gram (+)	55	61,8
Gram (-)	34	38,2
Tổng	89	**100,0**

Trong số vi khuẩn phát hiện được có 61,8% là vi khuẩn Gram (+), 38,2% là vi khuẩn Gram (-). Như vậy, vi khuẩn gram dương hay gặp hơn vi khuẩn gram âm.

3.2.2. Sự phân bố các chủng vi khuẩn

Bảng 3.5. Sự phân bố các chủng vi khuẩn

Tuổi / Vi Khuẩn	0-5 tuổi		6-10 tuổi		11-15 tuổi		Tổng	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
H. Influenzae (-)	11	**12,4**	11	**12,4**	1	**1,1**	23	**25,9**
Streptococcus (+)	1	**1,1**	2	**2,2**	0	**0,0**	3	**3,4**
S. Pneumoniae (+)	2	**2,2**	8	**9,0**	2	**2,2**	12	**13,5**
S. Aureus (+)	2	**2,2**	8	**9,0**	1	**1,1**	11	**12,4**
Coagulase negative Staphylococcus (+)	3	**3,4**	11	**12,4**	2	**2,2**	16	**17,9**
M. Catarrhalis (-)	3	**3,4**	2	**2,2**	1	**1,1**	6	**6,7**
Âm tính	4	**4,5**	10	**11,2**	4	**4,5**	18	**20,2**

Bảng 3.3 cho thấy chủng vi khuẩn gặp nhiều nhất là H. influenzae với 25,9%, tiếp đến là Coagulase negative Staphylococcus với 17,9%. Các chủng xuất hiện với tỉ lệ thấp là M. catarrhalis với 6,7%, gặp ít nhất là Streptococcus với 3,4%. Chan J (2001) nghiên cứu thấy chủng vi khuẩn phổ biến nhất là Coagulase negative Staphylococcus 31%. Theo Lê Thị Hoa (2001), tỉ lệ phân lập được S. pneumoniae là cao nhất (60%), sau đó đến M. catarrhalis (38,4%). [6]

Như vậy đã có nhiều kết quả nghiên cứu về các loại vi khuẩn gây viêm mũi xoang trẻ em, cho thấy đã có những xu hướng chuyển dịch về sự phân bố vi khuẩn trong mũi họng trẻ em, góp phần quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị đúng bệnh.

3.2.3. Mối liên quan giữa đặc điểm mủ và vi khuẩn

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa đặc điểm mủ và vi khuẩn

Đặc điểm mủ / Vi khuẩn	Mủ nhầy		Mủ đặc trắng		Mủ đặc vàng		Mủ đặc xanh		Tổng số	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
H. influenzae	5	27,8	11	39,3	2	22,2	5	31,3	23	32,4
S. pneumoniae	3	16,7	4	14,3	2	22,2	3	18,8	12	16,9
S. aureus	3	16,7	5	17,9	2	22,2	1	6,3	11	15,5
Coagulase negative Staphylococcus	3	16,7	6	21,4	3	33,3	4	25,0	16	22,5
Khác	4	22,2	2	7,1	0	0,0	3	18,8	9	8,5
Tổng số	**18**	**100**	**28**	**100**	**9**	**100**	**16**	**100**	**71**	**100**

Nhận xét: Tính chất mủ đặc trắng chiếm tỉ lệ cao nhất với 39,4% (28/71 trường hợp), trong đó các trường hợp mủ đặc trắng do nhiễm H.influenzae chiếm đa số với 39,3%.

Mối liên quan giữa đặc điểm mủ và vi khuẩn học: Đối với các trường hợp có mủ đặc trắng, H. influenzae chiếm tỉ lệ cao nhất với 39,3%. Các bệnh nhân viêm mũi xoang do tụ cầu, dường như không có sự khác biệt rõ rệt về tỉ lệ tính chất của mủ, có thể do số mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn để thấy được sự khác biệt. Với các vi khuẩn ít gặp như Coagulase negative Staphylococcus hay M.catarrhalis không có trường hợp nào gặp mủ đặc vàng.

3.2.3. Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn dựa trên kết quả kháng sinh đồ

Bảng 3.7. Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn trên kháng sinh đồ

Chủng vi khuẩn	Nhạy cảm	Kháng
Coagulase negative Staphylococcus	Amo+A.clavulanic, Cephalosporin thế hệ 3, Vancomycin, Ofloxacin	Erythromycine
S. aureus	Amo+A.clavulanic, Cefuroxime, Vancomycin, Doxycyclin	Erythromycin, Azithromycin, Clindamycin
S. pneumoniae	Amo+A.clavulanic, Cephalosporin thế hệ 3, Vancomycin, Doxycyclin, Ofloxacin, Ampixilline	Gentamycin, Erythromycin
H. influenzae	Ofloxacin, Doxycyclin	Erythromycin, Clindamycin Azithromycin, Cephalosporin thế hệ 1-3, Vancomycin
Streptococcus	Cephalosporin thế hệ 3, Doxycyclin	Erythromycin, Clindamycin, Gentamycin

Nhận xét: Doxycyclin còn nhạy cảm với hầu hết các chủng vi khuẩn được phân lập được trong nghiên cứu này. Tất cả các loại vi khuẩn trong nghiên cứu đều kháng với Erythromycin.

Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn dựa trên kết quả kháng sinh đồ: Bảng 3.4 cho thấy H. influenzae kháng hầu hết với các Cephalosporin mà đặc biệt cả thế hệ 2, thế hệ 3 có hoạt tính kháng khuẩn trên cả Gram âm, tuy nhiên lại nhạy với Doxycyclin và Ofloxacin. Dòng kháng sinh mới Amo + Acid Clavulanic có kết quả trung bình, 6 mẫu kháng, 8 mẫu trung gian và 9 mẫu nhạy với H. influenzae

Tụ cầu trắng trong nghiên cứu khá nhạy cảm với Amoxicillin + Acid Clavulanic, các dòng Cephalosporin thế hệ 2, 3, tuy nhiên kháng với Erythromycin và có kết quả trung bình (số mẫu kháng và nhạy bằng nhau) với các loại Clindamycin và Azithromycin.

Đối với các loại vi khuẩn ít gặp như Liên cầu, M. catarrhalis hầu hết nhạy với Amo + Acid Clavulanic, các dòng Cephalosporin thế hệ 2, 3 và kháng các dòng Clindamycin, Erythromycin và Azithromycin.

IV. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng viêm mũi xoang ở trẻ em: Triệu chứng cơ năng thường gặp là chảy mũi chiếm 100%, trong đó chủ yếu là chảy mũi mủ đặc chiếm 84,3%.

Đặc điểm vi khuẩn trong viêm mũi xoang ở trẻ em: Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 79,8%, gặp nhiều nhất là H. influenzae với 25,9% và ít nhất là Streptococcus với 3,4%.

Kháng sinh đồ: Doxycyclin nhạy cảm với hầu hết các nhóm vi khuẩn được phân lập trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Dinh (2005),** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học học sinh một số trường tại Hà Nội, Hội nghị khoa học ngành Tai Mũi Họng, Hà Nội.
2. **Lê Công Định (1993),** Bước đầu tìm hiểu tình hình viêm xoang trẻ em tại viện Tai Mũi Họng Trung Ương 1987-1993, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Lê Thị Hoa (2001),** Nghiên cứu độ nhạy cảm với kháng sinh của vi khuẩn phân lập từ họng mũi trẻ em dưới 5 tuổi ở một số cộng đồng dân cư sống xa đô thị, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội,
4. **Nguyễn Thị Bích Hường (2011),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn trong viêm mũi xoang trẻ em tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Chan J, Hadley J (2001),** The microbiology of chronic rhinosinusitis: results of a community surveillance study, Ear, Nose, and Throat Journal, 80(3), 143-145.
6. **Sukhbir K. Shahid (2012),** Rhinosinusitis in Children, Otolaryngol, p1-2.
7. **Patorn P, Pornthep K, Supawan L, et al. (2013),** "Chronic rhinosinusitis and emerging treatment options", IJGM(International Journal of General Medicine).
8. **Karen A.K and Brent A.S (2008),** "Diagnosis and Management of Acute Rhinosinusitis", Springer Science + Business Media, LLC, p29.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN SỰ CHÚ Ý TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH VÔ CĂN

Nguyễn Văn Hướng*, Lê Quang Cường*

Từ khóa: Động kinh, rối loạn chú ý

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá một số yếu tố liên quan đến rối loạn sự chú ý trên bệnh nhân động kinh vô căn ở người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp**: 200 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh vô căn dựa vào lâm sàng và chụp cộng hưởng từ sọ não. Các bệnh nhân được làm trắc nghiệm đánh giá sự chú ý dựa vào bộ trắc nghiệm của hội Tâm thần học Hoa kỳ. **Kết quả**: Rối loạn chú ý ở động kinh cục đơn giản có tỷ lệ thấp nhất trong số các loại động kinh khác có ý nghĩa thống kê (với p<0,05). Nhóm khởi phát < 6 tuổi có nguy cơ rối loạn chú ý cao gấp 6,27 lần so với nhóm 6-17 (với OR=6,27 95%CI 2,04÷19,6, p=0,002), cao gấp 91,5 lần so với nhóm 18 tuổi trở lên (p=0,000). Nhóm khởi phát 6-17 có nguy cơ cao gấp 14,5 lần so với nhóm khởi phát 18 trở lên (p=0,000) Rối loạn chú ý ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao hơn gấp 2,65 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm (p=0,0215) và cao gấp 3,08 lần so với nhóm có thời gian mắc dưới 1 năm (p=0,0089). Thuốc kháng động kinh không thấy ảnh hưởng đến rối loạn chú ý. **Kết luận**: Rối loạn chú ý ít gặp hơn ở nhóm động kinh cục bộ đơn giản. Tuổi khởi phát càng thấp (< 6 tuổi) và thời gian mắc bệnh kéo dài nguy rối loạn chú ý càng cao. Thuốc kháng động kinh không ảnh hưởng đến rối loạn chú ý.

**Trường Đại học Y Hà nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hướng
Email: vanhuong73@hotmail.com
Ngày nhận bài: 23.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019
Ngày duyệt bài: 29.5.2019

SUMMARY

SOME RELATED FACTORS TO ATTENTION DISORDERS IN IDIOPATHIC EPILEPSY

Objective: The study to evaluate some related factors to attention disorders in idiopathic epilepsy in adults. **Subjects and methods:** 200 patients were diagnosed with idiopathic seizures based on clinical and cranial magnetic resonance imaging. The patients were tested on the American Psychiatric Association's attention test. **Results**: Attention disorder in simple local epilepsy decreased with the lowest rate among other epilepsy types with statistical significance (with p <0.05). The onset of <6-year-old group was 6.27 times higher than that of group 6-17 (with OR = 6.27 95% CI 2.04 ÷ 19.6, p = 0.0002) and 91.5 times higher than the group of 18 and older (p = 0.000). The onset of 6-17 group has a risk of 14.5 times higher than the onset group of 18 or more (p = 0.000) Attention disorder in the group with a duration of more than 5 years is 2.65 higher times compared with the group with 1-5 years of disease (p = 0.0215) and 3.08 times higher than the group with duration of less than 1 year (p = 0.0089). Antiepileptic drugs have no effect on attention disorders. **Conclusion**s: Attention disorder is less common in simple local epilepsy. The lower the age of onset (<6 years) and the longer the duration of epilepsy, the highest the attention disorder. Antiepileptic drugs do not affect attention disorders.

Keywords: Epilepsy, attention disorders

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là bệnh lý mạn tính của não, chiếm khoảng một phần tư trong tổng số bệnh lý thần kinh. Là bệnh lý xuất phát từ tổn thương ở não nên ngoài các cơn động kinh, bệnh nhân động kinh còn có thể bị tổn thương các chức năng cao cấp của não trong đó có chức năng nhận thức [1], [2], [3]. Rối loạn nhận thức, mà mức độ nặng là sa sút trí tuệ, là hội chứng rối loạn chức năng của vỏ não bao gồm trí nhớ, chú ý, định hướng, sự hiểu biết, tính toán, khả năng học tập, ngôn ngữ và sự phán đoán [3], [4]. Chú ý là khả năng tập trung các hoạt động về tâm thần hướng về một đối tượng cụ thể nào đó, nó có liên quan chặt chẽ với các hoạt động tâm thần khác [5], [6]. Rối loạn chú ý là một lĩnh vực thường gặp trong rối loạn nhận thức. Chú ý là lĩnh vực có vai trò quyết định trong học tập và lao động. Khi chú ý rối loạn, bệnh nhân sẽ biểu hiện không tập trung, dễ bị phân tán bởi các kích thích bên ngoài dẫn đến làm rối loạn hoạt động ghi nhớ và nhận thức [7], [8]. Dodril [7] cho thấy có đến 45% bệnh nhân động kinh có biểu hiện rối loạn sự chú ý, biểu hiện rối loạn tập trung khi thực hiện một vấn đề cụ thể hay hướng dẫn thực hiện một vấn đề. Aldenkamp [6] cho rằng rối loạn chú ý và rối loạn trí nhớ việc làm và trí nhớ học tập có tỷ lệ tương đương nhau, điều này được tác giả cho rằng trong động kinh cũng như trong rối loạn nhận thức khác, trí nhớ và chú ý có mối liên quan mật thiết. Các tác giả khác cho rằng, rối loạn trí nhớ trên bệnh nhân động kinh song song cùng với tình trạng rối loạn sự chú ý [4],[5]. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích: *"Đánh giá một số yếu tố liên quan đến rối loạn chú ý trên bệnh nhân động kinh vô căn ở người trưởng thành".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 200 bệnh nhân được chẩn đoán xác định động kinh theo tiêu chuẩn ILEA [8]. Các bệnh nhân đều có tuổi từ 18 trở lên. Loại trừ các trường hợp bệnh nhân bị động kinh mắc một số bệnh liên quan đến rối loạn chú ý trước đó và những bệnh lý tổn thương não khác: - Tất cả các bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ sọ não để loại trừ các nghuyên nhân thực tổn ở não.

- Tiến hành khám lâm sàng để loại trừ các bệnh liên quan đến rối loạn chú ý trước đó như: bệnh alzheimer, sa sút trí tuệ do mạch máu, các bệnh lý tâm thần, bệnh mù chữ, khiếm thị hoặc khiếm thính.

- Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đánh giá sự chú ý

2.2 Phương pháp nghiên cứu: phương pháp mô tả cắt ngang. Là phương pháp nghiên cứu hồi cứu với nguồn thông tin từ bệnh nhân, những người thân và gia đình bệnh. Mẫu nghiên cứu có 200 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

- Cỡ mẫu: Thuận tiện

- Phương pháp thu nhập thông tin nghiên cứu. *Đánh giá rối loạn chú ý (attention disorders):* Rối loạn chú ý liên quan mật thiết đến rối loạn trí nhớ chính vậy chúng tôi đánh giá rối loạn chú ý dựa vào trắc nghiệm đánh giá về chú ý của Hiệp hội Tâm thần học của Hoa kỳ lần thứ V (DSM -V). Cụ thể như sau:

+ Đọc xuôi dãy số (Digit Span Fowad /WAIS-R). Các dãy số gồm có từ ba cho đến tám chữ số, đọc chậm từng dãy số, sau một dãy, yêu cầu nhắc lại, dừng lại khi đối tượng đọc sai hai lần liên tiếp hoặc không thực hiện được. Mỗi dãy số nhắc đúng cho 1 điểm. Tổng điểm tối đa của trắc nghiệm này là 12 điểm. Có biểu hiện rối loạn chú ý khi điểm < 6.

+ Đọc ngược dãy số (Digit Span Backwad/ WAIS- R). Các dãy số gồm có từ hai cho đến bảy chữ số, đọc chậm từng dãy số, sau mỗi lần đọc, yêu cầu đối tượng nhắc lại theo thứ tự ngược lại, dừng lại khi đối tượng đọc sai hai lần liên tiếp hoặc không thực hiện được. Mỗi dãy số nhắc đúng cho 1 điểm. Tổng điểm tối đa của trắc nghiệm này là 12 điểm. Biểu hiện rối loạn khi số điểm dưới 3 điểm.

- Đánh giá các yếu tố liên quan như: Tuổi khởi phát cơn, tần suất cơn động kinh, thể động kinh, thời gian mắc bệnh và thuốc kháng động kinh đến tình trạng rối loạn chú ý.

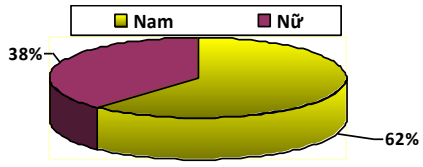
Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được nhập thông tin vào máy tính, sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 15.0 và phần mềm STATA 8.0. So sánh các tỷ lệ dựng trắc nghiệm $\chi 2$, trong trường hợp số lượng trong từng ô nhỏ hơn 5, trắc nghiệm Fisher được sử dụng thay thế.

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 Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu (phân bố giới và tuổi):

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
18 - 40	109	54,5
41 - 60	50	25
>60	41	20,5
Tuổi trung bình	41,4± 17,22	



Nhận xét: Nam giới chiếm 62%, nữ giới chiếm 38%. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm 18 đến 40 tuổi (54.5%). Tuổi trung bình là 41,4± 17,22.

3.2 Các yếu tố liên quan đến rối loạn chú ý

Bảng 3.1 Liên quan giữa thể động kinh với rối loạn chú ý (n =200)

Nhóm tuổi	Động kinh toàn bộ (1)		Động kinh cục phức tạp (2)		Cục bộ đơn giản (3)		Động kinh cục toàn thể hóa (4)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rối loạn chú ý	28	25,93	9	47,37	3	5,17	5	33,33
Không rối loạn chú ý	80	74,07	10	52,63	55	94,83	10	66,66
Tổng	**108**	**100**	**19**	**100**	**58**	**100**	**15**	**100**
	P1,2 = 0,43. p1,3 = 0,058; p2,4 = 0,9; p1,4 = 0,18							

Nhận xét: Nhóm cục bộ đơn giản có tỷ lệ rối loạn chú ý thấp nhất và có sự khác biệt với các nhóm khác có ý nghĩa thống kê (với p<0,05).

- Giữa các nhóm còn lại không có sự khác biệt về rối loạn chú ý (với p>0,05).

Bảng 3.2 Liên quan tuổi khởi phát cơn và tần suất cơn động kinh đến rối loạn sự chú ý (n =200)

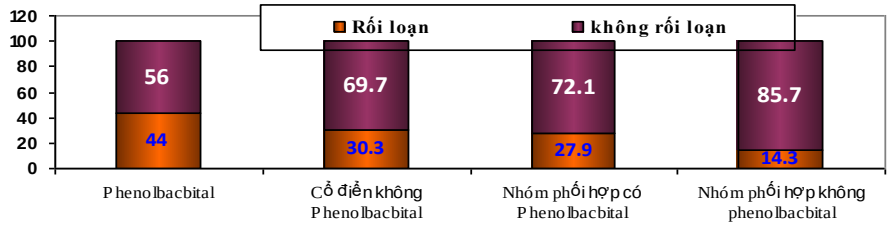
Tần suất cơn	Cơn dày			Cơn trung bình			Cơn thưa		
Tuổi khởi phát	< 6 n=12	6-17 n=10	≥18 n=17	< 6 n=5	6-17 n=8	≥18 n=30	< 6 n=5	6- 17 n=19	≥ 18 n=94
Rối loạn chú ý	10	6	1	4	2	4	4	6	6
Không rối loạn chú ý	2	4	16	1	6	26	1	13	88

Nhận xét: Nhóm khởi phát < 6 tuổi có nguy cơ rối loạn chú ý cao gấp 6,27 lần so với nhóm 6-17 với OR=6,27 (95%CI 2,04÷19,6). p=0,0002 và cao gấp 91,5 lần so với nhóm 18 tuổi trở lên với OR=91,5 (95%CI 21,25÷404,21). p=0,0000. Nhóm khởi phát 6-17 có nguy cơ cao gấp 14,5 lần so với nhóm khởi phát 18 trở lên với OR=14,58 (95%CI 3,81÷66,65). p=0,0000. Rối loạn chú ý nhóm Tần suất cơn dày cao gấp 4,43 lần nhóm cơn thưa với OR=4,434 (95%CI 1,77÷10,9). p=0,0002. Rối loạn chú ý nhóm cơn trung bình có nguy cơ cao gấp 3,19 lần nhóm cơn thưa với OR=3,19 (95%CI 1,25÷7,93). p=0,0048.

Bảng 3.3 Liên quan giữa thời gian mắc bệnh với rối loạn chú ý (n= 200)

Thời gian mắc bệnh	Dưới 1 năm		1 đến 5 năm		Trên 5 năm	
	n = 59	%	n = 52	%	n = 89	%
Rối loạn chú ý	8	13,56	8	15,38	29	32,58
Không rối loạn chú ý	51	86,44	44	84,62	60	67,42

Nhận xét: Rối loạn chú ý ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao hơn gấp 2,65 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm (với OR=2,658 95%CI 1,04÷7,34, p=0,0215) và cao gấp 3,08 lần so với nhóm có thời gian mắc dưới 1 năm (với OR=3,08 95%CI 1,22÷8,45, p=0,0089).



Biểu đồ 3.1 liên quan giữa thuốc kháng động kinh với rối loạn chú ý

Nhận xét: Không có sự khác biệt về rối loạn chú ý giữa các nhóm thuốc kháng động kinh (OR1=1,8 (0,65÷5,15, p1=0,2096; OR2=2,32 0,236÷115,5p2 = 0,4461).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ảnh hưởng của động kinh thái dương đến lĩnh vực nhận thức các tác giả [4], [6] cho thấy ảnh hưởng đáng kể đến khả năng tính và sự chú ý. Ở nhóm động kinh cục bộ phức hợp Dodril và công sự nhận thấy chủ yếu sự chú ý bị rối loạn cao gấp 4,8 lần so cới nhóm động kinh cục bộ đơn giản [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi rối loạn chức năng chú ý nhóm động kinh cục bộ đơn giản có tỷ lệ rối loạn chú ý thấp nhất so với các thể động kinh khác. Nghiên cứu của Helmstaedter C và cộng sự [8] trên bệnh nhân động kinh người trưởng thành, tác giả nhận thấy động kinh thái dương (Động kinh cục bộ phức hợp) tỷ lệ rối loạn chú ý cao hơn nhóm động kinh toàn thể đến 3,2 lần. Trong khi đó, động kinh cục bộ đơn giản tỷ lệ về rối loạn sự chú ý ít gặp nhất trong các thể động kinh. Kết quả này phù hợp với kết quả của chúng tôi. Dodril và cộng sự (2004) [7] cho rằng ảnh hưởng của cơn động kinh đến rối loạn sự chú ý và khả năng tính toán bị ảnh hưởng đáng kể bởi sự lên cơn động kinh, bởi vì tác giả nhận thấy ở nhóm bệnh nhân có cơn hàng tuần tỷ lệ rối loạn các chức năng nói trên cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm hàng năm chỉ xuất hiện một vài cơn. Đánh giá về sự liên quan tuổi khởi phát động kinh đến các chức năng sự chú ý, Jokeit H và cộng sự [3] cho thấy biểu hiện rõ nhất về rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận và sự chú ý ở nhóm đối tượng có tuổi khởi phát dưới 6 tuổi cao gấp 7,2 lần so với nhóm khởi phát từ 6 tuổi trở lên. Từ đó làm khả năng học tập của những trẻ này sẽ kém hơn so với những trẻ em bình thường. Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2) Nhóm khởi phát < 6 tuổi có nguy cơ rối loạn chú ý cao gấp 6,27 lần so với nhóm 6-17 và cao gấp 91,5 lần so với nhóm 18 tuổi trở lên. Nhóm khởi phát 6-17 có nguy cơ cao gấp 14,5 lần so với nhóm khởi phát 18 trở lên. Helmstaedter C (2007) và cộng sự [2] khi nghiên cứu trên đối tượng vị thành niên và người trưởng thành lại cho thấy đối với những bệnh nhân động kinh cục bộ phức hợp với cơn khởi phát thời ấu thơ và thời gian kéo dài trên 10 năm mắc bệnh thì rối sự chú ý và khả năng tính toán tỷ lệ rối loạn cao hơn gấp 13,5 lần so với nhóm đối chứng. Lý giải vấn đề này, tác giả cho rằng các chức năng nhận thức nói chung và ngôn ngữ, khả năng tính toán hay sự chú ý, định hướng đều phải là sự hoàn thiện dần theo thời gian và sự hoàn thiện này kéo dài vài năm, vài chục năm thậm chí suốt cuộc đời con người. Về liên quan đến thời gian mắc bệnh, theo nhiều tác giả cho thấy thời gian mắc bệnh càng dài nguy cơ rối loạn sự chú ý càng cao [3; 5]. Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.3) cho thấy rối loạn chú ý ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao hơn gấp 2,65 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm và cao gấp 3,08 lần so với nhóm có thời gian mắc dưới 1. Theo nhiều tác giả [1;2;4;7] việc lên cơn động kinh lặp lại trong một thời gian dài làm tổn thương dần các cấu trúc của não bộ theo thời gian là nền tảng cho sự ức chế và hạn chế sự hoàn thiện về các chức năng nói trên. Đánh giá ảnh hưởng của thuốc kháng động kinh đến sự chú ý tác giả Meador KJ (2011) [4] khi so sánh sự chú ý thông qua các trắc, đọc xuôi dãy số, đọc ngược dãy số tác giả nhận thấy nhóm sử dụng Phenolbacbital có điểm trung bình thấp hơn so với nhóm bệnh nhân động kinh sử dụng các nhóm thuốc khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt về rối loạn sự chú ý giữa các nhóm thuốc kháng động kinh.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn chú ý gặp thấp nhất ở nhóm động kinh cục bộ đơn giản. Rối loạn chú ý ở nhóm bệnh nhân có tuổi khởi phát động kinh dưới 6 tuổi cao gấp 91,7 lần so với nhóm khởi phát trên 18 tuổi. Ở nhóm thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao gấp 3,08 lần so với nhóm dưới 1 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rausch R, Kraemer S, Pietras CJ, et al (2003),** "Early and late cognitive changes following temporal lobe surgery for epilepsy", Neurology, 60:951– 959.
2. **Helmstaedter C (2007),** "Cognitive outcome of epileptic in adults", Epilepsia, 48(Suppl. 8), 85–90.
3. **Jokeit H, Ebner A (2002),** "Effects of chronic epilepsy on intellectual functions", Prog Brain Res, 135:455–463.
4. **Meador KJ, Loring DW, Huh K, et al (2011),** "Comparative cognitive effects of anticonvulsants", Neurology, 40, 391–394.
5. **Shehata G A. , Bateh AEM (2009**), " Cognitive function, mood, behavioral aspects, and personality traits of adult males with idiopathic epilepsy", Epilepsy & Behavior, vol 14, 121–124
6. **Dodrill CB (2004),** "Neuropsychological effects of seizures", Epilepsy Behav, 5(Suppl. 1), S21.
7. **American Psychiatric Association (1994),** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Ed. (DSM – IV), Washington DC: American Psychiatric Association.
8. **International League Against Epilepsy (1993),** "Guideline for epidemiological study on epilepsy", Epilepsia, 13 (2), pp96-592.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH GÚT

Nguyễn Hoàng Long*, Nguyễn Thị Phương Thủy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút theo bộ câu hỏi SF-36 với các đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng của bệnh gút. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** Nghiên cứu gồm 52 bệnh nhân gút được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015, điều trị nội trú tại khoa Khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2018 đến tháng 3/2019. Nghiên cứu tiến cứu. ***Kết quả và kết luận:*** Các yếu tố có ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút gồm tuổi, số khớp bị sưng đau trong đợt cấp và mức độ đau khớp được đánh giá theo thang điểm VAS. Các bệnh nhân gút chủ yếu có chất lượng cuộc sống ở mức độ trung bình (67,3%) và thấp (32,7%), không một bệnh nhân nào có chất lượng cuộc sống đạt mức độ cao. Sức khỏe thể chất bị ảnh hưởng nhiều hơn sức khỏe tinh thần, trong đó chức năng thể lực và cảm giác đau bị ảnh hưởng nhiều nhất.

Từ khóa: Gút, chất lượng cuộc sống, SF-36, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF GOUT

Objective: To examine the correlation between quality of life using Short-Form-36 with clinical-subclinical characteristics of gout. **Subjects and methods:** The prospective study included 52 gout patients diagnosed according to ACR/EULAR 2015 criteria, treated at Rheumatology Department, Bach Mai Hospital from July 2018 to March 2019. **Result and conclusions:** The factors that affected the quality of life of gout patients including age, number of joints that were swollen and painful during the attacks and the degree of joint pain was evaluated by VAS scale. The gout patients mainly had a moderate quality of life (67.3%) and low (32.7%), none of them had a high quality of life. Physical health was affected more than mental health, in which physical function and pain sensation were most affected.

Keywords: Gout, quality of life, SF-36, clinical–subclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là một bệnh lý khớp viêm hay gặp nhất ở người trưởng thành và ảnh hưởng đến khoảng 1,4% dân số trên thế giới [1]. Chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân gút có thể bị giảm sút do tình trạng đau khớp cấp tính, những tổn thương khớp mạn tính và các bệnh lý kết hợp như tổn thương thận, bệnh tim mạch, hội chứng chuyển hóa và thoái hóa khớp. Tổng chi phí điều trị hàng năm của các bệnh nhân gút rất lớn và đặc biệt sẽ tăng lên ở những bệnh nhân gút mạn tính. Hiện nay, chất lượng cuộc sống thấp và sự suy giảm các hoạt động thể lực của những bệnh nhân gút đã trở thành một vấn đề quan trọng trong các nghiên cứu về bệnh gút trên thế giới. Sự giảm chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân gút có thể do các đặc điểm đặc hiệu liên quan bệnh như đau khớp cấp tính dữ dội, thường xuyên bị các đợt gút cấp tính tái phát, nhiều khớp bị đau, tình trạng đau khớp giữa các đợt gút cấp tính khi bệnh trở thành mạn tính và tổn thương khớp mạn tính do lắng đọng các hạt tophi. Theo kết quả của các nghiên cứu gần đây cho thấy, có mối liên quan chặt chẽ giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút với đặc điểm lâm sàng của bệnh (số đợt gút cấp trong một năm, tiền sử bị đau một vài khớp hay nhiều khớp trong các cơn gút cấp, cơn đau khớp cấp tính gần đây), điều trị với colchicin và thuốc hạ acid uric máu- allopurinol, các bệnh lý kết hợp (đái tháo đường, đột quị, suy thận, cơn đau thắt ngực, tăng huyết áp, lo lắng, trầm cảm) và các đặc điểm về kinh tế- xã hội (lớn tuổi, giới nữ, béo phì, uống rượu-bia, tình trạng hôn nhân, chủng tộc). Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng của bệnh gút cũng như đánh giá hiệu quả của các thuốc hạ acid uric máu. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát về chất lượng cuộc sống và các hoạt động thể lực ở bệnh nhân gút. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút theo bộ câu hỏi SF-36 với đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng của bệnh gút.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 52 bệnh nhân gút được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015, điều trị nội trú tại khoa Khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2018 đến tháng 3/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được phỏng

**Trường đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy
Email: phuongthuybm@yahoo.com
Ngày nhận bài: 20.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 24.5.20189
Ngày duyệt bài: 30.5.2019

vấn trực tiếp, thăm khám lâm sàng và thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án dựa trên mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế từ trước.

Các đặc điểm lâm sàng gồm: tuổi, giới, chỉ số BMI, thời gian mắc bệnh, số đợt viêm khớp cấp trong một năm, triệu chứng đau khớp (số khớp đau, vị trí, tính chất đau, mức độ đau theo thang điểm VAS), hạt tophi. Tiền sử gồm: chế độ ăn nhiều đạm, uống rượu bia, các bệnh lý kèm theo như bệnh tim mạch, bệnh thận, rối loạn chuyển hóa, sử dụng thuốc gồm các thuốc có nguy cơ gây tăng acid uric máu (thuốc điều trị lao, lợi tiểu), corticoid, colchicin, thuốc hạ acid uric máu.

Các đặc điểm cận lâm sàng gồm: acid uric máu, các chỉ số đánh giá mức độ viêm (tốc độ máu lắng giờ đầu, nồng độ protein C phản ứng), chức năng gan- thận, đường máu, các thành phần của mỡ máu (cholesterol, triglycerid, HDL-C, LDL-C). Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút theo bộ câu hỏi SF-36.

Khảo sát mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút với các đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng của bệnh.

Xử lý số liệu: Các số liệu đã thu thập được xử lý bằng phần mềm Stata 14.2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo giới

Giới tính	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Nam	49	94,2
Nữ	3	5,8
Tổng	**52**	**100**

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có nam giới chiếm tỷ lệ 94,2%.

Bảng 3.2: Đặc điểm về tuổi và thời gian mắc bệnh của nhóm BN nghiên cứu

	Số BN (n)	$\bar{X}$ ± SD
Tuổi (năm)	52	57,4 ± 11,5
Thời gian mắc bệnh (năm)	52	10,5 ± 7,0

Nhận xét: Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu có thời gian mắc bệnh trung bình là 10,5 ± 7,0 năm, trong đó BN có thời gian mắc bệnh kéo dài nhất là 25 năm. Độ tuổi trung bình là 57,4 ± 11,5 năm, trong đó cao nhất là 88 tuổi và thấp nhất là 35 tuổi.

3.2. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút bằng bộ câu hỏi SF-36

Bảng 3.3: Điểm chất lượng cuộc sống của nhóm BN gút theo thang điểm SF–36

Lĩnh vực	X ± SD (n=52)
Hoạt động thể lực	40,9 ± 25,4
Chức năng thể lực	9,1 ± 22,2
Cảm giác đau	25,9 ± 16,9
Sức khỏe tổng quát	38,4 ± 12,1
Sức sống	36,9 ± 15,9
Hoạt động xã hội	41,3 ± 17,6
Chức năng cảm xúc	34,3 ± 37,4
Sức khỏe tâm thần	44,9 ± 17,1
Sức khỏe thể chất	24,8 ± 16,4
Sức khỏe tinh thần	39,3 ± 17,4
CLCS trung bình	35,1 ± 14,7

Nhận xét: Điểm CLCS trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 35,1 ± 14,7, trong đó chức năng thể lực có điểm trung bình thấp nhất (9,1 ± 22,2) và sức khỏe tâm thần có điểm trung bình cao nhất (44,9± 17,1). Sức khỏe thể chất bị ảnh hưởng nhiều hơn sức khỏe tinh thần, trong đó chức năng thể lực và cảm giác đau bị ảnh hưởng nhiều nhất.

Bảng 3.4. Phân loại chất lượng cuộc sống của nhóm BN nghiên cứu

CLCS	Số bệnh nhân (n=52)	Tỷ lệ %
Thấp (< 30)	17	32,7
Trung bình (30-80)	35	67,3
Cao (>80)	0	0

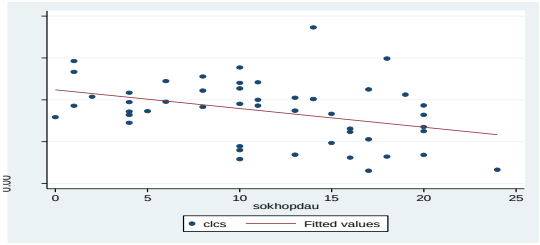
Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có chất lượng cuộc sống mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,3%. Không có bệnh nhân nào đạt mức chất lượng cuộc sống cao.

3.3. Sự liên quan giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút với các đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng của bệnh gút

Bảng 6.5. Mối liên quan giữa tuổi và chất lượng cuộc sống của nhóm BN nghiên cứu

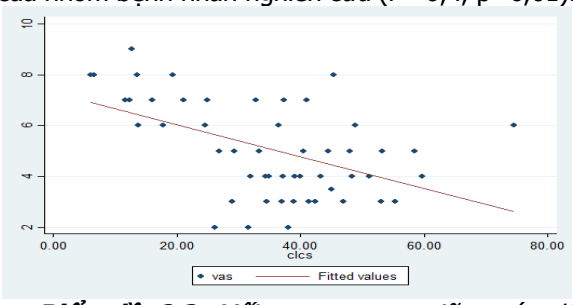
Nhóm tuổi (N=52)	SKTC	SKTT	CLCS TB
<40 (n=2)	24,7 ± 5,8	56,9 ± 20,9	47,0 ± 8,5
40 – 49 (n=10)	27,4 ± 21,0	46,9 ± 15,7	39,8 ± 17,2
50 – 59 (n=20)	26,7 ± 17,1	37,8 ± 16,6	36,2 ± 14,4
60 – 69 (n=13)	21,2 11,5	36,3 ± 18,7	30,80± 12,6
≥ 70 (n=7)	22,1 ± 19,0	33,7 ± 16,9	28,7± 15,0
p	0,94	0,30	0,87
Hệ số tương quan (r)	-0,1 (p'=0,61)	**-0,29** (p'= 0,03)	**-0,33** (p'=0,02)

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch biến giữa sức khỏe tinh thần và chất lượng cuộc sống với tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, độ tin cậy 95%.



Biểu đồ 6.1. Mối tương quan giữa CLCS với số khớp đau của nhóm BN nghiên cứu

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch biến giữa chất lượng cuộc sống với số lượng khớp đau của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (r=-0,4, p<0,01).



Biểu đồ 6.2. *Mối tương quan giữa mức độ đau khớp đánh giá theo VAS và chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân nghiên cứu*

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch biến giữa chất lượng cuộc sống với mức độ đau khớp đánh giá theo thang điểm VAS của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (r=-0,49, p<0,01).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy các yếu tố có ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút gồm tuổi, số khớp bị sưng đau trong đợt gút cấp và mức độ đau khớp được đánh giá theo thang điểm VAS. Những bệnh nhân gút thường bị suy giảm các hoạt động thể lực và chất lượng của cuộc sống khi so sánh với dân số nói chung. Tình trạng kinh tế- xã hội và những đặc điểm lâm sàng của bệnh gút đều có ảnh hưởng xấu đến các hoạt động chức năng và cuộc sống của người bệnh. Theo kết quả của các nghiên cứu, những bệnh nhân gút có nhiều đợt sưng đau khớp cấp tính, bị viêm nhiều khớp, mức độ đau khớp nặng, hạt tophi thường giảm các hoạt động chức năng và chất lượng cuộc sống thấp [2]. Các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy, những bệnh nhân gút có nguy cơ cao bị rối loạn về tâm thần, trong đó trầm cảm và lo âu là những yếu tố nguy cơ độc lập gây giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong các thông số được đánh giá, mức độ đau khớp, số đợt gút cấp trong một năm và số khớp bị đau có ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe cũng như sự hạn chế trong khả năng vận động và thực hiện các hoạt động sinh hoạt thường ngày của bệnh nhân [3]. Trong nghiên cứu, các bệnh nhân gút chủ yếu có chất lượng cuộc sống ở mức độ trung bình (67,3%) và thấp (32,7%), không một bệnh nhân nào có chất lượng cuộc sống đạt mức độ cao.

Theo kết quả của các nghiên cứu gần đây cho thấy, gần một nửa các bệnh nhân gút bị ảnh hưởng chất lượng cuộc sống, đặc biệt là trong các đợt gút cấp. Những đợt sưng đau khớp cấp tính gây cản trở sự vận động, khả năng làm việc và tham gia các hoạt động giải trí trong cuộc sống. Sự xuất hiện của hạt tophi cũng thường kết hợp với giảm các hoạt động thể lực của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của Sundy và đồng nghiệp cho thấy, các bệnh nhân có hạt tophi, tiền sử bị nhiều đợt gút cấp trong một năm và nồng độ acid uric máu tăng cao (>9mg/dl) có điểm sức khỏe thể chất thấp hơn khi đánh giá theo SF-36 [4]. Khi bệnh nhân không được kiểm soát nồng độ acid uric máu tốt, bệnh sẽ tiến triển và trở thành gút mạn tính. Các tổn thương của gút mạn tính như sỏi thận, viêm thận kẽ, suy thận và tình trạng biến dạng khớp cũng gây ảnh hưởng rất nhiều đến cuộc sống của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chất lượng cuộc sống trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 35,1 ± 14,7 điểm và chức năng thể lực có điểm trung bình thấp nhất. Sức khỏe thể chất bị ảnh hưởng nhiều hơn sức khỏe tinh thần, trong đó chức năng thể lực và cảm giác đau bị ảnh hưởng nhiều nhất. Việc kiểm soát tốt các bệnh lý kèm theo ở bệnh nhân gút cũng có vai trò rất quan trọng trong nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Ở những bệnh nhân gút, các bệnh lý tim mạch như tăng huyết áp, tai biến mạch não, bệnh lý mạch vành là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong. Nồng độ acid uric máu tăng cao sẽ thúc đẩy quá trình xơ vữa mạch. Mặc dù các thuốc hạ acid uric máu như Allopurinol và Febuxostat không có ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh nhưng các thuốc sẽ làm giảm các cơn gút cấp và hạn chế sự xuất hiện của hạt tophi. Kết quả một số nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút và các thuốc hạ acid uric máu [5]. Vì vậy, các bệnh nhân gút cần phải điều chỉnh lối sống và tuân thủ điều trị để hạn chế sự tiến triển của bệnh cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống.

V. KẾT LUẬN

- Các yếu tố có ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút gồm tuổi, số

khớp bị sưng đau trong đợt cấp và mức độ đau khớp được đánh giá theo thang điểm VAS.

- Các bệnh nhân gút chủ yếu có chất lượng cuộc sống ở mức độ trung bình (67,3%) và thấp (32,7%), không một bệnh nhân nào có chất lượng cuộc sống đạt mức độ cao.

- Sức khỏe thể chất bị ảnh hưởng nhiều hơn sức khỏe tinh thần, trong đó chức năng thể lực và cảm giác đau bị ảnh hưởng nhiều nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Annermans L, Spaepen E (2008)**, "Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000-2005", Ann Rheum Dis. 2008;67:960-6.
2. **Geletka RC, Scarlett EL (2004),** "Severe gout is associated with impaired quality of life and functional status", Arthritis Rheum; 50:S340-S341.
3. **Khanna D, Mansoor A (2008),** "The disutility of chronic gout", Qual Life Res; 17(5):815-822.
4. **Sundy JD, Schumacher HR (2006),** "Quality of life in patients with treatment failure gout", Ann Rheum Dis; 65:271.
5. **Priyanka C, Edward R (2013),** "Health- related quality of life in gout: a systematic review", Rheumatology; 52 (11):2031-2040.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TRƯỚC VÕNG MẠC VÙNG HOÀNG ĐIỂM NGUYÊN PHÁT

Vũ Tuấn Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị xuất huyết trước võng mạc vùng hoàng điểm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: can thiệp lâm sàng trên bệnh nhân bị xuất huyết trước võng mạc nguyên phát. **Kết quả:** thời gian mắc bệnh từ 1 ngày đến 1 tháng, đều mờ 1 mắt đột ngột, ở người trẻ, 6/6 ca đều phục hồi tốt về chức năng và giải phẫu sau phẫu thuật, không để lại di chứng. **Kết luận:** xuất huyết trước võng mạc nguyên phát thường xảy ra đột ngột ở người trẻ, trên 1 mắt. Phẫu thuật cắt dịch kính điều trị xuất huyết trước võng mạc nguyên phát là phương pháp phục hồi thị lực tối ưu.

Từ khóa: xuất huyết trước võng mạc, cắt dịch kính

SUMMARY

RESULTS OF VITRECTOMY FOR TREATMENT OF PREMACULAR HAEMORRHAGE

Aims: results of vitrectomy and ILM peeling for treatment of premacular haemorrhage. **Methods**: interventional cases series. **Results**: all patients have spontaneous and acute onset premacular haemorrhage, and surgical timing from 1 day to 1 month. Excellent visual and anatomical recovery occurred in all patients without any complications. **Conclusion**: vitrectomy is optimal choice for premacular haemorrhage treatment.

Keyword: premacular haemorrhage, vitrectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết trước võng mạc nguyên phát là một bệnh lý hiếm gặp, nhưng thường xảy ra ở người trẻ tuổi – trong lứa tuổi lao động, đe dọa suy giảm thị lực trầng trọng và không hồi phục được, ảnh hưởng lớn tới sinh hoạt. Diễn biến bệnh thường xảy ra đột ngột, bệnh nhân mất thị lực trung tâm một bên.

Có nhiều nguyên nhân gây bệnh, thường gặp là bệnh lý võng mạc Valsava, hội chứng Terson. Một số tác giả cho rằng có liên qua tới bệnh lý giãn mạch máu võng mạc quanh fovea [1], hoặc thứ phát do một số bệnh lý mạch máu võng mạc gây nên như tắc tĩnh mạch võng mạc, bệnh võng mạc do đái tháo đường, phình mạch võng mạc, sau khi dùng thuốc chống đông máu, hoặc xuất hiện đột ngột sau chấn thương.

Mặc dù nguyên nhân nhiều khi không rõ ràng, nhưng trên lâm sàng, việc quan trọng vẫn phải là giải phóng hết máu đọng. Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau, như điều trị nội khoa, dùng laser mở màng ngăn trong, tiêm thuốc tiêu sợi huyết đều bộc lộ nhiều nhược điểm, về khả năng phục hồi thị lực, về di chứng của máu đọng kéo dài dẫn tới suy giảm chức năng thị giác của bệnh nhân.

Phẫu thuật cắt dịch kính qua đường pars plana ngày nay, với trang bị hệ thống cắt dịch kính tốc độ cao và đầu cắt nhỏ (23 G/25G– kỹ thuật cắt dịch kính không khâu) ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh lý võng mạc nhờ nhờ các ưu điểm: thời gian phẫu thuật ngắn, không khâu vết mổ nhỏ nên thời gian liền vết mổ nhanh hơn phẫu thuật cắt dịch kính kinh điển với đầu cắt 20 G [2].

Phẫu thuật cắt dịch kính điều trị xuất huyết trước võng mạc vùng hoàng điểm nguyên phát là một hướng mới để điều trị bệnh lý này, hiện

*Bệnh viện Mắt Trung Ương
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Anh
Email: vta.oph@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 21.5.2019
Ngày duyệt bài: 27.5.2019

nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Vì vậy tác giả tiến hành nghiên cứu: *"Kết quả bước đầu nghiên cứu phẫu thuật cắt dịch kính điều trị xuất huyết trước võng mạc vùng hoàng điểm nguyên phát".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 6 bệnh nhân bị xuất huyết trước võng mạc vùng hoàng điểm nguyên phát có chỉ định phẫu thuật cắt dịch kính tại Bệnh viện mắt Trung Ương từ tháng 8/2017 đến tháng 3/2019.

Cách thức tiến hành nghiên cứu. Bệnh nhân nhập viện được khám, làm hồ sơ bệnh án, đo thị lực nhìn xa với kính và không kính, đo nhãn áp, đánh giá tình trạng giác mạc, thủy tinh thể, khám đáy mắt bằng kính 3 mặt gương Goldmann hoặc đèn soi Schepens kết hợp kính + 20D đánh giá tình trạng võng mạc, dịch kính, chụp OCT vùng hoàng điểm và đo thị trường trung tâm...

Quy trình phẫu thuật: bệnh nhân được gây tê cạnh nhãn cầu. Đặt 3 lỗ trocar 23G tại 3 vị trí cách rìa 4 mm, 1 lỗ đặt đinh nước, 1 lỗ dùng đèn chiếu nội nhãn Xenon và 1 lỗ dành cho đầu cắt dịch kính. Trong quá trình phẫu thuật, có thể hoán đổi vị trí các dụng cụ trên. Dùng đầu cắt 23G cắt dịch kính từ trung tâm ra ngoại biên, chú ý tránh chạm vào thể thủy tinh còn trong của bệnh nhân. Nhuộm màng hyaloid sau và màng ngăn trong bằng hydrocortison, bóc màng ngăn trong vùng hoàng điểm bằng forcep nội nhãn dưới kính phóng đại x50, sau đó dùng back-fluid với đầu silicon mềm hút dịch thụ động để hút từ từ toàn bộ máu đọng trước võng mạc. Kết thúc phẫu thuật thường trao đổi khí dịch để duy trì áp lực dương tương đối trong nội nhãn trước khi rút trocar, tránh biến chứng chảy máu từ kết mạc vào buồng dịch kính.

Đánh giá sau phẫu thuật: Bệnh nhân sau phẫu thuật được xuất viện ngày sau mổ. Bệnh nhân được theo dõi các diễn biến về thị lực, nhãn áp, tình trạng võng mạc và các biến chứng có thể xảy ra để có thể can thiệp kịp thời như laser võng mạc bổ xung, hạ nhãn áp…Sau khi ổn định bệnh nhân được ra viện và tái khám định kỳ sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Các chỉ tiêu đánh giá mỗi lần khám lại:

- Thị lực nhìn xa có và không chỉnh kính
- Nhãn áp đo bằng nhãn áp kế Goldmann hoặc nhãn áp kế hơi
- Khám sinh hiển vi đánh giá bán phần trước, độ kín của vết mổ, tình trạng võng mạc sau phẫu thuật
- Từ lần khám sau 1 tháng trở đi bệnh nhân sẽ được làm thêm chụp OCT hoàng điểm, đánh giá thị trường.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 kết quả phẫu thuật. Đặc điểm bệnh nhân: bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 12 tuổi, lớn tuổi nhất 43 tuổi, tuổi, 2 nam và 4 nữ, đều xuất hiện đột ngột ở 1 mắt.

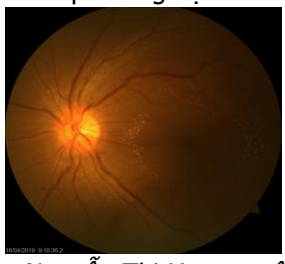
Thời gian mắc bệnh: bệnh nhân tới khám sớm nhất là 1 ngày sau khi mắc, bệnh nhân muộn nhất là 1 tháng (có điều trị nội khoa không đỡ)

Kết quả về mặt giải phẫu: cả 6 bệnh nhân có tình trạng võng mạc vùng hoàng điểm tốt, có ánh trung tâm tại thời điểm ra viện và khám lại sau 1 tuần đều không phát hiện còn máu ở vùng hoàng điểm, dịch kính sạch. Tại thời điểm 1 tháng, 3 tháng, bệnh nhân được làm thêm OCT đều rõ hố trung tâm, độ dày võng mạc trở về bình thường, không phát hiện trường hợp nào xuất hiện màng trước võng mạc thứ phát. Nhiều tác giả cũng nhấn mạnh đến vai trò của bóc màng ngăn trong đối với việc phòng xuất hiện màng trước võng mạc thứ phát [3]. Có 1 bệnh nhân còn xuất tiết cứng quanh fovea sau 3 tháng, do bệnh nhân này đến muộn sau 1 tháng. Các xuất tiết cứng này có thể là do lipid thoát ra ngoài thành mạch đọng ở lớp trong của võng mạc.

Không có bệnh nhân nào bị đục thể thủy tinh thứ phát sau 3 tháng.

Khám ngày thứ nhất sau mổ, tất cả bệnh nhân nhãn cầu đều kín, nhãn áp không hạ.

Nguyễn Thị H. trước mổ



Nguyễn Thị H. sau mổ

Ngô Hữu T. trước mổ

Ngô Hữu T. sau mổ

Kết quả về mặt chức năng: Đã có sự cải thiện đáng kể về thị lực ngay ngày thứ nhất sau

phẫu thuật. Thị lực đạt tối đa sau 1 tuần, tất cả bệnh nhân đều đạt thị lực 20/20 và luôn ổn định ở các lần thăm khám tiếp theo. Trước phẫu thuật đa phần bệnh nhân có thị lực rất thấp dưới ĐNT 5m. Do trong quá trình phẫu thuật, bệnh nhân được trao đổi khí dịch nhằm giữ áp lực nhãn cầu dương tương đối nhằm tránh máu từ mép mổ chảy vào buồng dịch kính, nên tại các thời điểm 1 ngày sau phẫu thuật, sự thay đổi về mặt thị lực chưa có ý nghĩa do vẫn còn bóng khí khá lớn. Chỉ ở thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật, khi bóng khí hoàn toàn tiêu hết, thị lực bệnh nhân mới được cải thiện rõ rệt. Ngay cả bệnh nhân nữ Nguyễn Thị H. tuy vẫn còn xuất tiết cứng quanh fovea nhưng rất may là thị lực vẫn không bị ảnh hưởng.

Thị trường sau phẫu thuật 1 tháng của nhóm bệnh nhân này đều cho thấy không còn tổn thương.

Quan điểm điều trị nội khoa, tra thuốc non-steroide và theo dõi chờ máu tiêu hết, thời gian có thể kéo dài từ 1-3 tháng. Trong thời gian máu còn chưa tiêu, có thể gây nên tổn hại không hồi phục cho võng mạc. Thời gian tiêu máu rất dài, thường để lại di chứng xơ hóa - màng trước võng mạc co kéo hoặc tăng sinh dịch kính võng mạc. Xuất huyết tồn tại lâu còn sinh ra độc tố gây tổn thương cấu trúc võng mạc vùng hoàng điểm [5].

Một xu hướng khác là tiêm thuốc tiêu sợi huyết t-PA và bơm khí nội nhãn, thuốc có thể tiêu máu nhanh trong vòng một tuần, tuy nhiên vẫn để lại di chứng màng trước võng mạc, rốt cục vẫn gây giảm thị lực và vẫn cần phải can thiệp phẫu thuật [6]. Ngoài ra vẫn thường gặp biến chứng đục thể tinh sau bơm khí nội nhãn.

Kỹ thuật dùng laser mở một lỗ ở màng hyaloid sau hoặc màng ngăn trong, được giới thiệu đầu tiên bởi Heydenreich và Fechner, cho máu thoát ra và vào buồng dịch kính, thực hiện trong 3-4 ngày sau khi xuất huyết xuất hiện [2]. Nhiều biến chứng xảy ra như lỗ hoàng điểm, bong võng mạc. Biến chứng xuất hiện màng trước võng mạc thường gặp, có lẽ là do các yếu tố tăng sinh kích thích việc tăng sinh của các tế bào đọng theo màng ngăn trong và bề mặt võng mạc [4]. Khi bóc màng trước võng mạc là hậu quả của xuất huyết trước võng mạc, thấy màng ngăn trong có chứa các đại thực bào có đọng sắt ở khoảng gian bào, lắng đọng hemosiderin và nhân của thế bào đệm [5].

Về kỹ thuật mổ: Việc cắt dịch kính hạn chế ra chu biên đã khắc phục được biến chứng đục thể thủy tinh thứ phát. Một số cho rằng không nhất thiết phải cắt sạch dịch kính trong phẫu thuật điều trị một số bệnh lý [1], tuy vậy có trường phái cho rằng phải cắt sạch dịch kính chu biên để phòng co kéo dịch kính gây bong võng mạc thứ phát [3].

Về chất nhuộm màng ngăn trong: một số tác giả dùng nhũ tương steroid (triamcinolon) để nhuộm như trong nghiên cứu [6]. Sử dụng chất này có ưu điểm rẻ tiền, sẵn có, không gây hại. Một số tác giả có dùng xanh trypan 3% [7] hoặc 1% có trộn với glucose 20% để nhuộm. Một số khác có sử dụng indocyanin để nhuộm [1],[7], thuốc này rất đắt tiền và có nguy cơ độc đối với biểu mô sắc tố võng mạc. Tuy nhiên với phẫu thuật viên có kinh nghiệm thì không có sự khác biệt giữa các thuốc nhuộm này, và không hề ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.

Điểm mấu chốt trong kỹ thuật này là bóc được sạch màng ngăn trong vùng hoàng điểm để quả đó hút được sạch máu đọng.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt dịch kính điều trị xuất huyết trước võng mạc là một hướng tiếp cận mới trong điều trị bệnh lý này, đã đem lại kết quả rất khả quan, phục hồi thị lực hoàn toàn cho bệnh nhân trong thời gian ngắn. Đối tượng mắc bệnh có tuổi còn trẻ, trong lứa tuổi lao động, nên việc điều trị rất có ý nghĩa về mặt kinh tế xã hội. Vì tỷ lệ mắc bệnh thấp, nên cần có thời gian nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **De Maeyer K, Van Ginderdeuren R, Postelmans L.** et al Sub inner limiting membrane hemorrhage: causes and treatment with vitrectomy. Br J Ophthalmol 2007
2. **Iijima H, Satoh S, Tsukahara S. Nd**: YAG laser photodisruption for preretinal hemorrhage due to retinal macroaneurysm. Retina 199818430–434
3. **Meier P, Schmitz F, Wiedemann** P. Vitrectomy for pre-macular hemorrhagic cyst in children and young adults. Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol 2005243824–828
4. **Kwok A K, Lai T Y, Chan N R**. Epiretinal membrane formation with internal limiting membrane wrinkling after Nd: YAG laser membranotomy in valsalva retinopathy. Am J Ophthalmol 2003136763–766
5. **Arroyo J G, Bula D V.** Immunohistochemical study of the internal limiting membrane in Terson syndrome. Retina 200424155–157
6. **Schmitz K, Kreutzer B, Hitzer S.** et al Therapy of subhyaloidal hemorrhage by intravitreal application of rtPA and SF(6) gas. Br J Ophthalmol 2000841324–1325
7. **Burk S E, Da Mata A P, Snyder M E.** et al Indocyanine green-assisted peeling of the retinal internal limiting membrane. Ophthalmology 20001072010–2014.

RỐI LOẠN NHỊP TIM SỚM SAU PHẪU THUẬT SỬA TOÀN BỘ TỨ CHỨNG FALLOT TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Sinh Hiền*, Trần Mai Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi nhịp tim và đặc điểm của rối loạn nhịp trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật sửa toàn bộ tứ chứng Fallot ở trẻ em tại Bệnh viện Tim Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** ***Đối tượng:*** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tứ chứng Fallot từ 3 tháng đến 16 tuổi tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 12/2014 đến tháng 10/2017. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tổng số 126 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu, nhiều nhất là bệnh nhi ở nhóm dưới 1 tuổi chiếm 73,8%. Trọng lượng cơ thể nhiều nhất là các bệnh nhi từ khoảng 5 đến 10 kg chiếm 74,6%. Sau mổ có 1,6% đến 3,2% xuất hiện nhịp nhanh xoang, Blốc nhánh phải là phổ biến chiếm 79,2% đến 87,2%. Đoạn ST chênh ở các chuyển đạo trước tim phải và có 12,8% - 23,0%. Sống T âm sâu ở các chuyển đạo trước tim phải 25,4% đến 34,7%. Khoảng QRS và khoảng khác biệt QRS tăng lên rõ sau mổ (49,3 ± 13,9 ms trước mổ so với 72,8 ± 19,3 ms sau mổ; p < 0,05 với khoảng QRS) và (22,0 ± 7,1 ms trước mổ so với 28,4 ± 6,4 sau mổ; p <0,05 với khoảng khác biệt QRS). Khoảng QT, QTc cũng tăng lên sau mổ (269,6 ± 37,6 ms trước mổ so với 283,8 ± 35,5 ms sau mổ; p <0,05 với khoảng QT); (401,6 ± 39,8 ms trước mổ so với 419,5 ± 31,3 ms sau mổ; p <0,05 với khoảng QTc). **Kết luận:** Sau phẫu thuật sửa toàn bộ Fallot IV đã làm phức bộ QRS rộng ra, tăng khoảng QRS, tăng khoảng khác biệt QRS, khoảng QT và QT hiệu chỉnh (QTc), một số bệnh nhân xuất hiện sóng T âm và ST chênh.

SUMMARY

EARLY ARRHYTHMIAS AFTER TOTAL REPAIRED TETRALOGY OF FALLOT AT HANOI HEART HOSPITAL

Objectives: Evaluation of ECG changes and characteristics of arrhythmias of early post-operative period after total repaired tetralogy of fallot in children at Hanoi Heart Hospital. **Patients and Methods:** ***Subjects:*** All patients were diagnosed with tetralogy of fallot aged 3 months to 16 years at Hanoi Heart Hospital from December 2014 to October 2017. ***Research methods:*** prospective and descriptive cross-sectional study**. Results:** Total 126 patients were included in the study, group under 1 year was the most (73,8%). Body weight from 5 to 10 kg was the most common (74,6%). After surgery, 1.6% to 3.2% of patients developed sinus tachycardia, 79,2% to 87,2% patiensts developed right bundle branch block. 12,8% to 23,0% patiensts developed downsloping ST segment of right precordial leads and 25,4% to 34,7% patiensts developed significantly negative T wave of right precordial leads. QRS interval and QRS dispersion lengthen significantly after TOF repair (49,3 ± 13,9 ms preoperative versus 72,8 ± 19,3 ms postoperative; p < 0.05 of QRS interval) and (22,0 ± 7,1 ms preoperative compared with 28,4 ± 6,4 ms postoperative; p < 0.05 of QRS dispersion). QT interval, QTc also lengthen after TOF repair (269,6 ± 37,6 ms preoperative versus 283,8 ± 35,5 ms postoperative; p < 0.05 of QT interval); (401,6 ± 39,8 ms preoperative versus 419,5 ± 31,3 ms postoperative; p < 0.01 of QTc interval). **Conclusions:** Total repair of TOF can result in 12 ECG changes of QRS interval lengthening, QRS dispersion increasing, QT and QTc interval increasing, T-wave inverting and ST segment downsloping.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tứ chứng Fallot (TOF) là bệnh tim bẩm sinh tím thường gặp nhất trong các bệnh tim bẩm sinh phức tạp có tím. Giải phẫu bệnh đặc trưng bao gồm 4 tổn thương: hẹp động mạch phổi, thông liên thất, động mạch chủ cưỡi ngựa và phì đại thất phải [1].

Phẫu thuật sửa toàn bộ cho bệnh nhân Fallot IV đã được tiến hành đầu tiên từ năm 1954 và tỷ lệ tử vong giảm đáng kể trong những năm gần đây. Tuy nhiên, kết quả phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật và phương tiện ở các trung tâm phẫu thuật tim mạch. Hiện nay, phẫu thuật sửa toàn bộ không mở thất phải là một kỹ thuật được áp dụng thường quy tại bệnh viện Tim Hà Nội. Mặc dù có nhiều tiến bộ, tuy nhiên một trong những biến chứng sau phẫu thuật hay gặp là các rối loạn nhịp tim. Rối loạn nhịp tim có thể thoáng qua hoặc gây rối loạn huyết động sau mổ và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong muộn trên những bệnh nhân này. Sau phẫu thuật TOF, loại loạn nhịp hay gặp là loạn nhịp thất nhưng cũng có thể gặp loạn nhịp nhĩ. Hầu hết các nghiên cứu về loạn nhịp sau phẫu thuật TOF đã được công bố đều đồng thuận về sự hiện diện của loạn nhịp thất và nguy cơ của đột tử [2].

Rối loạn nhịp sau phẫu thuật nếu không phát hiện sớm và điều trị tích cực sẽ gây nên những hậu quả nghiêm trọng bởi vì loạn nhịp có thể gây rối loạn huyết động và có khi dẫn đến tử vong. Việc đánh giá bằng một xét nghiệm đơn giản nhưng kinh điển như điện tâm đồ cho bệnh nhân trước và sau phẫu thuật TOF là bước đầu

**Bệnh viện Tim Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Mai Hùng
Email: hungvt1168@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 17.5.2019
Ngày duyệt bài: 22.5.2019

cho chúng ta tìm hiểu những thay đổi và ảnh hưởng lên điện tâm đồ của phẫu thuật này. Tại Việt Nam, có ít đề tài đánh giá về các rối loạn nhịp sau phẫu thuật, nhưng chúng tôi chưa thấy đề tài nào đề cập đến vấn đề về rối loạn nhịp tim sớm sau sửa toàn bộ TOF ở trẻ em. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi điện tâm đồ bề mặt trong giai đoạn hậu phẫu sớm sau phẫu thuật sửa toàn bộ TOF ở trẻ em tại bệnh viện Tim Hà Nội. Mục tiêu nghiên cứu*: xác định tỷ lệ và đặc điểm của loạn nhịp trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật tứ chứng Fallot.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tứ chứng Fallot từ 3 tháng đến 16 tuổi được nhập viện và phẫu thuật tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 12/2014 đến tháng 10/2017. Tất cả bệnh nhân đều được gây mê theo một quy trình chuẩn chung, chạy tuần hoàn ngoài cơ thể không hạ nhiệt độ với dung dịch liệt tim máu ấm. Bệnh nhân được ghi điện tâm đồ 12 chuyển đạo trước và sau khi phẫu thuật ở ngày thứ 0 đến ngày thứ 3 khi bệnh nhân được lưu lại trong phòng hồi sức.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có loạn nhịp mạn tính trước phẫu thuật.

Bệnh nhân có rối loạn điện giải và toan hóa nặng sau phẫu thuật.

Gia đình bệnh nhân từ chối nghiên cứu

Phương thức nghiên cứu: tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

Phương tiện: Máy điện tâm đồ Nihon Kohden FQW 110-2-140 với phần mềm phân tích tự động

Đo điện tâm đồ: Điện tâm đồ 12 chuyển đạo ở các vị trí lắp truyền thống với tốc độ ghi 25mm/s. Tất cả các rối loạn nhịp đều được ghi lại trên điện tâm đồ bề mặt, được đo tại 4 thời điểm T0: trước phẫu thuật, T1: sau thả kẹp động mạch chủ 2 giờ, T2: ngày thứ nhất sau mổ, T3: ngày thứa 2 sau mổ. Khoảng QT và QRS được đo bằng phần mềm tự động và được kiểm tra lại bằng các phép đo tay thông thường. Khoảng khác biệt QT, QRS được phân tích ở ít nhất 3 chuyển đạo ngoại biên và tối thiểu 7 chuyển đạo trong 12 chuyển đạo điện tâm đồ. Khoảng khác biệt QT và QRS được xác định là sự khác biệt giữa khoảng lớn nhất và khoảng nhỏ nhất của giá trị QT và QRS trên bất cứ chuyển đạo nào trong 12 chuyển đạo ghi được.

Xử lý số liệu: Các số liệu của nghiên cứu đều được nhập và xử lý theo các thuật toán thống kê trên máy tính với sự trợ giúp của phần mềm SPSS 17.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học. Số liệu và thông tin của bệnh nhân được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung: Qua tiến hành nghiên cứu trên tổng số 126 bệnh nhi, phân bố theo giới nam 72 bệnh nhân chiếm 57,1% và nữ 54 bệnh nhân chiếm 42,9%.

Bảng 3.1. Tỷ lệ phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Tuổi (tháng)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
< 06	6	4,8
06 - < 24	87	69,0
24 - 120	21	16,7
>120	12	9,5
Tổng số	**126**	**100,0**

Nhận xét: Độ tuổi bệnh nhân phẫu thuật từ 3 tháng đến 16 tuổi, lớn nhất 192 tháng (16 tuổi) nhỏ nhất 3 tháng tuổi, trẻ < 06 tháng chiếm 4,8%. Bệnh nhi 06 đến 24 tháng tuổi chiếm 69%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ một số rối loạn nhịp tim tại các thời điểm nghiên cứu

Loại loạn nhịp	Tỷ lệ (%) tại các thời điểm			
	T0	T1	T2	T3
Nhanh xoang	0	1.6	2.4	3.2
Nhanh thất	0	7.2	6.1	4.5
Sóng T âm	0	25.4	34.7	34.4
ST chênh	0	12.8	15.9	23.0
Blốc nhánh phải	4.8	79.2	82.5	87.2

Nhận xét: phần lớn bệnh nhân xuất hiện bloc nhánh phải sau phẫu thuật.

Bảng 3.3 Biến đổi điện trên điện tâm đồ tại các thời điểm nghiên cứu

Thông số	n	Thời điểm	Trung bình ± SD
Tần số tim (lần/phút)	126	T0	123.4 ± 31.4
		T1	138.2 ± 23.7
		T2	140.5 ± 22.5
		T3	141.6 ± 24.3
Khoảng QRS (ms)	126	T0	49.3 ± 13.9
		T1	72.1 ± 20.2
		T2	71.2 ± 19.2
		T3	72.8 ± 19.3
Khoảng khác biệt QRS (ms)	126	T0	22.0 ± 7.1
		T1	27.0 ± 7.0
		T2	27.4 ± 6.2
		T3	28.4 ± 6.4
Khoảng QT (ms)	126	T0	269.6 ± 37.6
		T1	282.8 ± 35.5
		T2	277.9 ± 38.3

		T3	277.5 ± 32.8
Khoảng QTc (ms)	126	T0	401.6 ± 39.8
		T1	419.5 ± 31.3
		T2	414.6 ± 32.4
		T3	413.7 ± 32.7

Nhận xét: Có sự thay đổi chiều dài trung bình khoảng QRS, QT, QTc trên điện tâm đồ bề mặt trước và sau phẫu thuật. Khoảng QRS sau dài hơn trước phẫu thuật với $p < 0.05$, khoảng QT hiệu chỉnh (QTc) sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật với $p < 0.05$.

Bảng 3.4 Tỷ lệ sử dụng thuốc, máy tạo nhịp

	Số bệnh nhân(n)	Tỷ lệ %
Máy tạo nhịp tạm thời	6	4.7
Máy tạo nhịp vĩnh viễn	0	0.0
Xylocain	9	7.1
MagieSulfat	20	15.8
Digoxin	27	21.4
Cordaron	6	4.7

Nhận xét: Một số bệnh nhân nhịp chậm sau phẫu thuật cần sử dụng hỗ trợ máy tạo nhịp tạm thời. Không bệnh nhân nào phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 126 bệnh nhân, nữ chiếm tỷ lệ 57,1% và nữ chiếm 42,9%. Tỷ lệ giữa nam và nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ rối loạn nhịp thất của chúng tôi gặp cao nhất tại thời điểm T1: sau thả kẹp động mạch chủ giờ, chiếm 7,2% thấp hơn so với một số nghiên cứu khác trên thế giới lên tới 19% [2]. Nghiên cứu Garson.A cho thấy 233 bệnh nhân theo dõi trong thời gian 5,2 năm đã có 38% ở nhóm bệnh nhân có rối loạn nhịp thất đã tử vong, trong khi đó chỉ có 2% bệnh nhân tử vong ở nhóm không có rối loạn nhịp thất [2].

Sau khi phẫu thuật sửa TOF, dẫn truyền giữa hai thất đã kéo dài hơn hẳn so với trước mổ thể hiện bằng hình ảnh blốc nhánh phải. Tỷ lệ blốc nhánh phải sau mổ là rất cao 87,2% so với trước mổ 4,8%. Phần lớn tỷ lệ blốc nhĩ thất là liên quan đến miếng vá lỗ thông liên thất và cách mở rộng đường thoát thất phải. Một số rất hiếm các trường hợp có thể có blốc nhĩ thất muộn sau mổ, nhưng cũng có một số trường hợp có thể hồi phục [3].

Nghiên cứu Fishberger (2008) và của Gatzoulis MA (2000) cho thấy khoảng QRS là một chỉ điểm cho thấy nguy cơ cao xuất hiện rối loạn nhịp thất về sau này [4],[5]. Đặc biệt là những bệnh nhân có khoảng QRS vượt trên 180 ms có nguy cơ rất cao rối loạn nhịp thất [6]. Tuy nhiên trong 126 bệnh nhi của chúng tôi không có ca bệnh nào có khoảng QRS vượt quá 180 ms. Khoảng QRS kéo dài sau phẫu thuật sửa TOF có thể là do kết quả phối hợp giữa tổn thương cơ tim khi phẫu tích, do thiếu máu cơ tim sau kẹp động mạch chủ và tác động lên nhánh bó phải khi mở đường ra thất phải [7]. Vì thế, khoảng QRS rộng không chỉ là nền tảng rối loạn nhịp từ chậm chễ dẫn truyền giữa hai thất mà còn là sự không ổn định về điện thế ở vùng cơ tổn thương sau khi chúng ta đã mở rộng vùng cơ của đường thoát thất phải [5].

Đo khoảng khác biệt QRS trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo có thể cho thấy rõ ràng hơn khi có sự khác biệt về tốc độ dẫn truyền giữa thất trái và thất phải, phản ánh tình trạng thay đổi tại cơ tim [5]. Rõ ràng sự thay đổi lớn của khoảng khác biệt QRS ở bệnh nhân sau mổ phẫu thuật sửa TOF nhiều hơn hẳn so với trước phẫu thuật. Một số nghiên cứu cho thấy nếu khoảng khác biệt QRS này > 40 ms có nguy cơ cao gây đột tử cho bệnh nhân [8]. Khoảng khác biệt QRS này không liên quan gì đến hình ảnh blốc nhánh phải và tình trạng chức năng thất trái và thất phải hay tình trạng giãn ra của thất. Nó có thể liên quan đến thay đổi thứ phát của cơ tim sau khi chúng ta đã sửa chữa cơ thất từ đường ra thất phải.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt về khoảng QT, QTc sau khi phẫu thuật sửa TOF. Điều này càng khẳng định sự thay đổi về cơ chất nền của thất phải làm thay đổi pha 3 và pha 4 của điện thế hoạt động làm cho QT và QTc dài ra. Trong một số trường hợp, sự bảo vệ cơ tim không đầy đủ hoặc do khí đi vào mạch vành sau thả kẹp động mạch chủ làm cho 25,4% xuất hiện sóng T âm và 12.8 % có đoạn ST chênh trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp loạn nhịp đều xuất hiện trong vòng ngày thứ nhất sau mổ. Nghiên cứu của Kamel.YH cũng chỉ ra có 90% các trường hợp loạn nhịp xuất hiện trong 48 giờ đầu[8]. Trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật, tất cả các yếu tố như mô cơ tim còn phù nề, tình trạng huyết động không ổn định, rối loạn chuyển hóa, đang sử dụng liều cao các thuốc vận mạch, ảnh hưởng của tuần hoàn ngoài cơ thể, những tổn thương cơ tim và hệ thống dẫn truyền chưa hồi phục góp phần gây xuất hiện loạn nhịp [5].

V. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật sửa TOF phần lớn bệnh nhân có blốc nhánh phải. Phức bộ QRS giãn rộng, làm tăng khoảng khác biệt QRS, khoảng QT và QTc, làm đảo ngược sóng T và thay đổi đoạn ST trên

điện tâm đồ 12 chuyển đạo.

KIẾN NGHỊ: Sau phẫu thuật cần theo dõi điện tâm đồ liên tục để phát hiện sớm các rối loạn nhịp. Nếu có khoảng QRS vượt trên 180 ms hay khoảng khác biệt QRS này > 40 ms cần theo dõi nguy cơ đột tử trên bệnh nhân này, có thể kết hợp holter điện tim để khảo sát kỹ hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Balaji S. (2001).** " Postoperative tetralogy of Fallot". Cardiac Arrhythmias After Surgery for Congenital Heart Disease. Arnold. London, pp 204-209.
2. **Garson A, Nihill MR, McNamara DG, et al.** Status of the adult and adolescent after repair of tetralogy of Fallot. Circulation 1979; 59:1232–40.
3. **Delaney JW, Moltedo JM, Dziura JD, Kopf GS & Snyder CS. (2006 Jun).** "Early postoperative arrhythmias after pediatric cardiac surgery". J Thorac Cardiovasc Surg, 131(6), pp.1296-1300.
4. **Fishberger SB & et al. (2008).** " Congenital cardiac surgery without routine placement of wires for temporary pacing". Cardiol Young, 18, pp. 96-99.
5. **Gatzoulis MA & et al. (2000).** " Risk factor for arrhythmias and sudden cardiac death late after repair of tetralogy of Fallot". Lancet, 356, pp. 975-981.
6. **Gregoratos G & et al. (2002).** "ACC/AHA/NASPE 2002 guidline update for implantation of cardiac pacemaker and antiarrhythmic device". Circulation, 106, pp. 2145-2161.
7. **Hass NA & Camphausen CK. (2008).** "Impact of early and standardized treatment with amiodarone on therapeutic success and outcome in pediatric patient with post- operative arrhythmia". J.Thorac. Cardiovasc. Surg 136, pp. 1215 - 1222.
8. **Kamel YH & et al. (2009).** " Arrhythmias as Early Post-Operative Complication of Cardiac Surgery in Children at Cairo University". J. Med. Sci, pp.1682-4474.

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH ĐỐI VỚI ĐIỀU DƯỠNG VÀ BÁC SỸ TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRÀ VINH NĂM 2017

Nguyễn Tuyết Xương*, Trần Kiến Vũ**

TÓM TẮT

Qua khảo sát 842 Người bệnh(NB) và Người nhà người bệnh (NNNB) tại Khoa khám bệnh Bệnh viện Trà Vinh từ tháng 02 đến tháng 10 năm 2017, kết quả nghiên cứu như sau:

1. Sự hài lòng của NB, NNNB về đón tiếp và hướng dẫn của Điều dưỡng: Điều dưỡng có giải thích, hướng dẫn đầy đủ chiếm tỷ lệ rất cao (90.86%), rất đầy đủ (6.89%), chưa đầy đủ chiếm tỷ lệ thấp (2.26%). Điều dưỡng có thái độ nhiệt tình chiếm tỷ lệ rất cao (90.62%), rất nhiệt tình (6.53%), không nhiệt tình chiếm (2.85%). DD có trả lời đầy đủ chiếm tỷ lệ cao (88.84%), rất đầy đủ (8.79%), chưa đầy đủ chiếm thấp (2.38%). Phần lớn DD là có thái độ tôn trọng NB, NNNB (86.58%), rất tôn trọng (12%), không tôn trọng chiếm (1.43%).

2. Sự hài lòng của NB, NNNB về chất lượng khám bệnh của Bác sỹ: BS có giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh 88.59%), rất đầy đủ (9.38%), chưa đầy đủ (1.66%). BS có giải thích về cách điều trị đầy đủ (88.72%), rất đầy đủ 99.5%), chưa đầy đủ (1.78%). BS có thái độ nhiệt tình đối với NB, NNNB (89.43%), rất nhiệt tình (9.38%), không nhiệt tình (1.19%). BS có thái độ tôn trọng đối với NB, NNNB (83.85%), rất tôn trọng (15.56%), không tôn trọng chiếm (0.59%).

**Bệnh viện Nhi Trung Ương*
***Bệnh viện đa khoa Trà Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuyết Xương
Email: nguyenxuongnhp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019
Ngày duyệt bài: 29.5.2019

SUMMARY

SURVEY CUSTOMER' AND THEIR RELATIVE'S SATISFACTION TO PHYSICIANS AND NURSES AT TREATMENT DEPARTMENT OF TRA VINH GENERAL HOSPITAL 2017

By survey of 842 patients, and their family members at the Department of Medical Examination of Tra Vinh Provincial Hospital from May 02 to Oct 2017, the results of this study are as follows:

1. The satisfaction of patients and their family in connection to the reception and guidance of nurses : - The nursing is explained, the complete guidance occupies very high proportion (90.86%), very high (6.89%), incomplete rates: (2.26%). - Nurse has a full enthusiasm (90.62%), very ewell (6.53%), no enthusiasm occupied (2.85%). - Nurse has fully answered accounting for high proportion (88.84%), very full proportion (8.79%), incomplete low proportion (2.38%). - The majority of nurses has respectful attitude towards patients and their family (86.58%), high respect (12%), no respect (1.43%).

2. The satisfaction of patients and their family for the quality of Doctor's examination and treatment : - Doctor gives a full explanation on the disease condition: 98.59%), very adequate (9.38%), incomplete (1.66%). - Doctor has an explanation on the treatment method (88.72%), very well: (99.5%), not very well (1.78%). - Doctor has an enthusiastic attitude towards patients and their family (89.43%), very enthusiastic (9.38%), no enthusiasm (1.19%). - Doctor has an attitude of respect for patients and their family (83.85%), high respect (15.56%), no respect (0.59%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, trong những năm qua chất lượng dịch vụ y tế tại các Bệnh viện đã được quan tâm và ngày càng được nâng cao, tinh thần phục vụ có nhiều bước chuyển biến mới. Tuy nhiên chất lượng dịch vụ y tế chưa đap sứng nhu cầu ngày càng đa dạng của nhân dân. Những nghiên cứu về thái độ của người bệnh đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe đóng một vai trò quan trọng, xác định xem người bệnh có thỏa mãn, hài lòng với dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà Bệnh viện cung cấp hay không.

Theo nghiên cứu của Ngô Thị Ngoãn (2002) về sự hài lòng của người bệnh tại các khoa khám bệnh của 5 Bệnh viện khu vực Hà Nội và các tỉnh cho thấy 9% người bệnh và người nhà hài lòng ít hoặc chưa hài lòng [3]. Khảo sát định kì sự hài lòng của người bệnh là một trong những biện pháp đánh giá mức độ cải thiện chất lượng khám chữa bệnh. Va đó cũng là một tiêu chí mà Bộ Y tế đưa vào nội dung kiểm tra công tác Bệnh viện hàng năm.

Bệnh viện Trà Vinh là một bệnh viện đa khoa, mỗi ngày có hàng ngàn lượt người bệnh đến khám, vì vậy nhu cầu về chất lượng dịch vụ cũng như cùng với sự phát triển công tác chuyên môn, hiện đại hóa trang thiết bị, cơ sở vật chất của Bệnh viện ngày càng được nâng cấp nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Để góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: "Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh đối với điều dưỡng và Bác sỹ tại khoa khám bệnh Bệnh viện Trà Vinh năm 2017". Với mục tiêu nghiên cứu như sau:

1.Mô tả sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh về tiếp đón và hướng dẫn của Điều dưỡng tại Khoa khám bệnh Bệnh viện Trà Vinh năm 2017.

2.Mô tả sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh về khám bệnh của Bác sỹ tại Khoa khám bệnh Bệnh viện Trà Vinh năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- *Phương pháp nghiên cứu:* Theo phương pháp mô tả cắt ngang.
- *Đối tượng nghiên cứu:* NĐ, NNNĐ từ 18 tuổi trở lên đến khám tại tại Khoa khám bệnh Bệnh viện Trà Vinh từ 02/2017 – 10/2017.
- Cỡ mẫu của nghiên cứu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}.p.(1-p)}{d^2}$$ xK/n1/n2

- K: Hệ số chính xác (k=3)
- n: Cỡ mẫu nghiên cứu
- n1: Tỷ lệ dự đoán người trả lời N1 = 80%
- n2: Giá trị chính xác mong muốn N2 = 90%

Thay các giá trị vào công thức, cỡ mẫu nghiên cứu n =842(Dự phòng 10%)

- ***Xử lý,*** phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đối tượng: NB và NNNB

3.1.2. Độ tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n=842)	Tỷ lệ %
18-30	114	13.54
31-54	373	44.30
55-65	235	27.91
> 65	120	14.25
Tổng số	**842**	**100**

Nhận xét: NB từ độ tuổi 31 đến 54 đi khám bệnh nhiều nhất, trong khi độ tuổi từ 18-30 đi khám bệnh thấp nhất.

3.1.3. Giới tính:

Nhận xét*:* tỷ lệ NB là nữ nhiều hơn NB nam (nữ 57.72%; nam 42.28%).

3.1.4. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp:

Nhận xét: nghề nghiệp của NB đến khám bệnh cao nhất là nội trợ (31.475%) kế đến là công chức (25.65%), nông dân (19.24%), hưu trí (14.73%), công nhân (5.34%) và thấp nhất là sinh viên (3.56%).

3.1.5. Phân bố đối tượng theo nơi cư trú

Nhận xét: Phần lớn NB là dân tỉnh Trà Vinh chiếm 99.05%, từ tỉnh khác đến khám rất ít 0.95%.

3.1.6. Lý do chọn khám tại BV

Nhận xét: Lý do NB đi khám tại BV Trà Vinh: khám lại là cao nhất (53.21%), NB khám vì BV có uy tính chất lượng (23.99%), tuyến dưới chuyển lên (16.98%), người khác giới thiệu (2.73%), và thấp nhất là lý do khác 93.09%).

3.2. Công tác tổ chức phục vụ NB tại khoa Khám bệnh:

Nhận xét: cách sắp xếp cho NB chờ khám tại khoa là hợp lý (97.74%), chưa hợp lý chiếm tỷ lệ thấp (2.26%).

3.3. Sự HL của NB về chất lượng phục vụ của nhân viên tư vấn đón tiếp:

3.3.1: Mức độ giải thích của nhân viên tư vấn

Nhận xét: mức độ giải thích của nhân viên

tư vấn cho NB đầy đủ là cao nhất (lệ 88.12%), rất đầy đủ (9.62%), chưa đầy đủ (2.26%).

3.3.2. Thái độ của nhân viên tư vấn

Nhận xét: thái độ của nhân viên tư vấn đối với NB

3.3.3: Sự tôn trọng của nhân viên tư vấn

***Nhận xét*:** Sự tôn trọng của nhân viên tư vấn với NB, NNNB: Tôn trọng (90.38%), rất tôn trọng (7.72%), không tôn trọng (1.90%).

3.4. sự HL của NB về chất lượng phục vụ của Dd

3.4.1: Sự HD giải thích của Dd

Nhận xét: sự Hd giải thích của DD với NB, NNNB: đầy đủ (90.86%), rất đầy đủ (6.89%), chưa đầy đủ (2.26%).

3.4.2: Thái độ của DD đối với NB, NNNB:

Nhận xét: thái độ của DD đối với NB, NNNB: nhiệt tình (90.62%), rất nhiệt tình (6.53%), không nhiệt tình (2.85%).

3.4.3: Sự trả lời của DD đối với người bệnh và NNNB

***Nhận xét*:** sự trả lời của DD đối với NB, NNNB: đầy đủ (88.84%), rất tôn trọng (8.79%), không tôn trọng (2.38%).

3.4.4: Sự tôn trọng của DD với NB, NNNB

Nhận xét: sự tôn trọng của DD đối với NB, NNNB: tôn trọng (86.58%), rất tôn trọng (12%), không tôn trọng (1.43%).

3.5. Sự HL của NB về chất lượng phục vụ của BS khám bệnh

3.5.1: Mức độ giải thích của BS về tình trạng bệnh

Nhận xét: mức độ giải thích của BS về tình trạng bệnh: đầy đủ (88.59%), rất ddaayd đủ (9.38%), chưa đầy đủ (1.66%).

3.5.2: Mức độ giải thích của BS về cách điều trị

Nhận xét: giải thích đầy đủ (88.72%), rất đầy đủ (9.5%), chưa đày đủ (1.78%).

3.5.3: Thái độ của BS đối với NB, NNNB

Nhận xét: thái độ BS với NB, NNNB: nhiệt tình (89.43%), rất nhệt tình (9.38%), không nhiệt tình (1.19%).

3.5.4: Sự tôn trọng của BS

***Nhận xét*:** tôn trọng (83.85%), rất tôn trọng (15.56%), không tôn trọng (0.59%).

4. Đánh giá chung

4.1. Sự HL của NB, NNNB sau buổi khám bệnh

Nhận xét: sự HL của NB, NNNB sau buổi khám bệnh: hài lòng (86.82%), rất hài lòng (11.16%), chưa hài lòng (2.02%).

4.2. Sự hiểu biết về bệnh trật so với trước khám:

Nhận xét: NB có hiểu biết về bệnh trật so với trước khám chiếm tỷ lệ rất cao (87.41%), không biết về bệnh trật (12.59%).

4.3. Sự tính nhiệm đối với BV

Nhận xét: sự tín nhiệm của NB, NNNB đối với BV: tín nhiệm chiếm (91.45%), rất tín nhiệm (7.72%), không tín nhiệm (0.83%).

IV. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 842 NB và NNNB tại Khoa khám bệnh Bệnh viện Trà Vinh từ tháng 02 đến tháng 10 năm 2017, chúng ta ghi nhận KQ như sau:

1. Sự hài lòng của NB, NNNB về đón tiếp và hướng dẫn của DD:

Điều dưỡng có giải thích, hướng dẫn đầy đủ chiếm tỷ lệ rất cao (90.86%), rất đầy đủ (6.89%), chưa đầy đủ chiếm tỷ lệ thấp (2.26%).

Điều dưỡng có thái độ nhiệt tình chiếm tỷ lệ rất cao (90.62%), rất nhiệt tình (6.53%), không nhiệt tình chiếm (2.85%).

DD có trả lời đầy đủ chiếm tỷ lệ cao (88.84%), rất đầy đủ (8.79%), chưa đầy đủ chiếm thấp (2.38%).

Phần lớn DD là có thái độ tôn trọng NB, NNNB (86.58%), rất tôn trọng (12%), không tôn trọng chiếm (1.43%).

2. Sự hài lòng của NB, NNNB về chất lượng khám bệnh của BS: BS có giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh 88.59%), rất đầy đủ (9.38%), chưa đầy đủ (1.66%).

BS có giải thích về cách điều trị đầy đủ (88.72%), rất đầy đủ 99.5%), chưa đầy đủ (1.78%).

BS có thái độ nhiệt tình đối với NB, NNNB (89.43%), rất nhiệt tình (9.38%), không nhiệt tình (1.19%).

BS có thái độ tôn trọng đối với NB, NNNB (83.85%), rất tôn trọng (15.56%), không tôn trọng chiếm (0.59%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Đức Mục,** Phương pháp nghiên cứu điều dưỡng, Nhà xuất bản y học; 2004
2. **Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.** Các công trình Nghiên cứu khoa học, hội nghị khoa học điều dưỡng nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh trong ngoại khoa lần thứ nhất; 2005; Tr. 146 - 177
3. **Bệnh viện Nhi Trung ương.** Hội nghị khoa học điều dưỡng nhi khoa toàn quốc lần thứ VI; 2010; Tr.120 - 133
4. **Bộ Trưởng Bộ Y tế,** Quyết định số 2088/BYT-QĐ, "Quy định về y đức", 06/11/1996
5. **Bộ Trưởng Bộ Y tế**, Quyết định số 4013/2001/QĐ-BYT, "Quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám chữa bệnh"; 27/9/2001
6. **Bộ Trưởng Bộ Y tế,** Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT, "Nội dung cơ bản Quy tắc ứng xử của cán bộ viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế"; 18/8/2008.

THỰC HÀNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ, TRẺ EM CỦA PHỤ NỮ DÂN TỘC CÁC TỈNH TÂY NGUYÊN NĂM 2018

Hà Văn Thúy*, Nguyễn Thị Thu Trang**

TÓM TẮT

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang sử dụng nghiên cứu định lượng với 1.000 hộ gia đình dân tộc thiểu số (DTTS) tại 20 xã thuộc 10 huyện của 5 tỉnh Tây Nguyên từ tháng 7 đến tháng 9/2018. Mục tiêu nghiên cứu nhằm tìm hiểu thực hành chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em của phụ nữ DTTS của một số xã các tỉnh Tây Nguyên. Kết quả cho thấy 62,6% phụ nữ DTTS thực hiện khám thai lần thứ 3 trở lên trong suốt thai kỳ và 60% phụ nữ DTTS thực hiện khám thai ít nhất 3 lần vào 3 thời kỳ thai nghén. Có 53,6% phụ nữ DTTS đã chọn bệnh viện tuyến huyện để sinh con, tuy nhiên vẫn còn 23% phụ nữ sinh con tại nhà, trong đó chủ yếu là phụ nữ Xơ Đăng (52,4%), Gia Rai (41,1%) và Mơ Nông (15,6%). Hầu hết phụ nữ sinh con được cán bộ y tế (CBYT) đỡ, đặc biệt ở nhóm người Ê Đê, Cơ Ho, Tày, Nùng. Tỷ lệ bà mẹ DTTS được khám lại trong vòng 1 tuần sau sinh khá cao (74,6%). Thực hành chăm sóc sơ sinh của phụ nữ DTTS tại địa bàn nghiên cứu còn chưa thực sự tốt, chưa đến 2/3 số bà mẹ có thực hiện đặt trẻ da kề da trên ngực mẹ ngay sau sinh và cho trẻ bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh (55,6%). Tỷ lệ trẻ của bà mẹ DTTS được tiêm phòng viêm gan B và tiêm phòng lao chưa cao (50,6% và 59,1%), số trẻ được tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch 2 loại vắc xin trên rất thấp (40%). Để cải thiện thực hành chăm sóc bà mẹ, trẻ em của phụ nữ DTTS tại các tỉnh Tây Nguyên cần tăng cường hỗ trợ hoạt động truyền thông làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh cho phụ nữ tại các địa bàn khó khăn vùng 3, đặc biệt ưu tiên cho các dân tộc có tập quán sinh con tại nhà như Xơ Đăng, Gia Rai và Mơ Nông.

SUMMARY

THE PRACTICE OF MATERNAL AND CHILD HEALTH CARE AMONG ETHNIC MINORITY WOMEN IN THE CENTRAL HIGHLANDS PROVINCES IN 2018

The study applied a cross-sectional descriptive method using quantitative research with 1,000 ethnic minority households at 20 communes in 10 districts of 5 Central Highlands provinces from July to September 2018. The objective of the study is to find out the practice of maternal and child health care among ethnic minority women in some communes in the Central Highlands provinces. The results showed that 62.6% of ethnic minority women had 3 or more antenatal care during pregnancy and 60% of ethnic minority women had antenatal care at least 3 times throughout 3 pregnancy periods. Despite the fact that 53.6% of ethnic minority women chose district hospitals for birth delivery, 23% of ethnic minority women still gave birth at home, mainly including Xo Dang women (52.4%), Gia Rai women (41, 1%) and Mo Nong women (15.6%). Most women were supported by health workers during birth delivery, especially for Ede, Co Ho, Tay and Nung people. The rate of ethnic minority women that received postnatal examination within one week after birth was quite high (74.6%). Neonatal care among ethnic minority women in the study area was not satisfying with less than two thirds of mothers implemented skin-to-skin contact immediately after birth and breastfeeding within 1 hour after birth (55.6%). The rate of children born by ethnic minority mothers received hepatitis B vaccination and TB vaccination was not high (50.6% and 59.1% respectively). The number of children vaccinated fully and on schedule with these two vaccines was very low (40%). In order to improve maternal and child health care practices among ethnic minority women in the Central Highlands provinces, communication should be strengthened on safe motherhood and neonatal care for women in difficult areas in the region 3. Particularly, priority should be given to communication for ethnic groups with practices of giving birth at home such as Xo Dang, Gia Rai and M'nong.

Key words: maternal and child health care, safe motherhood, neonatal care, ethnic minority.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc bà mẹ khi mang thai, khi sinh đẻ và sau sinh có vai trò quan trọng góp phần nâng cao sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, đặc biệt là làm giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật cho cả mẹ và con. Làm mẹ an toàn (LMAT) là chương trình theo dõi, phát hiện những biểu hiện bất thường trong quá trình bắt đầu từ mang thai, sinh đẻ cho đến 42 ngày sau sinh. Tuy nhiên, theo số liệu báo cáo của các sở y tế cho thấy, việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, đặc biệt là của phụ nữ DTTS vẫn còn hạn chế. Theo kết quả điều tra thực hiện năm 2016 tại khu vực Tây Nguyên, tỷ lệ phụ nữ được cán bộ y tế có chuyên môn đỡ đẻ là rất cao (94,1%), gần bằng với tỷ lệ bình quân của cả nước (98,0%) và cao hơn đáng kể so với tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số được cán bộ y tế có chuyên môn đỡ đẻ (82,5%). Tỷ lệ phụ nữ DTTS được cán bộ y tế có chuyên môn đỡ đẻ thấp nhất ở hai tỉnh là Gia Lai và Kon Tum (74,0% và 74,7%) và rất cao tại tỉnh Đắk Lắk (94,0%) [1]. Xuất phát từ thực tiễn đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: *Đánh giá thực hành*

**Bộ Y tế*
***Đại học Y Dược Thái Bình*
Chịu trách nhiệm chính: hvthuy@yahoo.com
Email: Hà Văn Thúy
Ngày nhận bài: 24.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 20.5.2019
Ngày duyệt bài: 27.5.2019

về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em của phụ nữ DTTS tại một số xã các tỉnh Tây Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả phương pháp nghiên cứu định lượng.

2.2. Đối tượng: Phụ nữ từ 15-49 tuổi đang nuôi con dưới 2 tuổi.

2.3. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả cắt ngang để tính cỡ mẫu HGĐ:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu lớn nhất.

- z = 1,96 tại ngưỡng xác suất α = 5%.
- p là tỷ lệ phụ nữ có hành vi đúng trong sử dụng dịch vụ LMAT trong thời gian mang thai và sinh đẻ. Chọn p = 0,5 để đạt cỡ mẫu tối thiểu lớn nhất.
- d là sai số tuyệt đối, chọn d = 0,044.
- DE là hiệu lực thiết kế. Trong nghiên cứu này, chọn DE = 2 để tăng tính đại diện của mẫu khảo sát. Tính được cỡ mẫu hộ gia đình là 992, làm tròn thành 1.000 hộ gia đình.

2.4. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại 20 xã của 10 huyện thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên gồm: Kon Tum, Gia Lai, Đắk Lắk, Đắk Nông và Lâm Đồng, trong thời gian từ ngày 30/7/2018 đến ngày 11/9/2018.

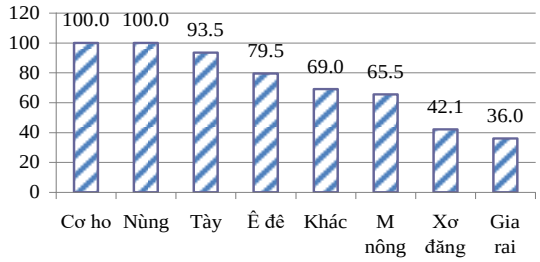
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả sử dụng dịch vụ làm mẹ an toàn của phụ nữ DTTS

Bảng 1. Tỷ lệ phụ nữ DTTS có hành vi đúng trong sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh

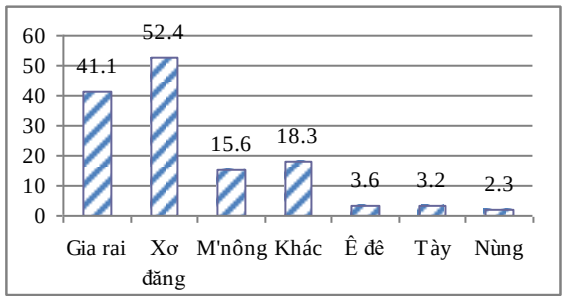
Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Khám thai 3 lần trở lên	315	62,6
Khám thai vào cả 3 thời kỳ thai nghén	600	60,0
Tiêm phòng uốn ván đủ mũi	803	80,3
Uống viên sắt/axit folic/viên đa vi chất	758	75,8
Siêu âm thai	820	82,0
Xét nghiệm nước tiểu	552	55,2
Xét nghiệm HIV	6	0,6
Xét nghiệm viêm gan B	435	43,5
Tổng số PN được phỏng vấn	**1.000**	**100,0**

Kết quả nghiên cứu cho thấy đã có trên một nửa số phụ nữ DTTS được phỏng vấn thực hiện khám thai lần thứ 3 trở lên trong suốt thai kỳ (62,6%). Trong những hành vi đúng về sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh cho thấy tỷ lệ phụ nữ DTTS có tiêm phòng uốn ván đủ mũi và siêu âm thai chiếm tỷ lệ cao nhất (80,3% và 82%). Tuy nhiên, việc thực hiện các xét nghiệm cơ bản trong thời kỳ mang thai vẫn chưa thực sự được chú trọng, các xét nghiệm nước tiểu và xét nghiệm viêm gan B chỉ có 43,5%. Rất ít phụ nữ thực hiện xét nghiệm HIV (0,6%).



Biểu đồ 1. Sự khác biệt của phụ nữ DTTS khi đi khám thai ít nhất 3 lần

Đáng chú ý là việc khám thai ít nhất 3 lần vào 3 thời kỳ thai nghén chỉ được 60% phụ nữ DTTS thực hiện, tỷ lệ này đặc biệt thấp ở phụ nữ dân tộc Xơ Đăng và Gia Rai (lần lượt là 42,1% và 36,0%).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ đẻ tại nhà của phụ nữ chia theo dân tộc

Vẫn còn một tỷ lệ đáng kể phụ nữ đẻ tại nhà (23,0%). Có tới 52,4% phụ nữ Xơ Đăng, 41,1% phụ nữ Gia Rai và 15,6% phụ nữ Mơ Nông đẻ tại nhà.

Bảng 2. Nơi sinh con của phụ nữ trong lần sinh con gần đây nhất

Nơi sinh con	Số lượng	Tỷ lệ %
Bệnh viện đa khoa tỉnh	162	16,2
Bệnh viện phụ sản/sản nhi	4	0,4
Bệnh viện đa khoa huyện	536	53,6
Phòng khám đa khoa khu vực	24	2,4
Trạm y tế	20	2,0
Bệnh viện tư/phòng khám tư	23	2,3
Tại nhà	230	23,0
Trên nương/rẫy/đường đến cơ sở y tế	1	0,1
Tổng	**1.000**	**100,0**

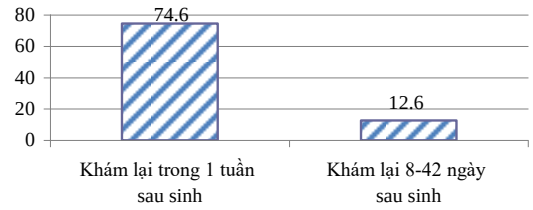
Kết quả điều tra cho thấy phần lớn phụ nữ DTTS đã chọn bệnh viện tuyến huyện để sinh con (53,6%), tiếp đến là bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh (16,2%). Trạm y tế (TYT) xã chỉ có

2% phụ nữ DTTS chọn làm nơi sinh con. Điều này cho thấy, các trạm y tế xã chưa thu hút được người DTTS đến sinh con và còn có tới 23% phụ nữ sinh con tại nhà.

Bảng 3. Tỷ lệ % phụ nữ sinh con được CBYT đỡ đẻ trong lần sinh con gần nhất

Nội dung	Ê Đê	Xơ Đăng	Mơ Nông	Gia Rai	Cơ Ho	Nùng	Tày	Khác
CBYT	96,4	48,4	84,7	58,9	100,0	96,8	97,7	81,7
Y tế thôn bản	0,0	3,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Cô đỡ thôn bản	1,2	27,8	1,1	0,5	0,0	0,0	0,0	3,6
Bà mụ vườn	1,2	11,9	7,3	16,8	0,0	0,0	0,0	1,5
Người trong nhà	1,2	7,1	6,2	21,8	0,0	3,2	0,0	12,2
Khác	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0
Tự đỡ đẻ	0,0	1,6	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tổng số	**83**	**126**	**275**	**197**	**48**	**31**	**43**	**197**

Hầu hết phụ nữ người Ê Đê, Cơ Ho, Tày, Nùng đều được cán bộ y tế đỡ đẻ. Riêng dân tộc Xơ Đăng, Gia Rai có tỷ lệ sinh con được cán bộ y tế đỡ rất thấp (48,4% và 58,9%), tỷ lệ này ở dân tộc Mơ Nông và một số dân tộc khác khá cao (84,7% và 81,7%). Tình trạng sử dụng bà mụ vườn chưa qua đào tạo hoặc người trong gia đình đỡ đẻ còn khá phổ biến ở dân tộc Xơ Đăng, Mơ Nông và Gia Rai (lần lượt là 11,9%, 7,3% và 16,8%). Cá biệt vẫn còn những trường hợp tự đỡ đẻ ở dân tộc Xơ Đăng (1,6%).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ phụ nữ có thực hành đúng chăm sóc sau sinh

Do nhiều phụ nữ DTTS chọn nơi sinh là các BVĐK tỉnh/huyện hoặc phòng khám tư nhân nên tỷ lệ được khám lại trong vòng 1 tuần sau sinh khá cao (74,6%). Rất ít phụ nữ được khám lại tại nhà hoặc tại cơ sở y tế sau tuần đầu tiên cho đến 42 ngày đầu sau sinh (12,6%).

3.2. Kết quả phụ nữ DTTS thực hành chăm sóc trẻ

Bảng 2. Tỷ lệ phụ nữ DTTS thực hành đúng chăm sóc trẻ sau sinh

Chăm sóc sơ sinh	Số lượng	Tỷ lệ %
Đặt trẻ da kề da trên ngực mẹ ngay sau sinh	556	55,6
Cho trẻ bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh	604	60,4
Để rốn hở, không đắp bất cứ thứ gì lên mặt rốn	606	60,6
Tổng	**1.000**	**100,0**

Thực hành chăm sóc sơ sinh của phụ nữ DTTS tại địa bàn nghiên cứu còn chưa thực sự tốt, chưa đến 2/3 số bà mẹ có thực hiện đặt trẻ da kề da trên ngực mẹ ngay sau sinh (55,6%) và cho trẻ bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh (60,6%). Việc chăm sóc rốn cho trẻ cũng chỉ có khoảng 2/3 số bà mẹ thực hiện đúng cách, đó là để rốn hở, không đắp bất cứ thứ gì lên mặt rốn (60,6%).

Bảng 5. Tỷ lệ trẻ được tiêm phòng vắc xin viêm gan B và tiêm phòng lao

Chăm sóc sơ sinh	Số lượng	Tỷ lệ %
Có tiêm phòng		
Vắc xin viêm gan B	506	50,6
Vắc xin phòng lao	591	59,1
Cả 2 loại vắc xin	445	44,5
Tổng	**1000**	**100,0**
Tiêm phòng đúng lịch (trẻ dưới 2 tháng tuổi)		
Vắc xin viêm gan B	31	68,9
Vắc xin phòng lao	21	46,7
Cả 2 loại vắc xin	18	40,0
Tổng	**45**	**100,0**

Kết quả phỏng vấn các bà mẹ DTTS cho thấy, tỷ lệ trẻ được tiêm phòng viêm gan B và tiêm phòng lao chưa cao (50,6% và 59,1%), chưa kể là tiêm có đúng lịch hay không. Nếu tính những trẻ được tiêm đủ 2 loại vắc xin thì tỷ lệ khá thấp (44,5%). Để đánh giá vấn đề tiêm chủng đúng lịch của trẻ, nhóm nghiên cứu đã chọn những trẻ dưới 2 tháng tuổi để phân tích. Trong tổng số 45 trẻ dưới 2 tháng tuổi tại thời điểm điều tra, tỷ lệ được tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch 2 loại vắc xin là rất thấp (40%). Nếu tính riêng rẽ, tỷ lệ trẻ được tiêm đúng lịch vắc xin viêm gan B là 68,9% và vắc xin phòng lao là 46,7%.

Bảng 6. Nơi khám và điều trị khi trẻ có dấu hiệu bất thường trong vòng 28 ngày đầu sau sinh

Nơi khám và điều trị	Số lượng	Tỷ lệ %
BVĐK tỉnh	21	11,7
BVPS/BVCK sản nhi	5	2,8
BVĐK huyện	78	43,6

Trạm y tế	11	6,2
BV tư/phòng khám tư nhân	30	16,8
Thầy lang	1	0,6
Tự điều trị	22	12,3
Không điều trị gì	11	6,1
Tổng	**179**	**100,0**

Trong 179 trẻ có dấu hiệu bất thường sau sinh, đa số các bà mẹ đưa trẻ đến BV tuyến huyện (43,6%) tiếp đến là BV tư/phòng khám tư nhân (16,8%) và BVĐK tỉnh (11,7%). Tỷ lệ trẻ được gia đình tự điều trị hoặc không điều trị gì còn khá cao (12,3% và 6,1%). Đa số các trường hợp này là do gia đình cảm thấy bệnh của trẻ không nặng đến mức phải đến cơ sở y tế.

IV. BÀN LUẬN

Về sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh, tất cả các chỉ số về thực hành của phụ nữ DTTS đều chưa cao. Ba dịch vụ được phụ nữ DTTS sử dụng nhiều nhất là uống viên sắt/axit folic; tiêm phòng uốn ván đủ mũi và siêu âm thai (76-82%) trong khi ở người Kinh các tỷ lệ này trên 91%.

Tiêu chí về khám thai 3 lần trong 3 thời kỳ đã được thực hiện hầu hết ở phụ nữ người Kinh (96,1%), nhưng phụ nữ người DTTS chỉ mới ở mức 62,6%. Tuy nhiên, so với một nghiên cứu năm 2008 ở khu vực Tây Nguyên, tỷ lệ khám thai của phụ nữ DTTS Tây Nguyên đã có nhiều cải thiện và tuân thủ theo khuyến cáo của Bộ Y tế cao hơn (tăng từ 44,1% lên 60%) [2]. Lý do có thể là chương trình làm mẹ an toàn đã được ưu tiên nhiều hơn, giao thông ở khu vực này cũng cải thiện, một nguyên nhân quan trọng nữa là gần đây có nhiều dự án hỗ trợ riêng cho Tây Nguyên, đặc biệt là "Dự án chăm sóc sức khỏe nhân dân các tỉnh Tây Nguyên, giai đoạn 2" mà đối tượng được quan tâm nhiều nhất là phụ nữ và trẻ em [3]. Tuy nhiên, vẫn còn 40% phụ nữ DTTS Tây Nguyên chưa được theo dõi thai đủ trong 3 thời kỳ, thấp hơn nhiều so với phụ nữ chung cho toàn quốc năm 2015 (90,6%) [4]. Vì vậy, cần được tiếp tục quan tâm trong các can thiệp về truyền thông, vận động phụ nữ DTTS Tây Nguyên khám thai đủ và đúng trong 3 thời kỳ thai giúp phát hiện kịp thời các tai biến cũng như những bất thường của bà mẹ và thai nhi để có xử trí phù hợp.

Khoảng 2/3 phụ nữ DTTS trong nghiên cứu của chúng tôi chọn bệnh viện huyện để sinh (53,6%). Tình trạng này hiện nay rất phổ biến ở nhiều vùng, miền chứ không chỉ ở Tây Nguyên. Hiện nay, nhiều TYT đã không còn đỡ đẻ do phụ nữ vượt tuyến lên các BV tuyến trên. Điều này chủ yếu là phụ nữ muốn chọn nơi an toàn nhất để sinh con và giao thông đi lại thuận tiện. Có lẽ các lý do này cũng phù hợp với địa bàn Tây Nguyên nơi giao thông đã cải thiện rất nhiều so với nhiều năm về trước.

Trong khi tỷ lệ sinh con tại nhà của phụ nữ DTTS còn cao (23,0%), việc chỉ có 2,0% phụ nữ đến TYT để sinh con cho thấy cần phải có một cơ chế phù hợp để mang dịch vụ đỡ đẻ của TYT đến gần với dân hơn. Bên cạnh đó, cần cải thiện dịch vụ đỡ đẻ tại TYT, đặc biệt là đối với các xã ở xa bệnh viện, có nhiều nguy cơ về sức khỏe cho bà mẹ và trẻ sơ sinh. Nếu vận động được các bà mẹ đó đến cơ sở y tế để đẻ thì TYT có thể là nơi phù hợp nhất đối với họ. Hơn thế nữa, cung cấp dịch vụ đỡ đẻ nói riêng và các dịch vụ khác tại TYT còn giảm quá tải cho các bệnh viện tuyến trên. Tỷ lệ phụ nữ DTTS Tây Nguyên đẻ tại cơ sở y tế trong nghiên cứu này đã tăng lên từ 67,7% lên 77,1% so với một nghiên cứu năm 2008 [2], nhưng vẫn thấp hơn nhiều so với mức bình quân quốc gia (98,3%) [4].

Thực hành chăm sóc sơ sinh của phụ nữ tại địa bàn nghiên cứu còn hạn chế và không có sự khác biệt giữa phụ nữ DTTS và phụ nữ người Kinh. Mặc dù các hướng dẫn chăm sóc sơ sinh thiết yếu đã được Bộ Y tế ban hành từ năm 2014 và đã được phổ biến ở tất cả các cơ sở y tế có chăm sóc bà mẹ, trẻ em trong toàn quốc, nhưng tại địa bàn nghiên cứu chỉ hơn một nửa số bà mẹ thực hiện đặt trẻ da kề da với mẹ ngay sau sinh và cho trẻ bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh. Số phụ nữ thực hành để rốn trẻ hở cũng chỉ đạt 60,6%. Đây là lĩnh vực cần được ưu tiên can thiệp vì những thực hành thiết yếu này đã có bằng chứng rõ rệt về giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong sơ sinh. Chính vì thế, trong chiến lược toàn cầu về cải thiện sức khỏe sơ sinh, WHO, UNICEF và UN đã xác định là chăm sóc sơ sinh thiết yếu là một chiến lược quan trọng trong chăm sóc sức khoẻ của trẻ sơ sinh trong thập kỷ tới [6].

Tỷ lệ trẻ sơ sinh DTTS Tây Nguyên trong nghiên cứu này được khám lại trong tuần đầu sau sinh đã tăng cao so với nghiên cứu trước trên cùng địa bàn Tây Nguyên, tăng từ 31,5% lên 74,6%. Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với bình quân quốc gia (92,7%).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ phụ nữ nhất là phụ nữ DTTS ở Tây Nguyên sử dụng dịch vụ LMAT, trong đó có việc khám thai đủ 3 lần trong 3 thời kỳ thai thấp, thấp hơn trung bình của cả nước.

- Đa số phụ nữ chọn nơi sinh là bệnh viện huyện/tỉnh, số ít sinh con tại trạm y tế, nhưng vẫn còn một số người sinh con tại nhà. Tỷ lệ sinh con tại nhà được cán bộ y tế đỡ thấp.

- Tỷ lệ phụ nữ nhất là phụ nữ DTTS ở Tây Nguyên thực hành đúng chăm sóc trẻ (da kề da, cho trẻ bú sớm, chăm sóc rốn và tiêm vắc xin) thấp.

KHUYẾN NGHỊ: Tăng cường hỗ trợ hoạt động truyền thông LMAT và chăm sóc sơ sinh cho phụ nữ tại các địa bàn khó khăn vùng 3. Ưu tiên truyền thông cho phụ nữ DTTS, đặc biệt là các dân tộc có tập quán sinh con tại nhà như Xơ Đăng, Gia Rai, Mơ Nông. Đối tượng truyền thông, ngoài bản thân người phụ nữ cũng rất cần truyền thông cho chồng và mẹ chồng của họ kiến thức về LMAT và chăm sóc sơ sinh.

Tăng cường nhân viên y tế thôn buôn cho các xã vùng sâu, vùng xa Tây Nguyên, nơi tập quán sinh con tại nhà của một số dân tộc còn phổ biến.

Huy động sự tham gia của các ban ngành, đoàn thể chính quyền địa phương, TYT, nhân viên y tế thôn buôn và chi hội phụ nữ tuyên truyền, vận động các bà mẹ đi khám thai, tiêm chủng, hướng dẫn nuôi con…, đặc biệt chú trọng đến các thôn buôn vùng sâu, vùng xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2016).** Báo cáo kết quả khảo sát đầu kỳ dự án chăm sóc sức khỏe nhân dân các tỉnh Tây Nguyên giai đoạn 2.
2. **Bộ Y tế, Đại học Y Thái Bình (2008).** Điều tra cơ bản Chương trình giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 14 tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên.
3. **Bộ Y tế (2015).** Dự án chăm sóc sức nhân dân các tỉnh Tây Nguyên, giai đoạn 2.
4. **Bộ Y tế (2016).** Niên giám thống kê y tế 2015, tr 10.
5. **Bhutta, Z.A., et al (2014).** Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet.
6. **Joy E Lawn et al (2014).** Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. The Lancet, Volume 384, No. 9938,12 July 2014, p.189-205

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG DUYỆT ĐƠN THUỐC NGOẠI TRÚ CỦA DƯỢC SĨ TRONG VIỆC KÊ ĐƠN HỢP LÝ THUỐC GIẢM ĐAU

Bùi Thị Hương Quỳnh[1,2], Nguyễn Thị Mỹ Uyên[3], Phạm Xuân Khôi[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của hoạt động duyệt đơn thuốc ngoại trú của dược sĩ lâm sàng trong việc giảm tỷ lệ các sai sót kê đơn các nhóm thuốc giảm đau tại Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, so sánh 2 giai đoạn trước và sau khi có hoạt động duyệt đơn thuốc ngoại trú của dược sĩ lâm sàng. Nghiên cứu l ựa chọn các đơn thuốc ngoại trú có ít nhất một thuốc thuộc danh mục các thuốc giảm đau hoặc có chỉ định giảm đau theo tờ hướng dẫn sử dụng thuốc/dược thư. Các sai sót kê được được ghi nhận bao gồm sai chỉ định, sai liều, sai thời gian dùng thuốc, sai thuốc – trùng lắp/tương tác/chống chỉ định và sai sót chung. Sử dụng hồi quy logistics để xác định các yếu tố có liên quan đến sai sót kê đơn. **Kết quả:** Có 3000 đơn thuốc mỗi giai đoạn được lựa chọn vào nghiên cứu. Tỷ lệ sai sót sau khi có duyệt đơn thuốc thấp hơn so với trước đó, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sai sót kê đơn chung giảm từ 16,5% giai đoạn 1 xuống còn 4,7% ở giai đoạn 2 ($p < 0,001$), sai liều giảm từ 1,7% xuống 0,3%, $p < 0,001$, sai chỉ định giảm từ 11% xuống 3,1%, $p < 0,001$, sai thời gian dùng thuốc giảm từ 2,9% xuống 0,6%, $p < 0,001$ và sai thuốc giảm từ 1,4% xuống 0,6%, $p < 0,001$. Phân tích hồi quy logistics cho kết quả, yếu tố can thiệp của dược sĩ thực sự giúp cải thiện được tình trạng sai sót trong kê đơn (OR = 0,277; CI 95%: 0,227 ÷ 0,338; $p < 0,001$). **Kết luận:** Hoạt động duyệt đơn thuốc ngoại trú của dược sĩ lâm sàng tại Bệnh viện Thống Nhất thực sự giúp nâng cao tính hợp lý trong kê đơn thuốc giảm đau cho cho bệnh nhân.

Từ khoá: dược sĩ, duyệt đơn thuốc, sai sót kê đơn, thuốc giảm đau.

[1]*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh,*
[2]*Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh.*
[3]*Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Xuân Khôi
Email: xuankhoi1210@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 27.5.2019
Ngày duyệt bài: 30.5.2019

SUMMARY

EVALUATION OF PHARMACIST-LED MEDICATION REVIEWS IN IMPROVING THE APPROPRIATE PRESCRIBING OF ANALGESIC DRUGS

Objectives: The aim of this study was to evaluate the role of pharmacist-led medication reviews in improving the appropriate prescribing of analgesic drugs. **Methods:** We conducted a cross-sectional study, comparing the rate of prescribing errors between the two periods, before and after the medication review activity of pharmacists. We included priscriptions of out-patients, that had at least one anagesic drug. Prescribing errors were identified as errors in indication, in dosage, in time/ frequency/ duration of drug used, in drug choice - duplication/interaction/contraindication, and all cause errors. Logistics regression was used to analyse the factors associated with prescribing errors. **Results:** There were 3000 prescriptions of each periods included in this study. The rate of prescribing errors was significantly lower after medication review compared with that before. All cause of errors were reduced from 16.5% to 4.7% ($p < 0.001$), errors in dosage – from 1.7% to 0.3%, $p < 0.001$, errors in indication - from 11% to

3.1%, p < 0.001, errors in time/ frequency/ duration of drug used - from 2.9% to 0.6%, p < 0.001, and errors in drug choice - from 1.4% to 0.6%, p < 0.001. The result of logistics regression confirmed that pharmacist-medication reviews helped reduce the prescription errors of analgesic drugs (OR = 0.277; CI 95%: 0.227 ÷ 0.338; p < 0.001). **Conclusions:** Pharmacist-led medication reviews in Thong Nhat hospital improved the appropriate priscribing analgesic drugs for out-patients.

Key words: pharmacist, medication review, prescribing errors, analgesic drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai sót liên quan đến thuốc là lỗi y tế phổ biến nhất trong các bệnh viện và được định nghĩa là bất kì lỗi nào trong quá trình dùng thuốc [3]. Tại Hoa Kì, tình trạng sai sót liên quan đến thuốc là nguyên nhân gây ra 7000 ca tử vong mỗi năm[3]. Trong tất cả các sai sót liên quan đến thuốc, sai sót kê đơn là lỗi phổ biến và nghiêm trọng nhất[3]. Cụ thể một số nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng 15% - 20% đơn thuốc có ít nhất một lỗi kê đơn. Trong khi đó, tại Việt Nam, một số nghiên cứu bước đầu cho thấy tỷ lệ sai sót trong kê đơn trên đối tượng bệnh nhân ngoại trú thường dao động từ 1,5% tới 25,5%[2]. Hiện nay các tình trạng gây đau mạn tính như bệnh lý cơ xương - khớp (CXK), ung thư, suy thận, viêm mũi xoang và đau sau phẫu thuật đang là những vấn đề ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Để kiểm soát tình trạng đau nói trên, các chuyên gia y tế thường sử dụng các thuốc giảm đau, ví dụ như các thuốc giảm đau NSAIDs, corticoid, opioid. Tuy nhiên, các nhóm thuốc giảm đau này thường kèm theo những tác dụng phụ nghiêm trọng và có xu hướng gia tăng tình trạng sai sót kê đơn. Để nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cũng như hạn chế tối đa các sai sót kê đơn, đã có nhiều biện pháp hiệu quả được áp dụng trên thế giới như can thiệp giáo dục các đối tượng có liên quan đến hoạt động cung ứng thuốc bệnh viện, áp dụng các biện pháp mang tính chất quản lý. Trong đó, các biện pháp can thiệp có sự tham gia của dược sĩ đã chứng minh được những hiệu quả tích cực. Tại bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, từ ngày 01/7/2018 dược sĩ lâm sàng bắt đầu triển khai hoạt động duyệt các đơn thuốc ngoại trú vào tất cả các buổi sáng trong tuần, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá hiệu quả của hoạt động duyệt đơn thuốc của dược sĩ lâm sàng trong việc giảm sai sót kê đơn ngoại trú các nhóm thuốc giảm đau tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đơn thuốc ngoại trú có ít nhất một thuốc thuộc danh mục các thuốc giảm đau hoặc có chỉ định giảm đau theo tờ hướng dẫn sử dụng thuốc hoặc dược thư quốc gia Việt Nam 2015 [1].

Thời gian nghiên cứu: Từ 01/12/2018 đến 30/04/2019.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Dược – Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Đơn thuốc ngoại trú có ít nhất một thuốc thuộc danh mục các thuốc giảm đau kháng viêm hoặc có chỉ định giảm đau theo tờ hướng dẫn sử dụng thuốc hoặc Dược thư quốc gia Việt Nam 2015;
- Có đầy đủ thông tin của bệnh nhân (mã số bệnh nhân, tên, tuổi, giới tính, chẩn đoán);
- Có đầy đủ thông tin thuốc điều trị (hoạt chất, dạng bào chế, liều dùng, đường dùng, chỉ định, thời gian dùng thuốc).
- Đơn thuốc cấp pháp trong khoảng thời gian từ 01/01/2018 tới 31/12/2018 tại Bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả, so sánh 2 giai đoạn trước và sau khi có hoạt động duyệt đơn thuốc của dược sĩ lâm sàng.

Giai đoạn 1: Lựa chọn đơn thuốc ngẫu nhiên trong khoảng thời gian từ 1/1/2018 – 30/6/2018

Giai đoạn 2: Lựa chọn đơn thuốc ngẫu nhiên trong khoảng thời gian từ 1/7/2018–30/12/2018

Từ ngày 01/7/2018, hoạt động Dược lâm sàng đã bắt đầu được triển khai tại bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh, trong đó có hoạt động duyệt đơn thuốc vào các buổi sáng trong tuần. Dược sĩ lâm sàng trực tiếp duyệt các đơn thuốc được kê đơn ngoại trú ngay tại quầy cấp phát thuốc, kiểm tra đơn thuốc về nội dung, thuốc được kê đơn phù hợp về chỉ định, liều dùng, thời gian sử dụng, tương tác thuốc, sự trùng lặp thuốc. Nếu có sai sót xảy ra, dược sĩ lâm sàng sẽ trực tiếp trao đổi với bác sĩ về sai sót. Nếu bác sĩ chấp thuận với đề nghị của dược sĩ thì đơn thuốc sẽ được gửi lại bác sĩ để chỉnh sửa và sau đó được cấp phát cho bệnh nhân.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc kiểm định sự khác biệt giữa hai tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \times \frac{P_A(1-P_A) + P_B(1-P_B)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu cần phải đạt được cho nghiên cứu. d là khoảng sai lệch cho phép giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể mà người nghiên cứu mong muốn. Với P_A là tỷ lệ sai sót kê đơn ngoại trú các thuốc giảm đau trong nghiên cứu thử của giai đoạn trước can thiệp. P_B là tỷ lệ sai sót kê đơn ngoại trú các thuốc giảm đau trong nghiên cứu thử của

giai đoạn sau can thiệp. Trong nghiên cứu thực hiện trên 100 đơn thuốc ở giai đoạn nghiên cứu thử nghiệm, chúng tôi có P_A = 14% và P_B = 2%, $n_A = n_B$ = 100:Khoảng tin cậy 1- α = 0,95 → $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96.

$$n = 1{,}96^2 x \frac{0{,}14 \times (1-0{,}14) + 0{,}02 \times (1-0{,}02)}{0{,}015^2} = 2390{,}33$$

Do đó, chúng tôi sẽ lấy 3000 đơn thuốc thỏa tiêu chí chọn mẫu cho mỗi giai đoạn trong nghiên cứu. Phương pháp chọn mẫu - ngẫu nhiên đơn giản cho đến khi đủ cỡ mẫu mỗi giai đoạn. Từ đơn thuốc thu thập được, ghi nhận các sai sót kê đơn. Một số định nghĩa và ví dụ sai sót kê đơn được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Các sai sót kê đơn được đưa vào nghiên cứu

Loại sai sót	Định nghĩa	Ví dụ
Sai chỉ định	Thuốc được sử dụng với mục đích không đúng theo các khuyến cáo trên tờ hướng dẫn sử dụng thuốc / dược thư hoặc các hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế.	Celecoxib kê cho bệnh nhân bị đau bụng kinh.
Sai liều	Sai đơn vị liều, liều dùng không đúng theo các khuyến cáo trên tờ hướng dẫn sử dụng thuốc/ dược thư.	Pregabalin 75mg x 1 lần/ngày trong điều trị hội chứng ống cổ tay.
Sai thời gian dùng thuốc	Sai thời điểm dùng thuốc hoặc kéo dài thời gian điều trị không cần thiết so với các khuyến cáo trên tờ hướng dẫn sử dụng thuốc / dược thư.	Etoricoxib 120mg x 1 lần/ ngày, dùng trong 14 ngày cho bệnh nhân thoái hoá cột sống.
Sai thuốc – trùng lắp/tương tác/chống chỉ định	Tương tác thuốc (chỉ ghi nhận các trường hợp tương tác thuốc chống chỉ định theo danh sách đã được thông qua của bệnh viện), kê đơn các thuốc có cùng tác dụng điều trị (hai thuốc được kê đơn thuộc cùng nhóm hoặc cùng hiệu quả lâm sàng), thuốc chống chỉ định cho bệnh nhân.	Kê đồng thời meloxicam 7,5mg và celecoxib 200mg cho bệnh nhân đau khớp.
Sai sót chung	Đơn thuốc có ít nhất 1 lỗi sai như đã liệt kê phía trên	

Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu. Biến liên tục thỏa mãn kiểm định tham số (phân phối chuẩn và phương sai đồng nhất) được trình bày bằng trung bình ± SD. Biến liên tục không thỏa mãn kiểm định tham số (không phân phối chuẩn và/ hoặc phương sai không đồng nhất) được trình bày bằng trung vị (min - max). Các biến phân loại được trình bày bằng tỷ lệ phần trăm. Dùng thống kê mô tả để xác định phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới, các bệnh lý mắc kèm. Sử dụng phép kiểm Chi bình phương để so sánh tỷ lệ của 2 sai sót kê đơn giữa 2 giai đoạn. Sử dụng hồi quy Binary logistic để tìm mối liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm kê đơn và tình trạng sai sót kê đơn chung. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nền của bệnh nhân của nhóm nghiên cứu. Các đặc điểm về giới, tuổi và bệnh kèm, khoa điều trị, bệnh lý được chỉ định thuốc của bệnh nhân trong đơn thuốc giữa 2 giai đoạn không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05) (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm nền của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm				Giá trị p
	Giai đoạn 1		Giai đoạn 2		
	Tần suất	Tỷ lệ	Tần suất	Tỷ lệ	
Giới tính: Nam	1214	40,5%	1266	42,2%	0,173
Nữ	1786	59,9%	1734	57,8%	
Tuổi	57,39 ± 16,88		57,12 ± 22,78		0,672
Có bệnh kèm	2478	82,6%	2424	80,8%	0,441
Khoa điều trị: Ngoại tiêu hoá	16	0,5%	18	0,6%	0,732
Ngoại chấn thương – chỉnh hình	512	17,1%	529	17,6%	0,598
Ngoại thận tiết niệu	46	1,5%	64	2,1%	0,086
Ngoại thần kinh	416	13,9%	420	14,0%	0,890
Ngoại tim mạch – lồng ngực	135	4,5%	114	3,8%	0.183

Răng hàm mặt	94	3,1%	80	2,7%	0,289
Ngoại tổng quát	167	5,6%	162	5,4%	0,783
Tai mũi họng, Mắt, Da liễu	314	10,5%	274	9,1%	0,095
Khoa Nội: Nội cơ xương khớp	489	16,3%	499	16,6%	0,750
Nội tiết	67	2,2%	53	1,8%	0,201
Nội thần kinh	272	9,1%	288	9,6%	0,499
Nội tim mạch	81	2,7%	92	3,1%	0,403
Nội tiêu hoá	9	0,3%	12	0,4%	0,513
Nội hô hấp	48	1,6%	56	1,9%	0,433
Nội nhiễm	45	1,5%	38	1,3%	0,442
Nội tổng quát	289	9,6%	301	10,0%	0,621
Chỉ định thuốc giảm đau					
Thoái hoá khớp	734	24,5%	743	24,8%	0,815
Viêm gân – bao gân	162	5,4%	158	5,3%	0,823
Viêm khớp – đau khớp	246	8,2%	228	7,6%	0,408
Viêm cơ – đau cơ	191	6,4%	168	5,6%	0,293
Gout	142	4,7%	133	4,4%	0,587
Viêm khớp dạng thấp	112	3,7%	127	4,2%	0,332
Bệnh đĩa đệm	122	4,1%	174	5,8%	**0,001**
Đau do nguyên nhân thần kinh	283	9,4%	277	9,2%	0,735
Rê thần kinh tuỷ sống	149	5,0%	163	5,4%	0,428
Hội chứng ống cổ tay	191	6,4%	168	5,6%	0,225

Hiệu quả hoạt động dược lâm sàng trong việc giảm sai sót kê đơn. Nghiên cứu ghi nhận được trong 2 giai đoạn số lượng sai sót kê đơn là 634 (10,6%). Trong đó, sai chỉ định là sai sót thường gặp nhất - 423 trường hợp (7,0%), sau đó là sai thời gian - 105 (1,7%), Tỷ lệ sai sót kê đơn nói chung và các lỗi sai thành phần (sai liều, sai chỉ định, sai thời gian dùng thuốc, sai thuốc) của nhóm đơn thuốc ở giai đoạn 2 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn 1 ($p < 0,05$).

Bảng 2. Phân loại các sai sót kê đơn trong mẫu nghiên cứu

Loại sai sót	Phân nhóm				Giá trị p
	Giai đoạn 1		Giai đoạn 2		
	Tần suất	Tỷ lệ	Tần suất	Tỷ lệ	
Có sai sót	494	16,5%	140	4,7%	<0,001
Sai chỉ định	329	11,0%	94	3,1%	<0,001
Sai thời gian	87	2,9%	18	0,6%	<0,001
Sai liều	51	1,7%	10	0,3%	<0,001
Sai thuốc	42	1,4%	18	0,6%	0,002

Kết quả phân tích hồi quy ghi nhận được sự can thiệp của dược sĩ làm giảm sai sót kê đơn nói chung (OR = 0,277; CI 95%: 0,227 ÷ 0,338; $p < 0,001$).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến khả năng xảy ra sai sót kê đơn chung

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy 95% của OR		Giá trị p
		Giới hạn dưới	Giới hạn trên	
Hoạt động can thiệp của dược sĩ	0,277	0,227	0,338	<0,001
Khoa Nội so với khoa Ngoại	0,787	0,659	0,939	0,008
Dùng trên 5 thuốc	1,743	1,275	2,382	<0,001

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận được can thiệp duyệt đơn ngoại trú của dược sĩ lâm sàng thực sự là yếu tố làm giảm sai sót kê đơn chung, giảm sai liều, giảm sai chỉ định, giảm sai thời gian dùng thuốc và giảm sai thuốc. Ngoài ra, bên cạnh các yếu tố ảnh hưởng khác, yếu tố can thiệp của dược sĩ thực sự giúp cải thiện được tình trạng sai sót trong kê đơn (OR = 0,277; CI 95%: 0,227 ÷ 0,338; $p < 0,001$).

Ghi nhận từ nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả trong các nghiên cứu cùng sử dụng biện pháp can thiệp bởi dược sĩ vào quá trình kê đơn như nghiên cứu của các tác giả Lobna S. (2018) [6], Muath F. (2018) [7], Wei Y. (2018)[8]. Cụ thể, trong nghiên cứu của Lobna S. (2018), sau khi có sự can thiệp của dược sĩ, tỷ lệ sai sót liên quan đến thuốc giảm từ 34,2% xuống 15,3% ($p < 0,001$); trong nghiên cứu của Muath F. (2018) cho thấy sau can thiệp tỷ lệ đơn thuốc

không phù hợp giảm đáng kể từ 61% xuống 29,5% (P = 0,001); trong nghiên cứu của Wei Y. (2018) ghi nhận tỷ lệ sai sót giảm từ 40,7% xuống còn 28,4% sau khi có sự can thiệp đầy đủ.

Đối với việc kê đơn các nhóm thuốc giảm đau, các nghiên cứu tham khảo cũng ghi nhận một số hiệu quả tích cực do việc can thiệp của dược sĩ: nghiên cứu của tác giả Phillipe M. (2018) trên 2 nhóm bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên vào nhóm không can thiệp và nhóm can thiệp ghi nhận được tỷ lệ kê đơn không phù hợp của thuốc giảm đau NSAIDs ở nhóm không can thiệp là 13,3% và nhóm can thiệp là 9,5% (CI 95%: 10 ÷ 55); nghiên cứu của Muath F. (2018) ghi nhận tỷ lệ sai sót các nhóm thuốc giảm đau NSAIDs giảm từ 6,5% xuống 1,5% sau khi can thiệp (p = 0,001), thuốc chống trầm cảm ba vòng (TCAs) giảm từ 6,5% xuống còn 2,0% sau can thiệp (p = 0,026), thuốc chống co thắt giảm từ 9% xuống còn 3,5% sau can thiệp (P = 0,023)[7].

Sự cải thiện trong việc giảm sai sót kê đơn đến từ sự kết hợp quá trình kê đơn của bác sĩ và quá trình duyệt đơn của dược sĩ. Đây là hình thức được áp dụng nhiều trên thế giới và chứng minh được nhiều hiệu quả tích cực thông qua các nghiên cứu trước đây. Viêc phối hợp giữa dược sĩ và bác sĩ có những lợi ích như sau:

-Dược sĩ được cho rằng có kiến thức chuyên môn sâu hơn về liều lượng và chế độ dùng thuốc, đặc điểm dược lý, tương tác thuốc - chế độ ăn uống, đánh giá nguy cơ gặp tác dụng phụ và theo dõi điều trị so với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bao gồm cả các bác sĩ[5]. Những kiến thức trên đặc biệt cần thiết cho quá trình xét duyệt đơn thuốc vì mục đích chính của quá trình này là đảm bảo mỗi loại thuốc được kê đơn là cần thiết và thích hợp nhất cho bệnh nhân, được sử dụng hợp lý, dung nạp tốt và có hiệu quả ở bệnh nhân[5]. Do đó, dược sĩ chính là đối tượng phù hợp nhất trong việc xem xét đơn thuốc.

-Việc xem xét đơn thuốc của dược sĩ được đánh giá là mang lại lợi ích cho bác sĩ và bệnh nhân bởi vì việc phối hợp giữa dược sĩ và bác sĩ mang lại hiệu quả điều trị tích cực, giảm thiểu tác dụng phụ, hạn chế sai sót khi kê đơn và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân[5]. Chính những lợi ích của việc hỗ trợ của dược sĩ đối với bác sĩ thông qua hình thức duyệt đơn thuốc đã góp phần cải thiện tình trạng sai sót khi kê đơn tại bệnh viện ghi nhận được trong nghiên cứu.

Ngoài ra, có các yếu tố khác có liên quan đến sai sót kê đơn. Bác sĩ kê đơn thuộc khoa Nội là yếu tố giúp làm giảm sai sót kê đơn nói chung (OR = 0,787; CI 95%: 0,659÷0,939; p = 0,008). Điều này có thể giải thích do các bệnh lý điều trị ở khoa Nội tuân theo các phác đồ rõ ràng giúp hạn chế việc sai sót kê đơn. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với nghiên cứu của Franklin D. (2011)[4]. Nghiên cứu của Franklin D. ghi nhận sai sót ở khoa Nội cao hơn so với khoa Ngoại (CI 95%: 2,4÷5,8) với sai sót chủ yếu là thiếu thông tin về tiền sử dùng thuốc, tuy nhiên tiêu chí này không có trong nghiên cứu của chúng tôi. Sử dụng trên 5 thuốc trong đơn làm tăng sai sót kê đơn nói chung (OR = 1,743; CI 95%: 1,275÷2,382; p<0,001). Theo một số nghiên cứu, tình trạng sử dụng nhiều thuốc thường đi kèm với gia tăng nguy cơ tương tác thuốc làm giảm hiệu quả điều trị hoặc tăng nguy cơ tác dụng phụ và nguy cơ xảy ra sai sót.[4]

V. KẾT LUẬN

Hoạt động duyệt đơn thuốc ngoại trú của dược sĩ lâm sàng tại Bệnh viện Thống Nhất thực sự giúp nâng cao tính hợp lý trong kê đơn thuốc giảm đau cho cho bệnh nhân, giúp giảm sai sót kê đơn chung, giảm sai liều, giảm sai chỉ định, giảm sai thời gian dùng thuốc và giảm sai thuốc. Cần triển khai thực hiện hoạt động này trên tất cả các đơn thuốc khi bệnh viện có đủ nhân lực dược sĩ lâm sàng, góp phần nâng cao hiệu quả và an toàn trong việc chăm sóc, phục vụ bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2015)** "Dược thư quốc gia Việt Nam". Nhà xuất bản Y học
2. **Lê Thị Mai Sương (2015),** "Theo dõi việc kê đơn tại một bệnh viện ở quận 7- tp. Hồ Chí Minh".
3. **Barber NM, Dean F. (2003),** "Reducing prescribing error: competence, control, and culture." BMJ Quality & Safety 12. suppl 1, pp. i29-i32.
4. **Franklin D., et al. (2011),** "Prescribing errors in hospital inpatients: a three-centre study of their prevalence, types and causes." Postgraduate medical journal 87.1033, pp. 739-745.
5. **Gallagher R.M., Gallagher HC. (2012),** "Improving the working relationship between doctors and pharmacists: is inter-professional education the answer?." Advances in health sciences education 17.2, pp. 247-257.
6. **Lobna M.S., et al. (2019),** "Evaluation of pharmacist-led educational interventions to reduce medication errors in emergency hospitals: a new insight into patient care." Journal of Public Health. doi: 10.1093/pubmed/fdy216. [Epub ahead of print]
7. **Muath F., et al. (2018),** "The impact of a combined intervention program: an educational and clinical pharmacist's intervention to improve prescribing pattern in hospitalized geriatric patients at King abdulaziz Medical City in Riyadh, saudi arabia." Therapeutics and clinical risk management 14, pp. 557.
8. **Wei Yi, et al. (2018),** "The impact of a prescription review and prescriber feedback system on prescribing practices in primary care clinics: a cluster randomised trial." BMC family practice 19.1, pp. 120.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN BỊ ĐỨT HOÀN TOÀN VÀ GẦN HOÀN TOÀN 1/3 DƯỚI CẲNG TAY VÀ CỔ TAY TẠI BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH TP. HỒ CHÍ MINH

Phạm Hiếu Liêm[2], Trần Công Tường[1]

TÓM TẮT

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của xã hội về mọi mặt, các tổn thương đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn cẳng tay và bàn tay cũng tăng theo. Đây là một tổn thương rất nặng đối với bệnh nhân. Tổn thương nặng hơn nếu chi bị đứt không được khâu nối hoặc khâu nối không hoàn hảo. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và điều trị trên bệnh nhân bị đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay tại bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca được chẩn đoán bị đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn ở 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay, có đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu và được điều trị nối chi đứt. Bệnh nhân được đánh giá đặc điểm lâm sàng, đặc điểm điều trị. **Kết quả:** 34 bệnh nhân bị đứt hoàn toàn, gần hoàn toàn vị trí 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay đã được phẫu thuật tại bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh từ 01/2008 đến 06/2012. Bệnh nhân nam chiếm 91,2%. 23 trường hợp đứt hoàn toàn và 11 đứt gần hoàn toàn. Tỉ lệ của chi sống hoàn toàn 33 bệnh nhân, chiếm 97,1%, hoại tử một phần da có 1 bệnh nhân, chiếm 2,9%. **Kết luận:** Áp dụng kỹ thuật vi phẫu, khâu nối chi đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay cho kết quả thành công hoàn hảo.

Từ khóa: Đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn; 1/3 dưới cẳng tay; Cổ tay.

SUMMARY

EVALUATE THE CLINICAL AND THERAPEUTIC CHARACTERISTIC IN PATIENTS WITH TOTAL AND NEARLY TOTAL AMPUTATION OF ONE-THIRD LOWER FOREARMS AND WRISTS TREATED AT HO CHI MINH CITY ORTHOPEDIC AND TRAUMA HOSPITAL

In recent years, along with the development of society in all aspects, total and nearly total amputation of one-third lower forearms and wrists also increase. This is a very serious injury to the patient, especially cases treated incorrectly. **Objectives:** Evaluate the clinical and therapeutic characteristics in patients with total and nearly total amputation of one-third lower forearms and wrists at the orthopedic hospital in Ho Chi Minh city. Materials and methods: cases report of patients diagnosed total and nearly total amputation of one-third lower forearms and wrists, with complete medical records and research data. Patients were evaluated for clinical characteristics and treatment characteristics. **Results:** 34 patients included in the research were operated at Ho Chi Minh city Orthopedic Trauma Hospital from 01/2008 to 06/2012. Male patients accounted for 91.2%. 23 cases were completely amputation and 11 were nearly complete. The survival rate was 97.1% (33 patients), partial skin necrosis 1 patient, accounting for 2.9% **Conclusions:** Applying microsurgical techniques, the amputated limb could be treated successfully.

Keywords: Total and nearly total amputated limb; One-third lower forearms; Wrists.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, về phương diện nền kinh tế, các ngành công nghiệp và tiểu thủ công nghiệp đã có nhiều phát triển. Tuy vậy, các biện pháp an toàn lao động nhất là tại các cơ sở sản xuất nhỏ chưa đáp ứng được yêu cầu; về phương diện giao thông, do sự quá tải cũng như các biện pháp an toàn giao thông chưa đáp ứng đầy đủ; về phương diện xã hội, các tranh chấp tệ nạn vẫn chưa cải thiện. Trong điều kiện như vậy, các tai nạn lao động, giao thông, sinh hoạt đưa đến các tổn thương đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn cẳng tay và bàn tay thường xuất hiện. Ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay, cổ tay, rất nhiều các mô quan trọng (gân, mạch máu, thần kinh, khớp, xương) là nơi tiếp giáp giữa cơ và gân cơ. Các mô quan trọng này lại chỉ được che phủ, bảo vệ bởi lớp da và mô dưới da mỏng. Trước đây các tổn thương như vậy thường được xử trí bằng cách đoạn chi, khâu mỏm cụt. Từ năm 1960, Jacobson khai sinh ra ngành vi phẫu thuật [2] đến nay việc ứng dụng kỹ thuật vi phẫu khâu nối mạch máu, thần kinh cho việc phục hồi cấu trúc giải phẫu chi đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn khá chính xác và đầy đủ. Việc khâu nối chi đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn đòi hỏi phải phục hồi các cấu trúc xương, gân cơ, mạch máu, thần kinh. Trên cơ sở đó, phục hồi lại được chức năng của phần chi đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn. Riêng tổn thương đứt hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn tại vị trí 1/3 dưới cẳng tay, cổ tay, nếu không được khâu nối hoặc khâu nối không hoàn hảo, sẽ để lại di chứng nặng nề ảnh hưởng không chỉ ở mức độ cá nhân của bệnh nhân như

[1]Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình, TP. Hồ Chí Minh
[2]Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm
Email: drliempham@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 27.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 22.5.2019
Ngày duyệt bài: 28.5.2019

mất khả năng lao động, tự ti, mặc cảm mà còn ảnh hưởng đến gia đình và toàn thể xã hội. Trong báo cáo này, chúng tôi khảo sát đặc điểm lâm sàng và điều trị ở bệnh nhân đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay tại bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt các trường hợp bệnh.

2.2 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân bị đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn ở 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay nhập bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh.

2.3 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2008 đến 06/2012.

2.4 Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- *Tiêu chuẩn nhận bệnh:* Được chẩn đoán bị đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn ở 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay; Đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu. Được điều trị nối chi đứt.
- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Thiếu dữ liệu nghiên cứu; Chi tổn thương bị dập nát, chỉ số M.E.S.S từ 9 điểm trở lên, không có chỉ định khâu nối chi. Thời gian thiếu máu nóng trên 6 giờ, thời gian thiếu máu lạnh trên 12 giờ.

2.5 Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu:

- Biến số chung: tuổi, giới.
- Đặc điểm tổn thương: Nguyên nhân tổn thương; Đứt hoàn toàn hay gần hoàn toàn.
- Đặc điểm điều trị: Kỹ thuật khâu nối chi; Biến chứng sau mổ nếu có (nhiễm khuẩn, chảy máu, tụ dịch…).

2.7 Phân tích và xử lý số liệu: Tất cả số liệu được mã hóa, nhập và phân tích dựa vào phần mềm STATA 13.

2.8 Kỹ thuật khâu nối chi

- **Chuẩn bị bệnh nhân:** Chuẩn bị tâm lý bệnh nhân, giải thích về cuộc phẫu thuật. Bệnh nhân nằm ngửa, vai dang 90 độ, cẳng tay ngửa. Trong lúc nhóm gây mê chuẩn bị vô cảm cho bệnh nhân, nhóm phẫu thuật viên xử lý phần chi đứt hoàn toàn như rửa chi bằng bàn chải rửa tay của phẫu thuật viên với nước rửa vô khuẩn, sát khuẩn bằng dung dịch betadin, cắt lọc các mô bị bầm dập, bộc lộ vết thương, bóc tách và đánh dấu động mạch, tĩnh mạch tùy hành của bó mạch quay, trụ, thần kinh trụ, thần kinh giữa, nhánh cảm giác của thần kinh quay, từ 3 đến 5 tĩnh mạch lớn ở mặt sau cẳng tay, cổ tay. Khâu mũi chờ các gân bằng chỉ nylon 4.0 theo phương pháp Tazima hoặc Kessler. Cắt ngắn xương trụ và xương quay từ 0,5 - 1cm, hoặc hơn nếu vị trí tổn thương bị bầm dập nhiều.
- **Kỹ thuật mổ:** Garrott hơi 250 mmHg mỗi 60 phút, xả garrott 15 phút. Kết hợp xương có thể bằng nẹp vít hoặc bằng kim Kirschner, chỉ thép, khâu dây chằng bằng chỉ vicryl. Bệnh nhân đến sớm trước 6 giờ, nối gân cơ trước, rồi sau đó khâu nối động mạch trụ, động mạch quay, tĩnh mạch tùy hành, các tĩnh mạch lớn ở mặt sau cẳng tay, cổ tay theo quy luật một động mạch và hai tĩnh mạch có kích thước tương đương [6]. Khâu mạch máu theo kỹ thuật Cobbett, bằng chỉ nylon hoặc chỉ prolene 7.0, 8.0, 9.0, 10.0. Khâu nối thần kinh theo phương pháp bao ngoài bao bó sợi bằng chỉ nylon 7.0, 8.0, 9.0.3,4. Mở kẹp động mạch trước, để xả máu ứ động ở chi đứt hoàn toàn, sau đó mở kẹp tĩnh mạch. Trước khi mở kẹp mạch máu, chúng tôi sử dụng Heparin tiêm tĩnh mạch với liều 50UI đến 100UI trên 1 kg cân nặng 1. Khâu da hoàn toàn nếu vùng vết thương không căng gây chèn ép mạch máu, hoặc để hở một phần da.

- Theo dõi hậu phẫu:

- Không được chèn ép vùng khâu nối mạch máu.
- Kê cao chi khoảng 10- 20 cm.
- Sưởi đèn 50-100W, khoảng cách 30 - 40 cm thời gian 5 ngày.
- Theo dõi ở giai đoạn hậu phẫu mỗi 2 giờ một lần trong 24 giờ đầu, màu sắc, nhiệt độ, nhấp nháy móng, phù nề, có chèn ép mạch máu khâu nối hay không.
- Thuốc sử dụng:
- Thuốc giảm đau, chống phù nề, và kháng sinh.
- Dịch truyền cao phân tử để giữ lòng mạch, 500ml mỗi ngày cho bệnh nhân cân nặng từ 50kg đến 70kg trong 5 ngày.
- Thuốc chống kết tập tiểu cầu, bệnh nhân được sử dụng Aspegic 100mg đến 500mg mỗi ngày, Calciparine tiêm dưới da liều 50 UI đến 100UI cho mỗi kg cân nặng mỗi ngày trong 10 ngày 156
- Cắt chỉ muộn sau 2 tuần.
- Giữ nẹp bột 3 tuần.
- Tập cử động cổ tay và các ngón, sử dụng sóng siêu âm tách dính gân, kích thích điện TK sau 3 tuần.
- Điều trị biến chứng nhiễm khuẩn nếu có.

2.7 Các tiêu chuẩn đánh giá:

- Tiêu chuẩn đánh giá mức độ sống của chi được khâu nối: Bàn tay và các ngón tay đều hồng ấm, dấu hiệu nhấp nháy da, móng dưới 2 giây.
- Sống toàn bộ: Chi được khâu nối sống toàn bộ không bị hoại tử vùng nào.
- Hoại tử một phần hoặc một vùng chi được khâu nối.

- Hoại tử hoàn toàn: Hoại tử toàn bộ chi khâu nối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm dân số nghiên cứu

- 34 bệnh nhân bị đứt hoàn toàn, gần hoàn toàn, vị trí 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay đã được phẫu thuật tại bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh. Trong đó có 31 bệnh nhân nam, chiếm 91,2% và 3 bệnh nhân nữ, chiếm 8,8%.

- Tuổi nhỏ nhất là 7 tuổi, tuổi lớn nhất là 46 tuổi. Tuổi bị tai nạn nhiều nhất từ 15 đến 30 tuổi, 23 người (chiếm 67,65%).

3.2 Phân loại tổn thương và nguyên nhân

Bảng 1: Phân loại tổn thương và nguyên nhân

				Loại tổn thương			
				Đứt hoàn toàn		Đứt gần hoàn toàn	
				23 (67,65%)		11 (32,35%)	
				Vị trí tổn thương		Vị trí tổn thương	
				1/3 dưới cẳng tay	Cổ tay	1/3 dưới cẳng tay	Cổ tay
				7 (20,59%)	16 (47,06%)	7 (20,59%)	4 (11,76%)
Tay tổn thương	Tay trái	Nguyên nhân	Máy cưa	2	1	1	1
			Máy dập	0	0	0	0
			Sắc gọn	1	3	2	2
			Khác	0	1	2	0
	Tay phải	Nguyên nhân	Máy cưa	2	3	0	0
			Máy dập	0	0	2	0
			Sắc gọn	1	6	0	1
			Khác	1	2	0	0

3.3 Các phương pháp điều trị

Bảng 2: Các phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Số bệnh nhân	%
Kết hợp xương (KHX)		
Hai nẹp	3	8.8
Một nẹp và đinh	4	11.8
Không KHX (khâu dây chằng)	4	11.8
Đinh	23	67.6
Mạch máu được khâu nối		
Động mạch		
Động mạch quay, trụ	30	88.2
Động mạch quay	2	5.9
Ghép 2 động mạch quay	2	5.9
Tĩnh mạch		
2 tĩnh mạch	4	11.8
3 tĩnh mạch	9	26.5
4 tĩnh mạch	14	41.2
5 tĩnh mạch	2	5.9
0 tĩnh mạch (đứt gần hoàn toàn)	5	14.7
Khâu gân		
Gân thì đầu	30	88.2
Gân thì 2(gân duôi)	4	11.8
Khâu thần kinh		
Thần kinh giữa, trụ	22	64.7
Thần kinh giữa	4	11.8
Thần kinh trụ	3	8.8
Khâu thần kinh thì hai	5	14.7
Khâu da vết thương		
Khâu da kín	18	52.9
Để hở một phần	16	47.1

Nhận xét:

- Phương pháp KHX: Kết hợp bằng đinh là chủ yếu, 23 bệnh nhân, chiếm 67,6%.

- Mạch máu được khâu nối: Ở động mạch, đa số bệnh nhân nối động mạch quay và động mạch trụ, 30 bệnh nhân, chiếm 88,2%. Ở tĩnh mạch, trường hợp nối 3 tĩnh mạch có 9 bệnh nhân, chiếm 26,5% và trường hợp nối 4 tĩnh mạch có 14 bệnh nhân, chiếm 41,2%. Tuy nhiên trường hợp không nối tĩnh mạch có 5 bệnh nhân (5 bệnh nhân bị đứt gần hoàn toàn còn cầu da có chứa 2 tĩnh mạch lớn), chiếm 14,7%.

- Khâu gân: Khâu gân thì đầu là chủ yếu, 30 bệnh nhân, chiếm 88,2%. Khâu gân thì hai (khâu gân duỗi) có 4 bệnh nhân chiếm 11,8%.

- Khâu thần kinh: Khâu thần kinh giữa và thần kinh trụ chiếm đa số, 22 bệnh nhân, chiếm 64,7%. Bên cạnh đó, có 5 bệnh nhân cần khâu thần kinh thì hai, chiếm 14,7%.

- Khâu da vết thương: Có 18 bệnh nhân được khâu da kín, chiếm 52,9%. Trong khi đó, có 16 bệnh nhân được để hở một phần, chiếm 47,1%.

3.4 Theo dõi bệnh nhân

Bảng 3. Quá trình theo dõi bệnh nhân

	Số bệnh nhân	%
Thời gian theo dõi (Tháng)		
≤ 6	1	2,94
6 < x ≤ 12	17	50,00
12 < x ≤ 18	14	41,18
18 < x ≤ 24	1	2,94
24 < x ≤ 36	1	2,94

Trung bình = 12,8 tháng		
Lành vết thương		
Lành thì đầu	18	52,9
Ghép da	16	47,1
Lành xương		
Cấu trúc giải phẫu	25	73,5
Can xương lệch	7	20,6
Khác	2	5,9

Nhận xét:- Thời gian theo dõi: Thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 36 tháng.

-Lành vết thương: Lành thì đầu có 18 bệnh nhân, chiếm 52,9%. Ghép da có 16 bệnh nhân, chiếm 47,1%.

-Lành xương: Lành theo cấu trúc giải phẫu có 25 bệnh nhân, chiếm 73,5%. Can xương lệch có 7 bệnh nhân chiếm 20,6%. Ngoài ra, có 1 bệnh nhân bị cứng khớp vai, 1 bị mất vững cổ tay.

3.5 Tỷ lệ sống và phục hồi cảm giác chi được khâu nối

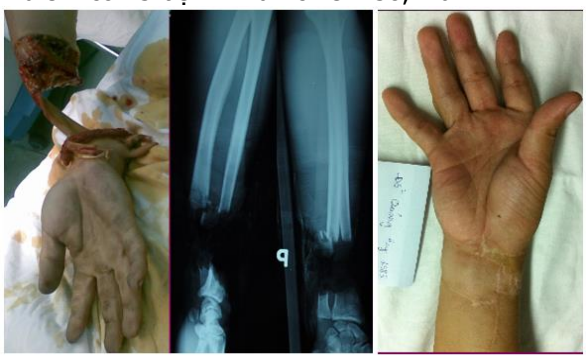
Bảng 4. Tỷ lệ sống của chi được khâu nối và phục hồi cảm giác

	Số bệnh nhân	**%**
Tỉ lệ sống của chi		
Sống hoàn toàn	33	97,06
Hoại tử 1 phần da	1	2,94
Cảm giác da: S3	14	41,2
S4	20	58,8
Cảm giác phân biệt 2 điểm		
<6	13	38,2
6-10	7	20,6
11-15	1	2,9
Không phân biệt	13	38,2

Nhận xét: - Tỉ lệ sống của chi: Sống hoàn toàn 33 bệnh nhân, chiếm 97,1%. Hoại tử một phần da 1 bệnh nhân, chiếm 2,9%.

-Cảm giác da: S3 có 14 bệnh nhân, chiếm 41,2%; S4 có 20 bệnh nhân, chiếm 58,8%.

-Cảm giác phân biệt hai điểm: Dưới 6mm có 13 bệnh nhân, chiếm 38,2%. Từ 6mm-10mm có 10 bệnh nhân chiếm 20,6%. Từ 11mm-15mm có 1 bệnh nhân chiếm 2,9%. Không phân biệt được 2 điểm có 13 bệnh nhân chiếm 38,2%.



Hình 1: *Bệnh nhân nam, sinh năm 1988 là công nhân. SHS: 298VP/2009. Bị đứt gần hoàn toàn 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay, được điều trị bằng kỹ thuật khâu nối vi phẫu. Thời gian bị tai nạn 20giờ, ngày 27/02/2009 do máy chưa gỗ. Đứt hoàn toàn 1/3 dưới cẳng tay phải. Thời gian thiếu máu lạnh là 3giờ 50 phút. Thời gian phẫu thuật là 3giờ 55 phút. KHX bằng nẹp ốc xương quay, đinh nội tủy xương trụ. Khâu nối động mạch trụ, quay. Khâu nối 4 tĩnh mạch. Khâu gân thì 2. Khâu thần kinh trụ, giữa thì đầu.*

IV. BÀN LUẬN

- Ứng dụng kỹ thuật vi phẫu hỗ trợ phẫu thuật điều trị khâu nối mạch máu, thần kinh, đứt hoàn toàn, gần hoàn toàn ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay: Các nghiên cứu cơ bản về sự phân hủy của chi đứt hoàn toàn đã được công bố. Đối với vùng chi có cấu trúc cơ bị hoại tử bắt đầu từ giờ thứ 6 với thời gian thiếu máu nóng ở nhiệt độ từ 20-25^{0}C, từ giờ thứ 12 với thời gian thiếu máu lạnh ở nhiệt độ 4^{0}C. Đối với vùng chi không có cấu trúc cơ, thời gian thiếu máu nóng 8 giờ, thời gian thiếu máu lạnh có thể hơn 30 giờ.

- *Tỷ lệ sống của chi:* Những bệnh nhân đến muộn sau 6 giờ và tổn thương bầm dập nhiều, các phẫu thuật viên áp dụng chỉ số M.E.S.S (Mangled Extremity Severity Score). Nếu chỉ số M.E.S.S từ 9 điểm trở lên, không thể khâu nối chi. Trong nghiên cứu này, qua 34 bệnh nhân được khâu nối chi, những bệnh nhân đến trước 6 giờ kể từ lúc bị tai nạn, thời gian thiếu máu nóng không quá 6 giờ. Bệnh nhân được chọn lựa trình tự các kỹ thuật, cắt lọc các mô dập nát, cắt ngắn xương, KHX hoặc lấy bỏ hàng xương cổ tay ở những bệnh nhân bị đứt ở cổ tay và khâu nối các gân gập, gân duỗi, gân dạng, thám sát cắt bao ngoài động mạch, bơm rửa lòng động mạch bằng dung dịch Heparin 5000 UI pha với 500ml NaCl 0,9%, dùng sonde Fogarty lấy máu đông trong lòng mạch của chi bị đứt hoàn toan ở phần xa. Khâu nối tĩnh mạch, động mạch, sau cùng khâu nối thần kinh. Mở kẹp động mạch. Với những bệnh nhân này, được áp dụng phẫu thuật theo trình tự như vậy bệnh nhân sẽ ít mất máu, có 10 bệnh nhân không phải truyền máu, có 7 bệnh nhân chỉ truyền 2 đơn vị hồng cầu lắng, 5 bệnh nhân truyền 3 đơn vị hồng cầu lắng, 8 bệnh nhân truyền 4 đơn vị hồng cầu lắng. Theo kết quả, 30 bệnh được khâu nối 2 động mạch gồm động mạch trụ và động mạch quay, 2 bệnh nhân có động mạch quay bị tổn thương không khâu nối được, chỉ khâu nối được 1 động mạch trụ duy nhất, 2 bệnh nhân không khâu nối động mạch trực tiếp, phải ghép động mạch. Trong

nghiên cứu này, 33 bệnh nhân có chi được khâu nối đều sống tốt, 1 bệnh nhân có chi được khâu nối bị hoại tử một phần da ở mặt lưng bàn tay, và được ghép da, da ghép sống, vết thương lành tốt, các ngón tay và bàn tay vẫn sống tốt, cho thấy kết quả áp dụng kỹ thuật vi phẫu khâu nối chi đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn đạt kết quả sống 100%. Như vậy, với kỹ thuật vi phẫu tinh vi và chính xác trợ giúp việc khâu nối chi đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn có kết quả chi được khâu sống 100%.

- Tại các nước phát triển, những bệnh viện lớn, đều có đội ngũ phẫu thuật viên khâu nối chi, gồm nhiều phẫu thuật viên hỗ trợ nhau trong lúc phẫu thuật. Nếu xây dựng được đội phẫu thuật viên khâu nối chi gồm nhiều phẫu thuật viên hỗ trợ nhau để hoàn thành phẫu thuật thật tốt và có chất lượng cao. Với việc áp dụng kỹ thuật vi phẫu, nếu thần kinh trụ giữa được khâu nối qua việc sử dụng kính hiển vi có độ phóng đại lớn khâu nối theo phương pháp bao ngoài - bao bó sợi và hổ trợ theo kỹ thuật bao bó, khả năng phục hồi thần kinh sẽ có kết quả cao hơn. Với sự hỗ trợ của việc tập vật lý trị liệu, tập vận động, sử dụng sóng siêu âm tách dính sẹo, tách dính gân, máy kích thích điện cơ duy trì các cơ nội tại ở bàn tay, các tấm bảng động của cơ không bị bất hoạt, tạo luồng kích thích để cho thần kinh mọc nhanh hơn.

V. KẾT LUẬN

- Áp dụng kỹ thuật vi phẫu, khâu nối chi đứt hoàn toàn và gần hoàn toàn ở vị trí 1/3 dưới cẳng tay và cổ tay cho kết quả thành công hoàn hảo.

- Khâu nối các gân, thần kinh ở thì đầu cho kết quả phục hồi sớm. Giảm được chi phí, giảm được một số lần giải phẫu.

- KHX vững chắc đúng quy ước cho kết quả lành xương theo cấu trúc giải phẫu.

- Việc để hở một phần da và ghép da thì hai cho kết quả lành vết thương tốt, hỗ trợ cho việc tránh chèn ép mạch máu khâu nối.

- Trên các bệnh nhân được lấy bỏ một hàng xương cổ tay cho thấy tầm vận động khớp về sau chấp nhận được, hỗ trợ cho việc khâu nối các cấu trúc động mạch, tĩnh mạch, thần kinh, gân cơ được thuận lợi.

- Các bệnh nhân bị dập đứt hoặc bị nhổ đứt một số gân cơ, qua các lần phẫu thuật, phục hồi chức năng đều cho kết quả bàn tay hữu dụng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Châu** (2004). "Kỹ thuật vi phẫu trong phẫu thuật bàn tay", trang 305-307.
2. **Jacobson J. H, Suarez E. L**. (1960). "Microsurgery in the anastomosis of small vessels". Sur. For, pp. 243.
3. **W.W. Shaw, D.A. Hidalgo** (1987). "Microsurgery in Trauma". New York, pp. 132-133.
4. **S.Terry Cananel & James** (2008). "Campbell's Operative Orthopedics". V.4, C.60, pp. 3713.
5. **Buncke H.J.** (1973). "Total ear reimplatation in the rabbit uilising micro miniature vascular anastomosis", Br. J. Plast Sur. C.26, pp. 194.
6. **Chang T.S.** (1986). "Techniques and Applications in Microsurgery". World Scientific, C.3,7,8,16.
7. **Kraemer B. A.** (1988). "Use of leeches in plastic and reconstructive surgery" J. Reconstructive Microsurgery. Vol 4. pp. 381-385.

LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ HBA1C VÀ CHỈ SỐ BMI ĐẾN BIẾN CHỨNG THẦN KINH NGOẠI VI DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUÝP 2 TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Văn Hướng*, Cao Thị Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá mối liên quan giữa chỉ số HBA1C và chỉ số khối lượng cơ thể (BMI) đến biến chứng thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân người cao tuổi đái tháo đường tuýp 2. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá mối liên quan giữa chỉ số HBA1C và chỉ số khối lượng cơ thể (BMI) đến biến chứng thần kinh ngoại biên trên 179 bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà nội. **Kết quả:** Kiểm soát HBA1C chưa tốt tổn thương thần kinh sợi nhỏ cao gấp 1,9 lần so với nhóm kiểm soát tốt HBA1C với p<0,05. Tổn thương mức độ nặng ở nhóm chưa kiểm soát tốt chỉ số HBA1C cao gấp 8,4 lần so với nhóm kiểm soát HBA1C tốt với p < 0,05. Tổn thương mức độ nặng ở nhóm thừa cân béo phì cao gấp 3,2 lần so với nhóm không thừa cân béo phì có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. **Kết luận**: Việc kiểm soát không tốt HBA1C sẽ dễ gây ra tổn thương sợi nhỏ và mức độ tổn thương thần kinh ngoại biên nặng hơn so với nhóm kiểm soát tốt HBA1C. Người thừa cân béo phì tổn thương thần kinh mức độ nặng hay gặp hơn so với nhóm chỉ số khối BMI bình thường.

Từ khóa: Biến chứng thần kinh ngoại biên, chỉ số HBA1C, chỉ số BMI

**Trường Đại học Y Hà nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hướng
Email: vanhuong73@hotmail.com
Ngày nhận bài: 23.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 20.5.2019
Ngày duyệt bài: 24.5.2019

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN HBA1C INDEX AND BODY MASS INDEX (BMI) TO PERIPHERAL NEUROLOGICAL COMPLICATIONS IN ELDERLY PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES IN

Objectives: Research to assess the relationship between HBA1C index and body mass index (BMI) to peripheral neurological complications in Elderly patients with type 2 diabetes. **Object and method**: Tissue study Cross-sectional descriptions to assess the relationship between HBA1C index and body mass index (BMI) to peripheral neurological complications in 179 type 2 diabetic patients at Hanoi Medical University Hospital. **Results**: Control of HBA1C is not good smallfiber nerve damage is 1.9 times higher than that of the control group HBA1C with p <0.05. Severe injury peripheral neurological complications in the uncontrolled group HBA1C index were 8.4 times higher than the control group with good HBA1C with p <0.05. Severe injury in the overweight group is 3.2 times higher than the non-overweight group with statistical significance with p< 0.05. **Conclusion**: Control of HBA1C is nót good likely to cause smallfiber injury and peripheral neuropathic tendency is more severe than the good HBA1C control group. Overweight people severe injury peripheral neurological complications with a higher than the normal BMI group.

Keywords: Peripheral neurological complications, HBA1C index, BMI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý hay gặp của rối loạn chuyển hóa đang có xu hướng tăng lên theo thời gian cũng như theo tuổi tác [1]. Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), tỉ lệ mắc ĐTĐ trên thế giới năm 2000: 157,3 triệu dân, dự đoán đến năm 2025: 300 triệu dân (chiếm 5% dân số), trong vòng 20 năm (2010-2030) tỷ lệ mắc ĐTĐ sẽ tăng 54% [4]. Và xu thế ở Việt nam cũng không nằm ngoài quy luật trên [2; 3]. Đây là bệnh lý gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm. Có những biến chứng ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng người bệnh như: bệnh lý mạch vành, bệnh lý tai biến mạch máu não [5]. Có những biến chứng âm thầm rồi nặng dần gây ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống người bệnh trong đó có biến chứng thần kinh ngoại biên. Biến chứng thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân đái tháo dường tuýp 2 là một biến chứng hay gặp và thường tiến triển âm thầm. Trong nghiên cứu của tác giả Thomson FJ (1993) cho thấy tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên trên 243 bệnh nhân mắc đái tháo đường tuýp 2 là trên 60%. Trong đó tác giả cho rằng biến chứng này cao hay thấp, mức độ nặng hay nhẹ còn phụ thuộc rất nhiều vào các chỉ số kèm theo trong bệnh nhân đái tháo đường như: chỉ số HBA1C, chỉ số BMI, tăng huyết áp đi kèm, tuổi, thời gian mắc bệnh [5]. Mặt khác khi chỉ số HBA1C được kiểm soát ở mức bình thường thì biến chứng thần kinh ngoại biên thường xuất hiện muộn và chủ yếu tổn thương sợi nhỏ [6]. Tác giả Martin CL (2006) cho thấy tổn thương thần kinh ngoại biên cao gấp 2,45 lần ở nhóm kiểm HBA1C chưa tốt so với nhóm bệnh nhân HBA1C tốt. Một nghiên cứu khác của tác giả Zhou L cho thấy thừa cân, béo phì liên quan tổn thương sợi nhỏ với OR=1,93, p=0,004. Trong khi đó, một số tác giả cho rằng có sự khác nhau về tính chất tổn thương thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 ở người báo phì và người có chỉ số BMI bình thường. Trên cơ sở đó chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *"Đánh giá mối liên quan giữa chỉ số HBA1C và chỉ số khối lượng cơ thể BMI đến biến chứng thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 179 bệnh nhân ĐTĐ tuổi từ 60 trở lên khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 02 năm 2017 đến tháng 09 năm 2018

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn WHO 2006 [4]. Chẩn đoán ĐTĐ khi có một trong các tiêu chuẩn sau: Glucose máu lúc đói (nhịn ăn sau 8h) ≥7,0mmol/l (126mg/dl), ít nhất 2 lần. Glucose máu bất kỳ ≥11,1(200mg/dl) mmol/l kèm theo các triệu chứng của tăng glucose máu (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy sút). Hoặc Glucose máu 2h sau khi nghiệm pháp tăng đường huyết ≥11,1 mmol/l.
- Chẩn đoán bệnh thần kinh ngoại biên do ĐTĐ theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thần kinh ngoại biên do ĐTĐ của Hiệp hội thần kinh Anh năm 2001 và kết quả điện sinh lý [6].

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Suy thận. Bệnh lý cấp tính: Sốt cao, các nguyên nhân cấp tính khác như suy hô hấp, suy tim, suy gan nặng… Dùng thuốc gây tổn thương thần kinh ngoại biên: TNH, Vincristin, Metronidazol. Các bệnh lý ác tính kèm theo: Ung thư, bệnh máu, nhiễm khuẩn… Những bệnh nhân không đồng ý phối hợp để tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu. Lấy mẫu thuận tiện.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Chẩn đoán biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân cao tuổi ĐTĐ type 2 dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng thần kinh ngoại biên theo Hội đồng Anh có độ tin cậy là 0,64, độ nhạy 79% và độ đặc hiệu 78% [6].

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng thần kinh ngoại biên theo Hội Đồng Vương Quốc Anh

Phần 1: Hỏi bệnh triệu chứng cơ năng		
Cảm nhận, cảm giác thế nào	Nóng rát, tê bì, kim châm	☐ 2 điểm
	Đau nhức, mỏi, co rút	☐ 1 điểm
Triệu chứng ở đâu	Ở bàn chân	☐ 2 điểm
	Bắp chân	☐ 1 điểm
	Các nơi khác	☐ 0 điểm
Triệu chứng có đánh thức bệnh nhân về đêm không	Có	☐ 1 điểm
	Không	☐ 0 điểm
Thời điểm có triệu chứng đau	Nặng hơn về đêm	☐ 2 điểm
	Cả ngày lẫn đêm	☐ 1 điểm
	Chỉ ban ngày	☐ 0 điểm
Triệu chứng giảm khi nào	Lúc đi lại	☐ 2 điểm
	Lúc đứng	☐ 1 điểm
	Lúc ngồi hay lúc nghỉ ngơi	☐ 0 điểm
Tổng điểm: Bình thường(0-2)☐; Nhẹ(3-4)☐; Trung bình(5-6)☐; Nặng(7-9)☐		

Phần 2: Khám lâm sang				
Tổn thương	**Bên phải**		**Bên trái**	
1. Phản xạ gân Achille	Có ☐ 1 điểm	Mất ☐ 2điểm	Có ☐ 1 điểm	Mất ☐ 2 điểm
2. Cảm giác rung	Bình thường ☐ 0 điểm	Mất/giảm ☐ 1 điểm	Bình thường ☐ 0 điểm	Mất/giảm ☐ 1 điểm
3. Cảm giác về nhiệt	Bình thường ☐ 0 điểm	Mất/giảm ☐ 1 điểm	Bình thường ☐ 0 điểm	Mất/giảm ☐ 1 điểm
4. Khám bằng Monofilament	Bình thường ☐ 0 điểm	Mất/giảm ☐ 1 điểm	Bình thường ☐ 0 điểm	Mất/giảm ☐ 1 điểm
Tổng điểm: Bình thường(0-2)☐; Nhẹ(3-5)☐; Trung bình(6-8)☐; Nặng(9-10)☐				

- Phân loại tổn thương thần kinh ngoại biên dựa trên triệu chứng cơ năng và thực thể [6]

Bảng 2.2. Phân loại biến chứng thần kinh ngoạ ibiên

Đặc điểm	**Hội chứng sợi lớn**	**Hội chứng sợi nhỏ**
Triệu chứng cơ năng	Tê, cóng, ngứa	Đau rát bỏng, kim châm … kiểu găng vớ, đối xứng, nặng về đêm.
Triệu chứng thực thể	Giảm/ mất cảm giác vị trí, ngón. Giảm/ mất cảm giác rung. Giảm/ mất phản xạ gân xương. Teo cơ, Liệt vận động ngọn/ gốc chi.	Rối loạn cảm giác đau. Giảm/ mất cảm giác nhiệt, phân biệt nhọn tù. Cảm giác rung âm thoa bình thường. Phản xạ gân xương bình thường.

Chỉ số khối cơ thể (BMI): Tính theo công thức

$$\text{Chỉ số khối cơ thể} = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{[\text{Chiều cao (m)}]^2}$$

Phân loại mức độ BMI theo khuyến cáo WHO đề nghị cho khu vực Châu Á - Thái Bình Dương năm 2000: Gầy<18,5 kg/m^2; Trung bình 18,5 ≤BMI ≤22,9 kg/m^2; Thừa cân và béo phì ≥23kg/m^2[4].

- Kiểm soát đường huyết tốt theo khi đường huyết đói ≤7,2 mmol/l và HbA1C<7%.

- Kiểm soát đường huyết chưa tốt khi đường huyết đói>7,2 mmol/l và HbA1C≥7% [4].

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được nhập thông tin vào máy tính, sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 15.0

Đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài đã được thông quan hội đồng khoa học tại Trường Đại học Y Hà nội. Tất cả các đối tượng nghiên cứu được giải thích cụ thể về mục tiêu nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia. Đảm bảo tính bí mật thông tin nghiên cứu Nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người cao tuổi, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mối liên quan chỉ số HbA1C đến biến chứng thần kinh ngoại vi

Bảng 3.1 Liên quan HbA1C và tổn thương sợi nhỏ

Chỉ số HbA1C	Tổn thương sợi nhỏ					
	Không		Có		OR	p
	n	%	n	%		
Tốt (%)	40	51,3	38	48,7	1,9 (1,04-3,47)	0,026
Chưa tốt (%)	36	35,6	65	64,4		
Tổng	**76**	**100**	**103**	**100**		

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân kiểm soát đường huyết chưa tốt có tỷ lệ tổn thương sợi nhỏ cao gấp 1,9 lần nhóm kiểm soát đường huyết tốt với p<0,05 (95%CI=1,04-3,47)

Bảng 3.2. Liên quan HbA1C và tổn thương sợi lớn

Chỉ số HbA1C	Tổn thương thần kinh ngoại vi sợi lớn				
	Không		Có		p
	n	%	n	%	
Tốt (%)	8	10,3	70	89,7	0,311
Chưa Tốt (%)	14	13,9	87	86,1	
Tổng	**22**	**12,3**	**157**	**87,7**	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát đường huyết chưa tốt có tổn thương sợi lớn là 86,1% thấp hơn nhóm kiểm soát đường huyết tốt là 89,7%. Không có mối liên quan giữa việc kiểm soát đường huyết và tổn thương sợi lớn với p>0,05.

Bảng 3.3 Liên quan HbA1C mức độ tổn thương thần kinh ngoại biên

Nhóm	Nhẹ		Trung bình		Nặng	
	n	%	n	%	n	%
HBA1C kiểm soát tốt	58	85,2	34	33,7	1	10,0
HBA1C kiểm soát chưa tốt	10	14,8	67	66,3	9	90,0
Tổng	68	100	101	100	10	100

Nhận xét: Tổn thương mức độ nặng ở nhóm chưa kiểm soát tốt chỉ số HBA1C cao gấp 8,4 lần so với nhóm kiểm soát đường huyết tốt với p = 0,0021 (OR 8,42 95%CI: 3,89 - 11,35). Tổn thương mức độ trung bình ở nhóm chưa kiểm soát tốt chỉ số HBA1C cao gấp 3,5 lần so với nhóm kiểm soát tốt HBA1C với p = 0,028 (OR 3,51 95%CI: 0,97 - 7,64)

3.2. Mối liên quan chỉ số BMI đến tổn thương thần kinh ngoại vi

Bảng 3.4 Liên quan BMI và tổn thương sợi nhỏ

Phân loại BMI	Tổn thương thần kinh ngoại vi sợi nhỏ				
	Không		Có		p
	n	%	n	%	
Không thừa cân	34	66,8	49	43,2	0,894
Thừa cân, béo phì	42	43,2	54	56,8	
Tổng	**76**	**100**	**103**	**100**	

Nhận xét: Trong số có tổn thương sợi nhỏ nhóm thừa cân béo phì chiếm 56,8%, nhóm có BMI trung bình chiếm 59%, và nhóm BMI gầy chiếm 50%. Vấn đề thừa cân và béo phì không ảnh hưởng đến tổn thương sợi nhỏ với p>0,05.

Bảng 3.5. Liên quan BMI và tổn thương sợi lớn

Phân loại BMI	Tổn thương thần kinh ngoại vi sợi lớn				
	Không		Có		p
	n	%	N	%	
Không thừa cân, béo phì	10	12,8	74	87,2	0,647
Thừa cân, béo phì	12	12,6	83	87,4	
Tổng	**22**	**12,3**	**157**	**87,7**	

Nhận xét: Trong nhóm có tổn thương sợi lớn nhóm có BMI gầy chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, nhóm có BMI thừa cân béo phì chiếm 87,4%, nhóm trung bình chiếm 87,2%. Vấn đề BMI không ảnh hưởng đến tổn thương sợi lớn với p>0,05.

Bảng 3.6 Liên quan giữa chỉ số khối BMI đến mức độ tổn thương thần kinh ngoại biên

Phân loại BMI	Nhẹ		Trung bình		Nặng	
	n	%	n	%	n	%
Không thừa cân béo phì	31	45,6	45	44,6	2	20
Thừa cân, béo phì	34	54,4	56	55,4	8	80
Tổng	**68**	**100**	**101**	**100**	**10**	**100**

Nhận xét: Tổn thương mức độ nặng ở nhóm thừa cân béo phì cao gấp 3,2 lần so với nhóm không thừa cân báo phì có ý nghĩa thống kê vơi p = 0,018 (OR 3,2 95%CI: 0,92 - 6,53). Tuy nhiên ở nhóm tổn thương trung bình và nhẹ thì không có sự khác biệt cớ ý nghĩa thống kê với p >0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc kiểm soát đường huyết chưa tốt biểu hiện bằng HBA1C cao dẫn đến tổn thương sợi nhỏ cao gấp 1,9 lần nhóm kiểm soát đường huyết tốt với p<0,05 (95%CI=1,04-3,47). Không thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa việc kiểm soát đến tổn thương sợi lớn và sợi hỗn hợp. Lương Thanh Điền (2011) [1] cho rằng khi việc kiểm soát HBA1C không tốt (HBA1C > 7%) thì nguy cơ tổn thương sợi nhỏ cao gấp 3,7 lần so với nhóm kiểm soát được chỉ số HBA1C <7%. Tác giả cũng cho thấy tổn thương sợi lớn nguy cơ cao gấp 2,4 lần ở nhóm không kiểm soát tốt chỉ số HBA1C. Thomson FJ và cộng sự (1993) [5] nghiên cứu trên nhóm biến chứng thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân ĐTĐ2 ở người cao tuổi cho thấy ở nhóm không kiểm soát tốt chỉ số HBA1C thì nguy cơ tổn thương sợi lớn hay sợi nhỏ đều cao gấp 4,9 lần so với nhóm kiểm soát tốt chỉ số HBA1C. Trong nghiên cứu này tác giả còn nhận thấy tổn thương thần kinh ngoại biên mức độ nặng càng tăng cao ở những bệnh nhân có chỉ số HBA1C tăng. Đặc biệt là tổn thương mức độ nặng về thần kinh ngoại biên khi chỉ số HBA1C > 9 trong thời gian dài [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi biến chứng thần kinh ngoại vi ở mức độ nặng là chủ yếu trong nhóm HbA1C ≥ 9% (p<0,05) Tổn thương mức độ nặng ở nhóm chưa kiểm soát tốt chỉ số HBA1C cao gắp 8,4 lần so với nhóm kiểm soát đường huyết tốt với p < 0,05. Tổn thương mức độ trung bình ở nhóm chưa kiểm soát tốt chỉ số HBA1C cao gấp 3,5 lần so với nhóm kiểm soát tốt HBA1C với p < 0,05. Kết quả của chúng tôi cũng giống nhận định của nhiều tác giả trong và ngoài nước khác [3;7]. Nhiều nghiên cứu xác định ảnh hưởng của kiểm soát đường huyết chặt chẽ tới việc tăng các biến chứng liên quan tới bệnh nhân ĐTĐ type2 cho thấy kiểm soát đường huyết và chỉ số HBA1C tốt giúp làm giảm 60÷69% nguy cơ có biến chứng thần kinh trong 6,5 năm [5;8]. Tuy nhiên, những lợi ích liên quan đến việc giảm biến chứng thần kinh cũng như các biến chứng khác ở nhóm kiểm soát tốt chỉ số này vẫn tiếp tục được hưởng lợi 8 năm sau [7]. Kết quả từ nghiên cứu Simmons Z, Feldman E.L(2002) cho thấy, tăng mỗi 1% HbA1C làm chậm tốc độ dẫn truyền thần kinh lên 1,3m/s trong 8 năm [8]. Những nghiên cứu gần đây về ảnh hưởng thay đổi lối sống (bao gồm chế độ ăn và tập thể dục) trên những bệnh nhân rối loạn dung nạp glucose có triệu chứng đau do thần kinh cho thấy kiểm soát đường huyết và chỉ số HBA1C chặt chẽ có thể cải thiện triệu chứng thần kinh. Đánh giá về mối liên quan giữa chỉ số lượng cơ thể trong nghiên cứu chúng tôi không thấy mối liên quan BMI đến tổn thương sợi nhỏ, sợi lớn và sợi hỗn hợp. Kết quả này phù hợp nghiên cứu Nguyễn Thanh Hương cho thấy không có sự khác biệt giữa nhóm có biến chứng thần kinh ngoại và tình trạng thừa cân. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy việc thừa cân béo phì nguy cơ tổn thương thần kinh ngoại vi nặng hơn so với nhóm bệnh nhân không thừa cân béo phì [1;3;6]. nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nhóm thừa cân béo phì tổn thương thần kinh ngoại vi mức độ nặng cao gấp 3,2 lần so với nhóm không thừa cân.

V. KẾT LUẬN

Việc chỉ số HBA1C không được kiểm soát tốt gây tổn thương thần kinh sợi nhỏ gấp 1,9 lần và tổn thương mức độ nặng cao gấp 8,4 lần so với nhóm kiểm soát tốt HBA1C. Người thừa cân béo phì có nguy cơ tổn thương thần kinh mức độ nặng cao gấp 3,2 lần so với nhóm chỉ số khối BMI bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Thanh Điền (2011),** "Đặc điểm lâm sàng bệnh lý thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân ĐTĐ type 2 tại bệnh viện đa khoa Cần Thơ". Tạp chí y học thực hành (372) - số 3/2007
2. **Nguyễn Thanh Hương (2009),** "Bước đầu đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của bộ công cụ đo lường chất lượng cuộc sống người cao tuổi ở Việt Nam". Tạp chí y học thực hành (675) - số 9/2009.
3. **Nguyễn quốc Anh (2012),** " Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại BVBM". Tạp chí y học Việt nam (213) - số 2 /2011.
4. **Word Helth organization.** Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. Report of a WHO/IDF consultation 2006;1-4
5. **Thomson FJ; Masson E.A. Bouton A.J (1993),** "the clinical diagnosis of sensory neuropathy in elderly people Diabet- Med", 1/1993,10(9), p.843-846.
6. **Boulton AJM, Gries FA, Jervell JA (1998**), "Guide-lines for the diagnosis and outpatient management diabetic peripheral neuropathy". Diabet Med15:508 –514
7. **Martin CL, Albers J, herman WH(2006),** "Neuropathy among the diabetes control and complications trial cohort 8 years after trial completion". Diabetes care 29(2).p34
8. **Solomon Tesfaye MD, FRCP (2007),** "Clinical management diabetic neuropathy. Chapt 14: Clinical fearture of diabetic polyneuropathy". Humana press.

CÁC KHÁNG THỂ KẾT HỢP TRONG VIÊM CƠ TỰ MIỄN: KHÁNG THỂ KHÁNG KU VÀ KHÁNG THỂ KHÁNG PM/SCL

Nguyễn Thị Phương Thủy[1], Nguyễn Ngọc Lan[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân viêm cơ tự miễn có kháng thể kháng Ku và kháng thể kháng PM/Scl. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, gồm 20 bệnh nhân được chẩn đoán viêm đa cơ hoặc viêm da cơ theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bohan và Peter năm 1975, trong đó 10 bệnh nhân có kháng thể kháng Ku và 10 bệnh nhân có kháng thể kháng PM/Scl. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ 4/2011 đến 1/2014. **Kết quả và kết luận:** Ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng Ku, những triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất gồm đau khớp- viêm khớp và khó nuốt. Các bệnh nhân chủ yếu có viêm cơ mức độ nhẹ (60%) và không có bệnh nhân viêm cơ mức độ nặng, trong đó tăng men CK trong huyết thanh chỉ gặp ở 70% các bệnh nhân. Viêm phổi kẽ ít gặp ở những bệnh nhân này. Ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng PM/Scl, chủ yếu viêm cơ mức độ trung bình và nặng (80%), trong đó 100% các bệnh nhân có tăng men CK trong huyết thanh và nồng độ men CK trung bình là 8183,3 ± 12054,1 UI/l. Những bệnh nhân viêm da cơ có kháng thể kháng PM/Scl thường có các tổn thương da điển hình như ban đỏ tím quanh hốc mắt, ban đỏ ở da và ban Gotton. Viêm phổi kẽ hay gặp ở các bệnh nhân này (40%). Khi đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo MDAAT, tổn thương của các cơ quan khác ngoài cơ của cả hai nhóm bệnh nhân thường ở mức độ nhẹ.

Từ khóa: Viêm cơ tự miễn, kháng thể kháng Ku, kháng thể kháng PM/Scl, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

MYOSITIS ASSOCIATED AUTOANTIBODIES: AUTOANTIBODIES TO KU AND PM/SCL

Objectives: 1. To examine the clinical manifestations and laboratory findings of patients with idiopathic inflammatory myopathy having anti-Ku and PM/Scl autoantibodies. **Subjects and methods**: A prospective study, consisting of 20 patients diagnosed with polymyositis or dermatomyositis according to Bohan and Peter's criteria in 1975, of which 10 patients with anti-Ku autoantibodies and 10 patients with autoantibodies against PM/Scl. The study was conducted at Rheumatology Department, Bach Mai Hospital from April 2011 to January 2014. **Results**: In patients with anti-Ku autoantibodies, the most common clinical symptoms included arthralgia - arthritis and difficulty swallowing. The patients mainly had mild myositis (60%) and there were no patients with severe myositis, in which the serum CK enzyme increased only in 70% of patients. Interstitial lung disease was less common in these patients. In patients with autoantibodies againsted PM/Scl, mainly had moderate and severe myositis (80%), of which 100% of patients having elevated CK level and average CK concentration was 8183.3 ± 12054.1 UI/l. Patients with dermatomyositis having anti-PM/Scl autoantibodies often had typical skin lesions such as heliotrope rash, erythema in the skin and Gotton papules. Interstitial lung disease was common in these patients (40%). When assessing the disease activity according to MDAAT, other non-muscle organs of both groups were often mild.

Keywords: idiopathic inflammatory myopathy, anti-Ku autoantibodies, anti-PM/Scl autoantibodies, clinical manifestations, laboratory findings.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong viêm cơ tự miễn, các kháng thể của bệnh được chia thành hai nhóm chính gồm các kháng thể đặc hiệu với bệnh và các kháng thể kết hợp với bệnh (MAAs- myositis associated autoantibodies). Nhóm kháng thể kết hợp gồm những kháng thể không đặc hiệu với bệnh viêm cơ tự miễn vì có thể gặp trong các bệnh tự miễn khác như: kháng thể kháng PM/Scl, Ku, Ro60/SSA, La/SSB và Ro52. Kháng thể kháng PM/Scl thường gặp ở các bệnh nhân có hội chứng hỗn hợp gồm viêm đa cơ hoặc viêm da cơ kết hợp với xơ cứng bì. Kháng thể kháng PM/Scl là dấu ấn huyết thanh đặc biệt của bệnh nhân xơ cứng bì, viêm đa cơ, viêm da cơ và đặc biệt là hội chứng hỗn hợp gồm xơ cứng bì- viêm đa cơ. Sự phát hiện kháng thể kháng PM-Scl kết hợp với kháng thể kháng Mi-2 hoặc kết hợp với kháng thể kháng synthetase sẽ giúp các bác sỹ lâm sàng chẩn đoán chính xác hội chứng hỗn hợp xơ cứng bì- viêm đa cơ. Kháng thể kháng Ku được tìm thấy đầu tiên ở những bệnh nhân có hội chứng hỗn hợp gồm viêm đa cơ kết hợp với xơ cứng bì vào năm 1981[1]. Sau đó, kháng thể này cũng được tìm thấy có trong những bệnh lý khớp tự miễn khác. Theo kết quả của một số nghiên cứu, kháng thể kháng Ku gặp ở khoảng 55% bệnh nhân có hội chứng hỗn hợp xơ cứng bì- viêm đa cơ. Sự xuất hiện của các tự kháng thể trong huyết thanh là một trong những tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán các bệnh tự miễn. Đặc biệt, trong viêm cơ tự miễn, có rất nhiều tự kháng thể được tìm thấy trong huyết thanh của bệnh nhân. Viêm cơ tự miễn gồm một nhóm bệnh có biểu hiện triệu chứng lâm sàng không

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy
Email: phuongthuybm@yahoo.com
Ngày nhận bài: 20.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 20.5.2019
Ngày duyệt bài: 27.5.2019

đồng nhất nên việc xác định các kháng thể đặc hiệu với bệnh rất quan trọng trong tiên lượng bệnh nhân, xác định các biểu hiện lâm sàng đặc trưng với từng kháng thể cũng như làm rõ hơn cơ chế bệnh sinh của bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân viêm cơ tự miễn có kháng thể kháng Ku và kháng thể kháng PM/Scl.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 20 bệnh nhân được chẩn đoán viêm đa cơ hoặc viêm da cơ theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bohan và Peter năm 1975, trong đó 10 bệnh nhân có kháng thể kháng Ku và 10 bệnh nhân có kháng thể kháng PM/Scl. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ 4/2011 đến 1/2014.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được phỏng vấn, khám lâm sàng, làm xét nghiệm và làm các phương pháp thăm dò cần thiết để phát hiện tổn thương ở các cơ quan trong cơ thể. Các chỉ tiêu nghiên cứu được tiến hành thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.
- Xét nghiệm tìm kháng thể kháng Ku và kháng thể kháng PM/Scl trong huyết thanh của bệnh nhân bằng phương pháp immunoblot assay được thực hiện tại Trung tâm miễn dịch, Viện Karolinska, Thụy Điển.
- Mức độ hoạt động của bệnh viêm cơ tự miễn được đánh giá bằng chỉ số MDAAT 2005 (Myositis disease activity assessment tool). Cơ lực và trương lực cơ được đánh giá bằng test MMT8 (Manual Muscle Testing), theo thang điểm từ 0 đến 10.
- *Xử lý số liệu:* bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng PM/Scl gồm 8 bệnh nhân viêm đa cơ và 2 bệnh nhân viêm da cơ, tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam = 2,3/1 và tuổi trung bình là 38 ± 18,7 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là 17,5 ± 26 tháng.
- Nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng Ku có tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam = 9/1, tuổi trung bình là 35,2 ± 12,1 tuổi, thời gian mắc bệnh trung bình là 29,1 ± 26,7 tháng, gồm 8 bệnh nhân viêm đa cơ và 2 bệnh nhân viêm da cơ.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tiên lượng của nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng Ku và kháng thể kháng PM/Scl

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Lâm sàng	KT kháng Ku (n = 10)	KT kháng PM/Scl (n = 10)
	n (%)	n (%)
Ban đỏ tím quanh hốc mắt	2 (100)	2 (100)
Ban Gottron	0 (0)	1 (50)
Ban đỏ ở da	2 (100)	2 (100)
Khó nuốt	4 (40)	3 (30)
Đau khớp	5 (50)	2 (20)
Viêm khớp	4 (40)	2 (20)
Hội chứng Raynaud	3 (30)	1 (10)
Viêm cơ nhẹ	6 (60)	2 (20)
Viêm cơ trung bình	4 (40)	4 (40)
Viêm cơ nặng	0 (0)	4 (40)
Viêm phổi kẽ	2 (20)	4 (40)

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng Ku, những triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất gồm đau khớp- viêm khớp và khó nuốt. Các bệnh nhân chủ yếu viêm cơ mức độ nhẹ (60%) và không có bệnh nhân viêm cơ mức độ nặng. Viêm phổi kẽ ít gặp ở những bệnh nhân này.

Ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng PM/Scl, chủ yếu viêm cơ mức độ trung bình và nặng (80%). Những bệnh nhân viêm da cơ có kháng thể kháng PM/Scl thường có các tổn thương da điển hình như ban đỏ tím quanh hốc mắt, ban đỏ ở da và ban Gotton. Viêm phổi kẽ hay gặp ở các bệnh nhân này (40%).

Bảng 3.2. Đặc điểm mức độ hoạt động bệnh của nhóm BN nghiên cứu

Hoạt động bệnh	KT kháng Ku (n = 10)	KT kháng PM/Scl (n = 10)
VAS da	1,7 ± 2,36	1,9 ± 3,4
VAS cơ	4,1 ± 2,33	6,5 ± 2,8
VAS khớp	1,6 ± 2,99	0,9 ± 2,03
VAS phổi	1,2 ± 1,69	3,4 ± 3,8

Nhận xét: Khi đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo MDAAT, cả hai nhóm bệnh nhân chủ yếu có tổn thương cơ mức độ trung bình và nặng, tổn thương của các cơ quan khác ngoài cơ thường ở mức độ nhẹ.

Bảng 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Cận lâm sàng	KT kháng Ku (n = 10)	KT kháng PM/Scl (n = 10)
	n (%)	n (%)
Hemoglobin giảm	4 (40)	4 (40)

Tốc độ máu lắng tăng	5 (50)	4 (40)
Protein C phản ứng tăng	3 (30)	5 (50)
CK tăng	7 (70)	10 (100)
CK (UI/L) (X ± SD)	3212,6 ± 4336,9	8183,3 ± 12054,1

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng Ku, chỉ 70% các bệnh nhân có tăng men CK trong huyết thanh. Ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng PM/Scl, 100% các bệnh nhân có tăng men CK trong huyết thanh và nồng độ men CK trung bình là 8183,3 ± 12054,1 UI/l.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả của nhiều nghiên cứu, trong nhóm kháng thể kháng PM/Scl, các kháng thể kháng PM/Scl 75 và kháng PM/Scl 100 hay gặp nhất, có ở khoảng 24% bệnh nhân có hội chứng hỗn hợp (gồm viêm cơ tự miễn kết hợp với xơ cứng bì), trong khi, chỉ 2% bệnh nhân xơ cứng bì và 6% bệnh nhân viêm đa cơ và viêm da cơ có kháng thể này [2]. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, kháng thể kháng PM/Scl gặp ở những bệnh nhân viêm đa cơ nhiều hơn viêm da cơ. Tự kháng nguyên PM/Scl là những phức hợp đại phân tử ở nhân tế bào, gồm 11- 16 polypeptide khác nhau, có trọng lượng phân tử từ 20- 110kDa. Đây là những protein của người tương đồng với các protein exoribonuclease của nấm men. Trong đó, có nhiều protein là mục tiêu của đáp ứng miễn dịch chống lại tế bào lympho B. Trong một nghiên cứu của Raijmakers R, kháng thể kháng PM/Scl 75 không gặp ở bệnh nhân viêm đa cơ và có ở 2% bệnh nhân viêm da cơ, còn kháng thể kháng PM/Scl 100 gặp ở khoảng 2% với mỗi nhóm bệnh nhân viêm đa cơ và viêm da cơ [3]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, kháng thể kháng PM/Scl có liên quan chặt chẽ với: hội chứng Raynaud, viêm khớp, viêm cơ tự miễn, viêm phổi kẽ và khó nuốt. Tuy nhiên, trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có kháng thể kháng PM/Scl, chúng tôi thấy các triệu chứng: viêm khớp- đau khớp, hội chứng Raynaud, khó nuốt và viêm phổi kẽ ít gặp. Những bệnh nhân viêm da cơ có kháng thể kháng PM/Scl thường có các tổn thương da điển hình như ban đỏ tím quanh hốc mắt, ban đỏ ở da và ban Gotton. Các bệnh nhân có kháng thể kháng PM/Scl thường đáp ứng với điều trị corticoid và có tiên lượng tốt [4]. Tất cả 10 bệnh nhân có kháng thể kháng PM/Scl đều có men CK trong huyết thanh tăng, trong đó mức độ viêm cơ tiến triển nặng với nồng độ CK trung bình là 8183,3 ± 12054,1 UI/l. Trong nghiên cứu, mặc dù những bệnh nhân có kháng thể kháng PM/Scl có tình trạng viêm cơ tiến triển nặng nhưng tổn thương các phủ tạng trong cơ thể ít gặp. Bệnh nhân thường có tiên lượng nhẹ và đáp ứng với điều trị corticoid.

Trong nghiên cứu, 10 bệnh nhân có kháng thể kháng Ku và gặp nhiều hơn ở bệnh nhân viêm đa cơ. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Lakota K, thấy kháng thể kháng Ku gặp nhiều nhất trong: viêm đa cơ và lupus ban đỏ hệ thống [1]. Tự kháng nguyên Ku là một heterodimer bao gồm 2 đơn vị: p70 và p80, có chủ yếu ở nhân tế bào, tuy nhiên, cũng có trong bào tương và bề mặt của tế bào. Ku là một protein gắn DNA, có vai trò quan trọng trong quá trình sửa chữa, sao chép của DNA, kiểm soát quá trình sao chép của gen và sự phát triển của não. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy các triệu chứng đau khớp- viêm khớp hay gặp ở bệnh nhân có kháng thể kháng Ku (chiếm tỷ lệ 50%) nhưng viêm phổi kẽ và hội chứng Raynaud ít gặp. Các bệnh nhân bị viêm cơ mức độ nhẹ và trung bình, không gặp bệnh nhân nào có viêm cơ tiến triển nặng. Những bệnh nhân có kháng thể kháng Ku, thường có tiên lượng tốt và đáp ứng với điều trị corticoid. Tuy nhiên, trong một số nghiên cứu, các bệnh nhân có kháng thể kháng Ku thường có viêm phổi kẽ, viêm cơ tự miễn, viêm khớp, hội chứng Raynaud và khô miệng [5].

V. KẾT LUẬN

- Ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng Ku, những triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất gồm đau khớp- viêm khớp và khó nuốt. Các bệnh nhân chủ yếu viêm cơ mức độ nhẹ (60%) và không có bệnh nhân viêm cơ mức độ nặng, trong đó tăng men CK trong huyết thanh chỉ gặp ở 70% các bệnh nhân. Viêm phổi kẽ ít gặp ở những bệnh nhân này.

- Ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng PM/Scl, chủ yếu viêm cơ mức độ trung bình và nặng (80%), trong đó 100% các bệnh nhân có tăng men CK trong huyết thanh và nồng độ men CK trung bình là 8183,3 ± 12054,1 UI/l. Những bệnh nhân viêm da cơ có kháng thể kháng PM/Scl thường có các tổn thương da điển hình như ban đỏ tím quanh hốc mắt, ban đỏ ở da và ban Gotton. Viêm phổi kẽ hay gặp ở các bệnh nhân này (40%).

- Khi đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo MDAAT, cả hai nhóm bệnh nhân có tổn thương của các cơ quan khác ngoài cơ thường ở mức độ nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lakota K, Thallinger GG, International cohort

study of 73 anti-Ku-positive patients: association of p70/p80 anti-Ku antibodies with joint/bone features and differentiation of disease populations by using principal-components analysis. Arthritis Res Ther, 2012. 14(1): p. R2.
2. **Vandergheynst F, Ocmant A,** Anti-pm/scl antibodies in connective tissue disease: Clinical and biological assessment of 14 patients. Clin Exp Rheumatol, 2006. 24(2): p. 129-33.
3. **Raijmakers R, Renz M,** PM-Scl-75 is the main autoantigen in patients with the polymyositis/scleroderma overlap syndrome. Arthritis Rheum, 2004. 50(2): p. 565-9.
4. **Hanke K, Bruckner CS,** Antibodies against PM/Scl-75 and PM/Scl-100 are independent markers for different subsets of systemic sclerosis patients. Arthritis Res Ther, 2009. 11(1): p. R22.
5. **Cruellas MG, Viana VS,** Myositis-specific and myositis-associated autoantibody profiles and their clinical associations in a large series of patients with polymyositis and dermatomyositis. Clinics (Sao Paulo), 2013. 68(7): p. 909-14.

QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH TẠI CÁC BỆNH VIỆN CỦA TỈNH ĐẮK LẮK THEO THÔNG TƯ 19/2013/TT-BYT

Nguyễn Đức Thành*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bộ Y tế đã hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại Thông tư số 19/2013/TT-BYT ban hành ngày 12/7/2013, có hiệu lực từ ngày 15/9/2013. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng triển khai và thuận lợi - khó khăn trong quản lý chất lượng của các bệnh viện của tỉnh Đắk Lắk theo thông tin 19/2013/TT-BYT. **Phương pháp:** Phỏng vấn sâu 25 (gồm lãnh đạo Sở y tế và 06 lãnh đạo phụ trách công tác quản lý chất lượng bệnh viện 24 bệnh viện. Nghiên cứu còn sử dụng số liệu thứ cấp từ toàn bộ các văn bản liên quan đến việc tổ chức, triển khai thực hiện Thông tư số 19/2013/TT-BYT và các báo cáo. **Kết quả:** Phỏng vấn lãnh đạo Sở y tế, phòng nghiệp vụ y và lãnh đạo các bệnh viện ghi nhận, thông tư 19/2013/TT-BYT là hết sức cần thiết, là thước đo chất lượng. Tất cả các bệnh viện đã xây dựng và ban hành mục tiêu chất lượng. Việc đánh giá thực hiện kế hoạch đạt 100% ở tư nhân, 33,3% ở công lập tuyến tỉnh, 73,3% ở công lập tuyến huyện. Thành lập phòng Quản lý chất lượng ở bệnh viện công lập tuyến tỉnh và tư nhân là 50%, công lập tuyến huyện 20%. **Kết luận:** Việc thành lập phòng Quản lý chất lượng ở các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Đắk Lắk còn chưa được thực hiện tốt trong bối cảnh chung thiếu hụt nhân sự y tế đặc biệt vùng sâu vùng xa.

Từ khoá: thông tư 19/2013/TT-BYT, tỉnh Đắk Lắk.

SUMMARY

HEALTHCARE QUALITY MANAGEMENT IN HOSPITALS OF DAK LAC PROVINCE APPLYING THE CIRCULAR 19/2013 /TT-BYT

Background: The Ministry of Health has guided the implementation of quality management of medical services at Circular No. 19/2013/TT-BYT issued on July 12, 2013, effective from September 15, 2013. Therefore, we conduct research on the status, advantages and disadvantages of implementing quality management of hospitals in Dak Lak province according to information 19/2013/TT-BYT. **Methods:** In-depth interviews (including Department of Health leaders and 06 leaders in charge of hospital quality management in 24 hospitals. The study also uses secondary data from all documents related to the organization and implementation of the Circular No. 19/2013/TT-BYT and reports. **Results:** The Department of Health, Department of Health and leaders of hospitals noted, Circular 19/2013/TT-BYT is very necessary, a measure of quality. All hospitals have developed and issued quality targets. The evaluation of the implementation of the plan reaches 100% in the private sector, 33.3% in the provincial level, 73.3% in the public sector in the district. Establishing the Quality Management Department in the public and private hospitals in the province is 50%, the district level public 20%. **Conclusion:** The establishment of the Quality Management Department in hospitals in Dak Lak province has not been well implemented in the general context of the shortage of medical personnel, especially in the remote areas. Therefore, in the future, it is necessary to have a policy to attract and maintain a sustainable health human resource for the province.

Keywords: circular 19/2013/TT-BYT, Đắk Lắk province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kết quả nghiên cứu của Health Grade năm 2003 ghi nhận, từ năm 2000 – 2002, trung bình mỗi năm có 195.000 NB tử vong do sai sót y tế có thể phòng ngừa được, số tử vong thậm chí gấp đôi so với số tử vong do sai sót y tế được tìm thấy trong nghiên cứu của IOM năm 1989.Chỉ tính riêng tác dụng không mong muốn của thuốc đã ghi nhận có 14,7% trong số 3.695 NB tham gia nghiên cứu có ít nhất 1 tác dụng phụ của thuốc, trong đó 50% là có thể phòng ngừa được [1]. Một nghiên cứu khác cho thấy biến chứng của thuốc làm tăng ngày điều trị (7,69 ngày so với 4,46 ngày khi không có biến chứng).

*Trường Đại học Y tế Công cộng
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thành
Email: ndt@huph.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 20.5.2019
Ngày duyệt bài: 27.5.2019

Chất lượng dịch vụ của ở Việt Nam chưa đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của người dân. Với thực trạng thiếu nguồn nhân lực, cơ sở vật chất nhiều nơi xuống cấp, trình độ chuyên môn chưa đồng bộ gây nên tình trạng quá tải ở tuyến cuối, đặc biệt là một số chuyên khoa như ung bướu, tim mạch, nội tiết, chấn thương chỉnh hình... Các tai biến, sai sót chưa báo cáo và được phân tích đầy đủ để có biện pháp khắc phục, phòng ngừa. Xu hướng lạm dụng thuốc và cận lâm sàng khó kiểm soát.

Trong giai đoạn chưa có hướng dẫn chi tiết về tiêu chuẩn QLCLBV từ Bộ Y tế, nhiều BV trên cả nước đã trong việc áp dụng các tiêu chuẩn quốc tế để QLBV, điển hình như BV Nhi đồng I, BV Nhi Nghệ An... áp dụng theo tiêu chuẩn TQM, BV Mắt Cao Thắng áp dụng theo tiêu chuẩn JCI [2] [3] [4].

Qua nghiên cứu áp dụng ISO ở Việt Nam của PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên và cộng sự thực hiện vào năm 2010, tỷ lệ điều trị khỏi bệnh đã tăng lên (93,5% ở BV áp dụng ISO so với 77,5% ở BV chưa áp dụng ISO), ngày điều trị trung bình giảm (5,4 – 6,4 ngày), công tác chẩn đoán bệnh đã được cải thiện, chỉ định xét nghiệm phù hợp, vấn đề lạm dụng thuốc đã được hạn chế, thời gian chờ đợi của khách hàng giảm rõ rệt và khách hàng hài lòng hơn khi tương tác với NVYT, đồng thời NVYT cũng hài lòng hơn khi làm việc.

Kết quả nghiên cứu năm 2011 của Dương Công Hoạt tại BV Nhi Nghệ An cũng ghi nhận những ưu điểm khi áp dụng ISO trong QLCLBV, với số lượng BN đến khám bệnh tăng 3 lần, NB nội trú tăng 2 lần, các sai sót chuyên môn, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ nhiễm trùng BV đều giảm [5].

Nhận biết được lợi ích của việc QLCLBV, BYT đã xác định cải tiến CL dịch vụ KCB là một trong những giải pháp ưu tiên trong Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 – 2020 và tầm nhìn 2030. Đồng thời, để tạo hành lang pháp lý và hướng dẫn cụ thể hoạt động QLCLBV đến tất cả các BV, thông qua việc tham khảo, đúc kết ưu diểm từ các mô hình QLCLBV trên thế giới, ngày 12/7/2013, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 19/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện QLCL dịch vụ KCB [6]. Chính vì vậy, cần thực hiện QLCLBV mà Thông tư số 19/2013/TT-BYT là hành lang pháp lý để có thể có kết quả dịch vụ KCB được tốt hơn. *Mục tiêu nghiên cứu: Thực trạng triển khai và thuận lợi - khó khăn trong quản lý chất lượng của các bệnh viện của tỉnh Đắk Lắk theo thông tin 19/2013/TT-BYT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

*Lãnh đạo Sở Y tế, Đại diện lãnh đạo phụ trách QLCLBV, Trưởng các khoa/phòng tại các Bệnh viên: 25 phỏng vấn sâu (PVS)

- Đối tượng loại trừ: những người tham gia phỏng vấn không hợp tác phỏng vấn.

*Các văn bản, báo cáo liên quan đến việc triển khai thực hiện Thông tư số 19/2013/TT-BYT, bao gồm:

- Toàn bộ hệ thống văn bản chỉ đạo, hướng dẫn triển khai Thông tư số 19/2013/TT-BYT của Sở Y tế và các bệnh viện trên địa bàn tỉnh;
- Các báo cáo, biên bản kiểm tra CLBV các năm 2014, 2015, 2016 của Sở Y tế;
- Các báo cáo tự kiểm tra CLBV của các BV trên địa bàn tỉnh trong các năm 2014, 2015, 2016.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02 đến tháng 11 năm 2017.

Địa điểm nghiên cứu: Các bệnh viện tỉnh Đắk Lắk.

2.2 Thiết kế nghiên cứu:

- Mô tả cắtngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính; nghiên cứu định lượng được tiến hành trước, nghiên cứu định tính thực hiện sau; kết quả nghiên cứu định lượng bổ sung thông tin cho nghiên cứu định tính.
- Sử dụng 25 phương pháp PVS bán cấu trúc (30 - 45 phút), người phỏng vấn hỏi các câu hỏi dựa trên các nhóm chủ đề đã soạn sẵn theo các mục tiêu nghiên cứu.
- Sử dụng 05 thảo luận nhóm (05 BV/30 đối tượng) về rào cản khi triển khai thông tư 19.
- Số liệu định lượng được xử lý bằng phần mềm Stata, chọn lọc và phân tích dưới dạng các bảng biểu theo mục tiêu nghiên cứu. Số liệu định tính được xử lý và phân tích theo nội dung phỏng vấn sâu, phân tích dữ liệu theo từng chủ đề.
- Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng Y đức trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thực trạng triển khai TT19/2013/ TT-BYT. SYT đã thiết lập hệ thống QLCL từ bộ phận lãnh đạo (01 Phó Giám đốc phụ trách) đến bộ phận chuyên môn (Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ Y phụ trách, chịu trách nhiệm phối hợp với các phòng chuyên môn có liên quan trong từng vấn đề cụ thể) để thực hiện chức năng quản lý, kiểm tra, đánh giá việc thực hiện QL CLBV của các BV.

Bảng 3.1. Thực trạng xây dựng mục tiêu chất lượng

Nội dung	Công lập (%)		Tư nhân (%)
	Tuyến tỉnh	Tuyến huyện	

Xây dựng mục tiêu CL	6 (100%)	15 (100%)	3 (100%)
Ban hành mục tiêu CL	6 (100%)	15 (100%)	3 (100%)

Tất cả 24 BV trên địa bàn tỉnh đều đã xây dựng và ban hành mục tiêu CL cho dịch vụ khám chữa bệnh tại BV của mình.

Bảng 3.2. Thực trạng xây dựng kế hoạch cải tiến CLBV

Nội dung	Công lập (%)		Tư nhân (%)
	Tuyến tỉnh	Tuyến huyện	
Phổ biến Thông tư số 19/2013/TT-BYT đến tất cả các khoa/phòng	**6** (100%)	**15** (100%)	**3** (100%)
Xác định vấn đề ưu tiên	**6** (100%)	**15** (100%)	**3** (100%)
Xây dựng kế hoạch, chương trình	6 (100%)	15 (100%)	3 (100%)
Phê duyệt, ban hành kế hoạch, chương trình	6 (100%)	15 (100%)	3 (100%)
Phổ biến kế hoạch, chương trình đến toàn thể NVYT	6 (100%)	15 (100%)	3 (100%)
Đánh giá hiệu quả việc thực hiện kế hoạch, chương trình	2 (33,3%)	11 (73,3%)	3 (100%)

Kết quả nghiên cứu ghi nhận, tất cả các BV công lập và tư nhân trên địa bàn tỉnh đều đã thực hiện việc phổ biến Thông tư số 19/2013/TT-BYT đến tất cả các khoa/phòng tại BV và đã xây dựng kế hoạch cải tiến CLBV, trong đó tất cả các BV đều đã xác định vấn đề ưu tiên cho hoạt động cải tiến. Tuy nhiên, việc đánh giá hiệu quả thực hiện chỉ được chú ý ở các BV khối tư nhân với 100% BV tư nhân thực hiện hoạt động đánh giá sau khi triển khai thực hiện, trong khi đó tỷ lệ này chỉ là 33,33% ở khối BV công lập tuyến tỉnh và 73,33% ở khối BV công lập tuyến huyện.

3.2 Thuận lợi, khó khăn trong quá trình triển khai thực hiện Thông tư 19/2013/TT-BYT tại tỉnh Đắk Lắk

a/Thuận lợi

***Yếu tố văn bản chỉ đạo, điều hành**. Trách nhiệm của BV được BYT hướng dẫn, định hướng rõ ràng tại Thông tư 19/2013/TT-BYT, tuy nhiên, BYT chưa quy định trách nhiệm và hướng dẫn SYT các hoạt động phải thực hiện trong việc quản lý CLBV.

***Yếu tố quan niệm, nhận thức về việc cải tiến CLBV.** Theo quan điểm khách quan của các nhà quản lý ghi nhận được từ các cuộc phỏng vấn sâu, tất cả các ý kiến đều cho rằng việc Bộ Y tế ban hành Thông tư 19/2013/TT-BYT là hết sức cần thiết, đặc biệt trong bối cảnh các BV công lập đang trong lộ trình thực hiện cơ chế tự chủ hoàn toàn.

"Việc ban hành Thông tư 19/2013/TT-BYT là hoàn toàn đúng đắn, cần ban hành sớm hơn nữa để thực hiện các chủ trương của Đảng và Nhà nước trong hoạt động khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe nhân dân", (PVS Lãnh đạo BVĐK huyện Krông Bông).

***Yếu tố nội dung, mô hình, hình thức tổ chức thực hiện.** Để thực hiện tốt vai trò quản lý, SYT đã có phân công Lãnh đạo SYT phụ trách công tác QLCL, phòng chuyên môn phụ trách và cán bộ chuyên trách thực hiện công tác QLCL. Hệ thống QLCL của SYT đã định hướng, xây dựng kế hoạch và chương trình hành động cải tiến CL cho các BV trên địa bàn tỉnh, tổ chức tập huấn, đào tạo các chuyên đề về QLCL cho các đối tượng có liên quan.

"SYT đã tổ chức tập huấn chuyên đề xây dựng, triển khai các biện pháp đảm bảo an toàn người bệnh; chuyên đề Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn BV… Bên cạnh đó, SYT đặc biệt chú trọng, thường xuyên nhắc nhở các BV đảm bảo quy chế chuyên môn trong khám chữa bệnh, đồng thời hướng dẫn các BV áp dụng bộ tiêu chí CLBV do BYT ban hành để xây dựng lộ trình cải tiến CL tại từng BV", (PVS Lãnh đạo SYT).

***Yếu tố điều kiện cơ sở vật chất, nhân lực, tài chính thực hiện công tác cải tiến CLBV.** Ngoại trừ BVĐK tỉnh là BVĐK hạng I, có phòng QLCL, với tình hình nhân lực thực tế hiện nay tại khối BV công lập chưa đủ điều kiện để thành lập hệ thống với đội ngũ chuyên trách.

"Mặc dù cán bộ chuyên trách có chuyên môn, kiến thức về QLCL là rất cần thiết trong quá trình thực hiện QLCLCBV... Để đảm bảo CLBV được cải tiến, BV có cử các cán bộ kiêm nhiệm làm công tác QLCL tham gia học lớp QLCLBV", (PVS Lãnh đạo BVĐK huyện Krông Ana).

***Yếu tố chế độ, chế tài trong thực hiện nhiệm vụ QLCL.** Để có thể triển khai hiệu quả hoạt động QLCL, bên cạnh 06/24 BV đã xây dựng chế độ, chế tài riêng cho các hoạt động cải tiến CLBV (trong đó có 04 BV chỉ xây dựng chế tài là BVĐK huyện Cư Kuin, BVĐK thị xã Buôn Hồ, BVĐK huyện Lắk, BV Trường Đại học Tây Nguyên và 01 BV chỉ sử dụng chế độ khen thưởng là BVĐK Thiện Hạnh), các BV còn lại trên địa bàn tỉnh sử dụng hình thức lồng ghép hình thức khen thưởng, xử phạt đối với một số các nội dung trong hoạt động cải tiến CLBV theo quy định chung của Bộ, Ngành trong hoạt động của BV.

"BV đã xây dựng chế tài cho công tác quản lý CLBV, đề ra mục tiêu cụ thể cho từng khoa, phòng. Qua đó làm căn cứ đánh giá thi đua nhằm khuyến khích tinh thần thi đua giữa các khoa, phòng", (PVS Lãnh đạo BV Mắt Đắk Lắk).

b/Khó khăn

***Yếu tố văn bản chỉ đạo, điều hành**. Bộ Tiêu chí CLBV do BYT ban hành để áp dụng thống nhất đánh giá các BV trên cả nước chưa có sự phân biệt giữa BV chuyên khoa và BV đa khoa. Tài liệu hướng dẫn kiểm tra, đánh giá CLBV đã được BYT ban hành nhưng chưa kịp thời, thời điểm ban hành Bộ Tiêu chí CLBV phiên bản 2.0 là ngày 18/11/2016 và áp dụng từ năm 2016 là chưa phù hợp, "... khiến BV không có thời gian tìm hiểu, thực hiện theo các tiêu chí BYT quy định...", (PVS Lãnh đạo BVĐK huyện Buôn Đôn).

***Yếu tố quan niệm, nhận thức về việc cải tiến CLBV.** Mặc dù tất cả các ý kiến đều cho rằng cần thiết thiết lập hệ thống QLCL tại BV, nhưng lại có sự bất đồng quan điểm về trách nhiệm thực hiện hoạt động cải tiến CLBV. 18/24 cuộc PVS và 3/5 cuộc thảo luận nhóm cho rằng trách nhiệm thực hiện hoạt động cải tiến CLBV thuộc về toàn thể nhân viên tại BV, các ý kiến tại các cuộc PVS và thảo luận nhóm còn lại lại cho rằng trách nhiệm này chỉ thuộc về Ban Giám đốc, các cá nhân giữ chức vụ quản lý tại các khoa/phòng và của Hội đồng QLCL tại BV.

"Hoạt động cải tiến CLBV không dành riêng cho cá nhân nào, phải có sự tham gia của tất cả nhân viên BV, đứng đầu là Cấp Đảng, Ban GĐ và tiếp sau đó là các đoàn thể, nhân viên BV", (PVS Lãnh đạo BVĐK huyện Krông Bông).

***Yếu tố nội dung, mô hình, hình thức tổ chức thực hiện.** Thực hiện theo hướng dẫn của BYT và SYT, các BV trên địa bàn tỉnh đã thiết lập được hệ thống QLCL tại BV, mặc dù đã được cử đi đào tạo về QLCL, nhưng các cán bộ đều là kiêm nhiệm nên chưa có nhiều thời gian dành cho hoạt động cải tiến CL, đồng thời chưa có nhiều kinh nghiệm và chưa chủ động trong lĩnh vực QLCL là lĩnh vực mới, do đó việc cải tiến CLBV còn chậm.

"Tại BV, hệ thống QLCL tham mưu cho Ban giám đốc kế hoạch cải tiến những tiêu chí tại Bộ tiêu chí CLBV còn ở mức thấp, nhưng chưa thực hiện được việc lượng giá kế hoạch đã thực hiện", (Thảo luận nhóm tại BVĐK huyện Ea Súp).

***Yếu tố điều kiện cơ sở vật chất, nhân lực, tài chính thực hiện công tác cải tiến CLBV.** Về phía SYT đã thiết lập hệ thống QLCLBV với nguồn nhân lực kiêm nhiệm nhiều công tác khác theo chức năng nhiệm vụ,

"...SYT chưa thể đi sâu vào hướng dẫn, định hướng việc cải tiến CL cho các BV..." (PVS Lãnh đạo SYT).

***Yếu tố chế độ, chế tài trong thực hiện nhiệm vụ QLCL.** Vẫn còn BV chưa xây dựng chế độ, chế tài chung cho tất cả các hoạt động trong kế hoạch cải tiến CLBV.

"Hiện tại, BV chưa có chế độ, chế tài trong lĩnh vực này qua 3 năm triển khai Thông tư 19 của Bộ Y tế, trong thời gian tới, BV sẽ áp dụng các biện pháp chế tài mạnh trong việc triển khai để tránh tình trạng ỷ lại, thờ ơ với nhiệm vụ của mình", (PVS Lãnh đạo BVĐK Krông Pắc).

IV. BÀN LUẬN

Bên cạnh việc hướng dẫn bằng văn bản, SYT đã tổ chức đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về QLCL theo từng chủ đề cho các BV tham gia học tập, giúp các BV định hướng và có cách nhìn bao quát, tổng thể vấn đề QLCL, từ đó xây dựng được kế hoạch nâng cao CLBV phù hợp với thực tế hoạt động của từng BV [7].

Tại Thành phố Hồ Chí Minh, để thực hiện việc QLCLBV, SYT Thành phố Hồ Chí Minh đã thành lập Hội đồng QLCL KCB của SYT do Giám đốc SYT là Chủ tịch Hội đồng, Phó Giám đốc SYT là Phó chủ tịch thường trực, nhóm thường trực gồm 5 ban chuyên trách gồm an toàn người bệnh, phác đồ điều trị, công nghệ thông tin, an toàn môi trường và an ninh trật tự BV, khảo sát hài lòng người bệnh do các lãnh đạo và chuyên viên các phòng của Sở, các giám đốc, phó giám đốc, trưởng các phòng QLCL, Kế hoạch tổng hợp, Khoa Dược, trưởng phòng Điều dưỡng của một số BV thành phố, quận huyện [8]. Hội đồng QLCL KCB của SYT Thành phố Hồ Chí Minh đã thực hiện nhiều hoạt động, trong đó đã hình thành tủ sách phác đồ điều trị của SYT Thành phố Hồ Chí Minh và hình thành được kho dữ liệu phác đồ điều trị của SYT với khoảng 1.247 phác đồ điều trị của tất cả các chuyên khoa, các BV xây dựng phác đồ của mình dựa trên kho dữ liệu này. Hội đồng tiến hành kiểm tra, giám sát chuyên đề nhằm nắm bắt thực trạng [4].

Đối với SYT Đắk Lắk, việc triển khai QLCL chỉ dừng lại ở mức độ hướng dẫn các BV theo các nội dung quy định của BYT đối với BV tại Thông tư 19/2013/TT-BYT. Để kiểm tra, lượng giá hiệu quả hoạt động QLCL KCB tại các BV trên địa bàn tỉnh, hiện tại, SYT chỉ chủ yếu dựa vào Bộ Tiêu chí CLBV do BYT ban hành, và việc lượng giá được thực hiện định kỳ 6 tháng/lần theo hướng dẫn của BYT.

Nguyên nhân do Thông tư 19/2013/TT-BYT chưa hướng dẫn, quy định trách nhiệm của SYT

trong hoạt động QLCLBV; bên cạnh đó, SYT chưa đủ nhân lực để thiết lập được Hội đồng QLCL KCB với các bộ phận chuyên trách mà chỉ thành lập được hệ thống QLCL gồm các cá nhân, bộ phận kiêm nhiệm nhiều công tác khác. Do đó, hoạt động QLCLBV được SYT lồng ghép vào việc quản lý các công tác chuyên môn khác mà chưa thể chủ động triển khai được đồng bộ các hoạt động QLCL như SYT Thành phố Hồ Chí Minh.

V. KẾT LUẬN

Việc thành lập phòng Quản lý chất lượng ở các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Đắk Lắk còn chưa được thực hiện tốt trong bối cảnh chung thiếu hụt nhân sự y tế đặc biệt vùng sâu vùng xa. Do đó, trong tương lai cần có chính sách thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế bền vững cho tỉnh sẽ giúp triển khai Thông tư 19/2013/TT-BYT rộng rãi tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kimford J. Meador (1998),** "Cognitive side effects of medications", Neurologic Clinics, 16(1), pp. 141–155.
2. **Phạm Văn Dũng (2009),** Áp dụng hệ thống tiêu chuẩn chất lượng ISO 9001-2008 tại BVĐK khu vực Thống Nhất Đồng Nai, Hội thảo Xây dựng kế hoạch quốc gia về quản lý chất lượng trong các cơ sở khám chữa bệnh.
3. **Dương Công Hoạt (2009),** Một số kết quả áp dụng ISO 9001:2000 tại BV Nhi Nghệ An, Hội thảo Xây dựng kế hoạch quốc gia về quản lý chất lượng trong các cơ sở khám chữa bệnh.
4. **Tăng Chí Thượng (2009),** Hoạt động của Hội đồng Quản lý chất lượng tại BV Nhi đồng I, Hội thảo Xây dựng kế hoạch quốc gia về quản lý chất lượng trong các cơ sở khám chữa bệnh.
5. **Dương Công Hoạt (2009),** Một số kết quả áp dụng ISO 9001:2000 tại BV Nhi Nghệ An, Hội thảo Xây dựng kế hoạch quốc gia về quản lý chất lượng trong các cơ sở khám chữa bệnh.
6. **Bộ Y tế (2013),** Thông tư số 19/2013/TT-BYT. Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện, Bộ Y tế.
7. **Sở Y tế Đắk Lắk (2016),** Báo cáo số 19/BC-SYT. Tổng kết công tác y tế năm 2016 và kế hoạch phát triển sự nghiệp y tế năm 2017, Sở Y tế Đắk Lắk.
8. **Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh (2017),** Báo cáo số 97/BC-SYT. Kết quả hoạt động Ngành Y tế Thành phố năm 2016 & phương hướng hoạt động năm 2017, Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh.

KẾT QUẢ CAN THIỆP TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE ĐẾN KIẾN THỨC PHÒNG LÂY TRUYỀN VIÊM GAN B TỪ MẸ SANG CON CỦA PHỤ NỮ XÃ HƯƠNG SƠN, HUYỆN MỸ ĐỨC, THÀNH PHỐ HÀ NỘI, NĂM 2018

Nguyễn Thị Diễm Hương[1], Lê Thị Tài[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang sau can thiệp được thực hiện trên 350 phụ nữ với mục tiêu đánh giá kết quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe lên kiến thức phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con của phụ nữ xã Hương Sơn, huyện Mỹ Đức, thành phố Hà Nội năm 2018. Kết quả cho thấy: Kiến thức của đối tương nghiên cứu về bệnh viêm gan B và phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con tăng so với trước can thiệp. Điểm kiến thức trung bình sau can thiệp đạt 61,5% so với điểm mong đợi, tăng 37,5% so với trước can thiệp. Tỷ lệ người có kiến thức ở mức kém giảm 66,9%, tỷ lệ người có kiến thức mức trung bình và khá tăng 61,0%. Kết luận: Các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tại xã Hương Sơn đã cải thiện rõ rệt kiến thức về phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con.

Từ khóa: Kiến thức, viêm gan B, dự phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con.

[1]Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diễm Hương
Email: huongyhdp@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 20.5.2019
Ngày duyệt bài: 24.5.2019

SUMMARY

RESULTS OF HEALTH EDUCATION AND COMMUNICATION INTERVENTIONS ON KNOWLEDGE OF PREVENTING HEPATITIS B TRAMSMISSION FROM MOTHER TO CHILD OF WOMEN IN HUONGSON COMMUNE, MY DUC DISTRICT, HA NOI CITY, 2018

Cross-sectional study after the intervention was implemented to evaluate the results of health education communication interventions on the knowledge of preventing hepatitis B transmission from mother to child of women in Huong Son commune, My Duc district, Hanoi city in 2018. **The results** showed that: The knowledge of women about hepatitis B and prevention hepatitis B transmission from mother to child increased compared to before the intervention. The average score of knowledge after intervention reached 61.5% of the expected score, an increase of 37.5% compared to before the intervention. The rate of people with poor knowledge decreased by 66.9%, the rate of people with average and good knowledge increased by 61.0%. **Conclusion:** Health education and communication intervention activities in Huong Son commune have significantly improved the knowledge of preventing hepatitis B transmission from mother to child.

Key words: Knowledge, Hepatitis B, Prevention of Hepatitis B transmission from mother to child**.**

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan B (VGB) là bệnh nhiễm trùng gan do virus HBV gây ra. Theo Tổ chức y tế thế giới, HBV lây truyền từ người sang người qua đường máu, khả năng lây nhiễm cao, gấp 50-100 lần so với HIV [6]. Tại Việt Nam, lây truyền từ mẹ sang con là phương thức lây truyền phổ biến làm duy trì tỷ lệ mắc VGB cao trong cộng đồng [7].

Kết quả nghiên cứu thực hiện năm 2017 trên đối tượng phụ nữ tại xã Hương Sơn, cho thấy tỷ lệ phụ nữ có kiến thức kém về bệnh VGB là rất cao (96,6%) và phần lớn họ (86,4%) có nhu cầu được truyền thông giáo dục sức khỏe về VGB [3]. Vì vậy, từ tháng 6/2017-7/2018 chúng tôi đã thực hiện nhiều hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) về bệnh VGB và phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con cho phụ nữ tại xã này. Để đánh giá kết quả TT-GDSK lên kiến thức, thực hành phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con của phụ nữ xã Hương Sơn, chúng tôi đã thực hiện đề tài "Kết quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đến kiến thức, thực hành phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con của phụ nữ xã Hương Sơn, huyện Mỹ Đức, thành phố Hà Nội, năm 2018". Bài báo này trình bày phần kết quả thay đổi về kiến thức. ***Mục tiêu:*** *Đánh giá kết quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe lên kiến thức về dự phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con của phụ nữ xã Hương Sơn, huyện Mỹ Đức, thành phố Hà Nội năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian nghiên cứu: 1/2017 - 10/2018.

2. Địa điểm nghiên cứu: xã Hương Sơn, huyện Mỹ Đức, thành phố Hà Nội.

3. Đối tượng nghiên cúu: Phụ nữ mới kết hôn, đang mang thai, mới sinh con đã được phỏng vấn trước can thiệp.

4. Thiết kế nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu can thiệp cộng đồng không có nhóm chứng, gồm 2 nghiên cứu cắt ngang trước và sau can thiệp, nội dung trình bày trong bài báo này là một phần kết quả của nghiên cứu cắt ngang sau can thiệp.

5. Mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu: Áp công thức tính cỡ mẫu cho so sánh 2 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}\ 2P(1-P)\ + Z_{1-\beta}\ [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

p1 là tỷ lệ đối tượng chưa làm xét nghiệm viêm gan B ở nghiên cứu cắt ngang trước can thiệp (p1=0,23); p2= 0,1: là tỷ lệ đối tượng chưa làm xét nghiệm viêm gan B sau can thiệp. Tính ra cỡ mẫu tối thiểu cần thiết n = 170, nhân với hệ số thiết kế = 2 nên cỡ mẫu cho nghiên cứu là 340. Thực tế đã phỏng vấn là 350 người.

- Chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Đối tượng được chọn phỏng vấn đánh giá kiến thức sau can thiệp là những phụ nữ có trong danh sách đã được phỏng vấn trước can thiệp cho đến khi đủ cỡ mẫu.

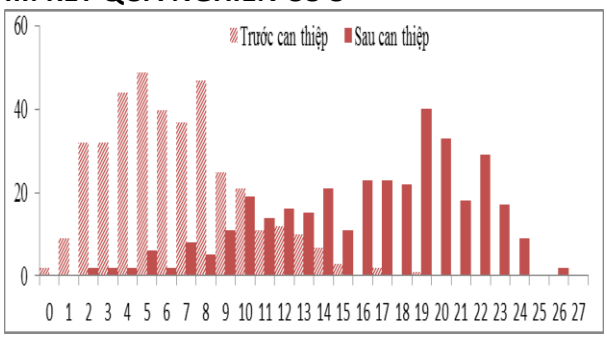
6. Nội dung nghiên cứu. Chúng tôi đã thực hiện TT-GDSK cho toàn bộ phụ nữ thuộc đối tượng nghiên cứu. Nội dung TT-GDSK bao gồm những kiến thức đối tượng còn hạn chế theo kết quả đánh giá trước can thiệp [3], bao gồm: Khả năng lây truyền viêm gan B, các đường lây truyền, phương pháp phát hiện bệnh, đối tượng có nguy cơ cao, hậu quả, biến chứng của bệnh, khả năng phòng bệnh, biện pháp phòng bệnh, khả năng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con, khả năng phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con, biện pháp phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con. Các nội dung này được soạn thảo và in thành tờ rơi. Phương pháp TT-GDSK kết hợp cả 2 phương pháp là tư vấn trực tiếp cho đối tượng (tại trạm y tế và tại hộ gia đình) và gián tiếp (phát tờ rơi cho đối tượng).

Nội dung đánh giá sau can thiệp: Sự thay đổi kiến thức của ĐTNC về bệnh VGB và phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con, những ý kiến về tài liệu truyền thông và phương pháp truyền thông, những ý kiến đề xuất về phòng chống VGB trong thời gian tới.

7. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Sau khi nhập, số liệu được kiểm tra logic để phát hiện các lỗi nhập liệu hoặc sai sót thô từ đó khắc phục trước khi phân tích. Sử dụng phần mềm Exel và Stata để phân tích số liệu. Đánh giá kiến thức chung dựa vào tỷ lệ % điểm kiến thức trung bình (ĐKTTB) so với điểm mong đợi (ĐMĐ) và mức độ kiến thức của từng cá nhân. ĐKTTB bằng tổng số điểm đạt được của những người được phỏng vấn/tổng số người được phỏng vấn. ĐMĐ là số điểm mà đối tượng cần đạt được để phòng lây tryền bệnh viêm gan B từ mẹ sang con. Đánh giá kiến thức của cá nhân theo 3 mức: mức kém là điểm đạt <50% ĐMĐ (<14 điểm); mức trung bình là điểm đạt từ 50% đến <70% ĐMĐ (14-19 điểm); mức khá là điểm của ĐTNC đạt ≥70% ĐMĐ (20-27 điểm).

8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được địa phương cho phép thực hiện vì không ảnh hưởng gì đến sức khỏe và bí mật riêng tư của ĐTNC cũng như uy tín của địa phương. Với đối tượng nghiên cứu, chúng tôi chỉ thực hiện khi có sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1: So sánh phân bố đối tượng theo điểm kiến thức trước và sau can thiệp

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy kiến thức của đối tượng sau can thiệp so với trước can thiệp có sự cải thiện đáng kể: Số đối tượng có kiến thức ở mức điểm dưới trung bình (<14 điểm) giảm so với trước can thiệp, Số đối tượng có kiến thức ở mức điểm trên trung bình (≥14 điểm) tăng so với trước can thiệp. Số đối tượng có kiến thức ở mức điểm khá (>18 điểm) tăng khá cao.

Về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: nhóm tuổi <25 và từ 25-29 có tỷ lệ cao nhất, chiếm 70,3%. Nhóm tuổi ≥35 chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,7%). Về nghề nghiệp: Đối tượng ở nhà nội trợ chiếm tỷ lệ cao nhất (27,4%), tiếp đến là công nhân (23,1%). Thấp nhất là nhóm nhân viên y tế 2,6%. Về học vấn: Phần lớn đối tượng (73,1%) có trình độ học vấn từ cấp 3 trở xuống.

Bảng 3.1: Điểm kiến thức của ĐTNC trước và sau can thiệp

Kiến thức	Trước CT		Sau CT		% tăng	P
	n	(%)	n	(%)		
Biết VGB là bệnh lây truyền	331	81,2	334	95,4	9,2	>0,05
Biết Phát hiện VGB bằng xét nghiệm máu	204	53,1	332	94,9	41,8	<0,05
Biết có thể phòng bệnh VGB	320	83,3	345	98,6	15,3	<0,05
Biết VGB có thể lây truyền từ mẹ sang con	332	86,5	326	93,4	6,9	>0,05
Biết có thể phòng lây truyền VGB từ mẹ-con	185	48,2	284	81,1	32,9	<0,05
Biết đường lây truyền viêm gan B						
Đường máu	116	30,2	211	60,3	30,1	<0,05
QHTD không an toàn	105	27,3	250	71,4	44,1	<0,05
Mẹ truyền sang con	105	27,3	274	78,3	51,0	<0,05
Dùng chung đồ dùng cá nhân	21	5,5	174	49,7	44,2	<0,05
Biết đối tượng nguy cơ cao mắc VGB						
Vợ chồng	23	6,0	224	64,0	58,0	<0,05
Người thân sống chùng gia đình	43	11,2	119	34,0	22,8	<0,05
Trẻ sơ sinh có mẹ mắc VGB	54	14,1	274	78,3	64,2	<0,05
Dùng kim tiêm không an toàn	19	5,0	109	31,1	26,1	<0,05
QHTD không an toàn	10	2,6	190	54,3	51,7	<0,05
Nhân viên y tế	10	2,6	34	9,7	2,1	>0,05
Người chưa tiêm vắc xin	24	6,2	149	42,6	36,4	>0,05
Biết hậu quả của bệnh VGB						
Gây tổn thương gan mạn tính	21	5,5	192	54,9	49,4	<0,05
Gây ung thư gan	54	14,1	272	77,7	63,6	<0,05
Gây xơ gan	48	12,5	292	83,4	70,9	<0,05
Suy kiệt, tử vong	113	29,4	116	33,1	3,7	>0,05
Biết biện pháp phòng VGB						
QHTD an toàn, chung thủy	31	8,1	94	26,9	14,8	<0,05
Tiêm vắc xin	143	37,2	332	94,9	57,7	<0,05
Không dùng chung đồ dùng cá nhân	24	6,3	177	50,6	44,3	<0,05
Biết biện pháp phòng lây truyền VGB từ mẹ - con						
Tiêm vắc xin VGB liều sơ sinh	58	15,1	241	68,9	53,8	<0,05
Tiêm HBIG	6	1,6	97	27,7	11,1	>0,05
Tiềm vắc xin VGB trong TCMR	46	12,0	225	64,3	52,3	<0,05
Khám chuyên khoa truyền nhiêm	46	12,0	139	39,7	27,7	<0,05
ĐKTTB/ĐMĐ	**6,5/27**		**16,6/27**		**10,1**	**<0,05**
Tỷ lệ % so với ĐMĐ	**24,0%**		**61,5%**		**37,5**	**<0,05**

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ hiểu biết về VGB và phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con sau

can thiệp đều tăng so với trước can thiệp. ĐKTTB sau can thiệp đạt 61,5% so với ĐMĐ, tăng 37,5% so với trước can thiệp.

Bảng 3.2: Kết quả thay đổi kiến thức

Xếp loại kiến thức	Trước CT (n=350)		Sau CT (n=350)		Tỷ lệ tăng/ giảm (%)	P
	n	%	N	%		
Mức kém	371	96,6	102	26,6	-70,0	<0,05
Mức trung bình và khá	13	3,4	248	64,4	+ 61,0	<0,05

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau can thiệp. Tỷ lệ người có kiến thức ở mức kém Sau CT giảm 70% so với Trước CT. Tỷ lệ người đạt mức kiến thức thức trung bình và mức khá Sau CT tăng 61,0% so với TCT. Trong đó tỷ lệ người đạt mức khá SCT tăng 38,1% so với TCT. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong thời gian diễn ra các hoạt động truyền thông, có 68,8% ĐTNC đã tìm hiểu thông tin về VGB từ các hoạt động truyền thông. Trong số ĐTNC có đóng góp ý kiến, 98% đồng ý rằng hoạt động truyền thông đã giúp họ cải thiện kiến thức, 100% đều đồng ý tiếp tục các hoạt động truyền thông về VGB trong thời gian tới, hơn một nửa trong số đó mong muốn được truyền thông trên nhiều kênh thông tin như phát thanh qua loa truyền thanh, tờ rơi, tổ chức buổi truyền thông trực tiếp.

IV. BÀN LUẬN

Các kết quả nghiên cứu trên đây cho thấy hoạt động TT-GDSK về bệnh VGB và phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con đã có những tác động tích cực lên kiến thức của ĐTNC. Cụ thể, theo bảng 3.2, tỷ lệ đối tượng có kiến thức ở mức kém giảm 70,0% và tỷ lệ ĐTNC có kiến thức ở mức trung bình và khá tăng 61,0%. Ở bảng 3.1 cho thấy điểm kiến thức trung bình đạt 61,5% so với điểm mong đợi, tăng 10,1 điểm (37,4%) so với trước can thiệp. Sự thay đổi về kiến thức của ĐTNC sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Viết Lộc, nghiên cứu Vicky M. Taylor và cộng sự, cụ thể: Nghiên cứu của Ngô Viết Lộc năm 2008-2009 trên đối tượng là người dân từ đang sinh sống tại tỉnh Thừa Thiên Huế, kết quả cho thấy tỷ lệ biết về bệnh VGB (nguyên nhân của bệnh VGB, triệu chứng VGB, cách phát hiện VGB, đường lây truyền VGB, dự phòng lay truyền vgb, hậu quả VGB) tăng từ 9,5% đến 22,6%, trung bình điểm kiến thức tăng 15,2% [1]. Nghiên cứu đánh giá can thiệp truyền thông về viêm gan B trên những người châu Á di cư sang Bắc Mỹ với hình thức truyền thông trực tiếp thông qua các lớp học tiêng anh của Vicky M. Taylor và cộng sự cho thấy sự thay đổi kiến thức của ĐTNC tăng từ 10 đến 24%, trung bình kiến thức chung tăng 16,2% [5]. Sự tăng kiến thức của ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu đã trình bày ở trên có thể do nhiều yếu tố, bao gồm các yếu tố về nhân khẩu học như tuổi, giới, trình độ học vấn, đặc điểm dân di cư và các yếu tố liên quan đến nội dung, phương pháp, kênh thông tin [2]. Cụ thể, trong nghiên cứu của chúng tôi các ĐTNC là những phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và phần lớn phụ nữ nằm trong nhóm tuổi <25 và từ 25-29 tuổi (70,6%), nhóm tuổi trên 35 tuổi chỉ chiếm 10,4%, còn trong nghiên cứu của Ngô Viết Lộc, nhóm tuổi nhỏ và cao tuổi chiếm gần 1/3 số đối tượng, sự khác nhau về tuổi sẽ ảnh hưởng đến mức độ quan tâm đến bệnh viêm gan B và do đó có thể ảnh hưởng đến sự tiếp thu các kiến thức về VGB khi được truyền thông và điều này sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả chung của hoạt động can thiệp truyền thông [4].

Mặc dù đây là một nghiên cứu can thiệp cộng đồng không có nhóm chứng, việc đánh giá hiệu quả thực sự của can thiệp là khó khăn nhưng chúng tôi đã thiết kế những câu hỏi để có thể thấy được tác động của TT-GDSK thông qua ý kiến của đối tượng nghiên cứu như có 68,8% ĐTNC trả lời họ đã tìm hiểu thông tin về VGB từ các hoạt động truyền thông của đề tài; 98% số ĐTNC có đóng góp ý kiến trả lời rằng hoạt động truyền thông đã giúp họ cải thiện kiến thức và 100% những người này đề xuất tiếp tục các hoạt động truyền thông về VGB trong thời gian tới, hơn một nửa trong số đó mong muốn được truyền thông trên nhiều kênh thông tin như phát thanh qua loa truyền thanh, tờ rơi, tổ chức buổi truyền thông trực tiếp

V. KẾT LUẬN

Các hoạt động TT-GDSK về VGB và phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con tại xã Hương Sơn từ 6/2017-7/2018 đã cải thiện rõ rệt kiến thức của phụ nữ về phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con. Điểm kiến thức trung bình sau can thiệp đạt 61,5% so với điểm mong đợi, tăng 37,5% so với trước can thiệp. Về mức độ kiến thức: Giảm 66,9% số người có kiến thức kém, tăng 61,0% số người có kiến thức trung bình và khá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Viết Lộc (2012),** Nghiên cứu tình hình nhiễm vi rút viêm gan B và đánh giá kết quả can

thiệp cộng đồng tại một số xã, phường Tỉnh Thừa Thiên Huế, Luận án Tiến sĩ y học, Trường đại học Y- Dược Huế
2. **Nguyễn Văn Hiến (2013),** Giáo dục và nâng cao sức khỏe-, Nhà xuất bản y học, 37-38
3. **Nguyễn Thị Diễm Hương, Lê Thị Tài (2018),** Kiến thức, thực hành phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con của phụ nữ xã Hương Sơn, huyện Mỹ Đức, thành phố Hà Nội năm 2016-2017, Tạp chí Y học Việt Nam, số 2, tháng 5/2018.
4. **Ahmad A., Munn Sann L., and Abdul Rahman H. (2016).** Factors associated with knowledge, attitude and practice related to hepatitis B and C among international students of Universiti Putra Malaysia. BMC Public Health, 16.
5. **Vicky M Taylor, T. Gregory Hislop, Elizabeth Acorda et al. (2011).** Hepatitis B ESL education for Asian Immigrants. J community Health, 36(1), 35–41.
6. **WHO | Hepatitis B. WHO**, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/ , accessed: 10/5/2018.
7. **Văn phòng Khu vực Tây Thái Bình Dương** | Viêm gan B. WPRO, http:// www.wpro.who.int/vietnam/topics/ hepatitis/factsheet/ vi/, accessed: 10/04/2018.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH CỦA KHOA NGOẠI TẠI BỆNH VIỆNĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH NĂM 2017

Nguyễn Tuyết Xương*, Trần Kiến Vũ**

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu hồi cứu 385 hồ sơ bệnh án có sử dụng kháng sinh của khoa ngoại Bệnh viên đa khoa tỉnh Trà Vinh, kết quả như sau:

- 100% sử dụng KS trong phẫu thuật
- Sử dụng KS trước phẫu thuật là 33,72% và sau phẫu thuật là 66,28%
- Sử dụng 1 KS chiếm Sử dụng 42,1%, Sử dụng 2 KS chiếm 39,5%
- Sử dụng 3 KS chiếm 15,3%, Sử dụng 4 loại KS hoặc nhiều hơn chỉ chiếm 3,1%
- Đường sử dụng: Trung bình từ 4-5 ngày chiếm 49,1%
- Kháng sinh chính được sử dụng nhiều nhất là nhóm Cephalosporin thế hệ 2, cephalosporin thế hệ 3, Penicilline + ức chế bê ta - lactamase và Aminoglycocosid
- Các tỷ lệ kháng khuẩn của một số kháng sinh.

SUMMARY

THE CURRENT CONDITIONS OF ANTIBIOTIC USING AT SURGERY DEPARTMENT AT TRA VINH GENERAL HOSPITAL 2017

Through investigation research of 385 medical records where antibiotics used at/by the Surgery Department, the Tra Vinh Provincial General Hospital have found the following results:

- 100% use of antibiotic in operation cases
- Use of antibiotic for pre-surgical stage is 33.72% and postoperative is 66.28%
- Use of 01 antibiotic: 42.1%, use of 02 antibiotics: 39.5%
- Use of 03 antibiotics: 15.3%, use 04 types of antibiotics or more: only 3.1%
- Line of use: from 4-5 days: 49.1% in avearge.
- Antibiotic the most used belongs to the cephalosporins Group of the 2nd generation, 3rd generation cephalosporins, Penicilline + beta-lactamase inhibitor and Aminoglycocosid
- The antibacterial rate of some antibiotics.

**Bệnh viện Nhi Trung Ương*
***Bệnh viện đa khoa Trà Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuyết Xương
Email: nguyenxuongnhp@yahoo.com
Ngày nhận bài: 3.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 17.5.2019
Ngày duyệt bài: 22.5.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, kháng thuốc đang là vấn đề toàn cầu, đặc biệt nổi trội ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Thế giới mỗi năm có hàng trăm ngàn người chết do kháng thuốc và phải chi phí hàng trăm tỷ USD cho kháng thuốc. Đó là lý do tại sao Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và các cơ quan quốc tế khác chỉ ra rằng kháng kháng sinh là một mối đe dọa nghiêm trọng, thách thức đối với điều trị trong tương lai

Theo một công bố mới nhất của Cục Quản lý khám, chữa bệnh (Bộ Y tế) tại Hội thảo về "Sử dụng kháng sinh", các loại thuốc kháng sinh bán không theo đơn kê của bác sĩ chiếm tỷ lệ lên đến 88% tại các nhà thuốc thành thị và 91% tại các nhà thuốc nông thôn. Đối với việc sử dụng kháng sinh trong điều trị nội trú, Bộ Y tế yêu cầu thành lập nhóm quản lý sử dụng kháng sinh và xác định rõ vai trò, chức năng, nhiệm vụ của từng thành viên trong nhóm, thành phần chính là tiểu ban giám sát sử dụng kháng sinh và theo dõi sự kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh thường gặp của Hội đồng thuốc và điều trị bệnh viện. Bên cạnh đó, nhóm quản lý sử dụng kháng sinh còn có nhiệm vụ xây dựng kế hoạch định kỳ hàng năm và triển khai thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện; kiểm tra, giám sát và tiến hành các biện pháp can thiệp và đánh giá, báo cáo kết quả sử dụng kháng sinh và mức độ kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh tại đơn vị theo mẫu quy định. Tình trạng lạm dụng thuốc

KS ở Việt Nam, ngoài ra các nguyên nhân thường gặp như ở các quốc gia khác, còn có quy mô chỉ định KS thay đổi theo chính sách sử dụng KS của từng bệnh viện, từng khoa; Điều trị KS theo kinh nghiệm của Bác sĩ. Do vậy các bệnh viện sẽ khác nhau sẽ mô hình chỉ định KS khác nhau. Thạm chí trong cùng một khoa, mô hình chỉ định KS cũng sẽ thay đổi theo thời gian.Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài" Thực trang sử dụng kháng sinh của khoa ngoại tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2017" với mục tiêu nghiên cứu: *Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh tại Khoa Ngoại của Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: - Hồ sơ bệnh án của khoa Ngoại có sử dụng kháng sinh trong thời gian từ 01/06/2016 đến 01/06/2017.

- Bác sĩ tại Khoa Ngoại, Lãnh đạo bệnh viện, Cán bộ Phòng quản lý chất lượng Điều dưỡng và Dược sĩ tại Khoa Dược.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian: tháng 02/2017 – 08/2017.

Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh, Thành phố Trà Vinh, Tỉnh Trà Vinh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng thiết kế nghiên cứu sử dụng số liệu hồi cứu với phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính.

2.4. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu của nghiên cứu được tính theo công thức

Trong đó: n: Số bệnh án điều tra. p: Tỷ lệ bệnh án có sử dụng KS an toàn(chọn p = 0,5)

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

- Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu n = 385.

2.5. Công cụ thu thập số liệu: Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm tuổi và giới

Đặc điểm		Số BN (n= 385)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 18 tuổi	76	19,7
	18 – 59 tuổi	244	63,4
	≥ 60 tuổi	65	16,9
Giới	Nam	231	60,0
	Nữ	154	40,0

Nhận xét: Nhóm dưới 18 tuổi chiếm 19,7 %, nhóm người trong độ tuổi lao động chiếm cao nhất chiếm 63,4%. Nhóm người cao tuổi thấp nhất là 16,9%. Về giới tính trong đó nam chiếm nhiều hơn nữ, nam chiếm 60% và nữ là 40%.

Bảng 2: Một số đặc điểm của đợt điều trị

Đặc điểm		Số BN (n= 385)	Tỷ lệ (%)
BHYT	Có	327	84,9
	Không	58	15,1
Thời gian nằm viện	≤ 2 ngày	131	34,0
	3 – 7 ngày	216	56,1
	8–14 ngày	26	6,8
	≥ 15 ngày	12	3,1
Thời gian nằm viện của nhóm bệnh nhân có phẫu thuật	≤ 2 ngày	11	6,4
	3 – 7 ngày	126	73,3
	8–14 ngày	23	13,4
	≥ 15 ngày	12	7,0

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân sử dụng BHYT chiếm khá cao 84,9%, bệnh nhân không sử dụng BHYT chiếm 15,1%. Thời gian nằm viện trung bình nhiều nhất ở nhóm từ 3 – 7 ngày chiếm 56,1%, thấp nhất là nhóm điều trị lâu ngày ≥ 15 ngày chỉ chiếm 3,1%. Thời gian nằm viện của nhóm bệnh nhân có phẫu thuật chiếm cao nhất cũng là nhóm từ 3 – 7 ngày được xuất viện chiếm 73,3%. Thấp nhất là nhóm ≥ 15 ngày chỉ chiếm 7,0%. Ở nhóm có phẫu thuật có thời gian nằm viện trung bình cao hơn nhóm bình thường.

Bảng 3: Tình trạng bệnh và phương pháp điều trị bệnh nhân

Đặc điểm		Số BN (n=385)	Tỷ lệ (%)
Nhận định ban đầu về tình trạng nhiễm khuẩn của bác sỹ	Có	145	37,7
	Không	240	62,3
Nguy cơ nhiễm khuẩn theo chuẩn đoán	Thấp	136	35,4
	Trung bình	122	31,7
	Cao	89	23,2
	Rất cao	38	9,7
Chỉ định phẫu thuật	Có	172	44,7
	Không	213	55,3
Loại phẫu thuật	Sạch	52	30,2
	Sạch – nhiễm	20	11,6
	Nhiễm	58	33,7
	Bẩn	42	24,4
Nhiễm khuẩn bệnh viện đối với bệnh nhân có phẫu thuật	Có	152	88,4
	Không	20	11,6

Nhận xét: Về tình trạng bệnh nhân và phương pháp điều trị bệnh nhân, trong nghiên cứu của chúng tôi ở 385 bệnh án trong có 37,7% nhận định ban đầu khi mới nhập viện là có tình trạng nhiễm khuẩn. Trong nguy cơ Nguy cơ nhiễm khuẩn theo chuẩn đoán có nhóm có

nguy cơ thấp chiếm cao nhất 35,4%. Kế tiếp là nhóm có nguy cơ trung bình chiếm 31,7%. Nhóm nguy cơ cao chiếm 23,2% và nhóm có nguy cơ rất cao chiếm 9,7%.

Trong nghiên cứu 385 bệnh án có 172 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, 213 không có chỉ định phẫu thuật. Chia làm 4 nhóm có chỉ định phẫu thuật chính phẩu thuật sạch chiếm 30,2%. Phẫu thuật sạch nhiễm chiếm Sạch – nhiễm, Phẫu thuật nhiễm chiếm 33,7%, Phẫu thuật bẩn chiếm 24,4%. Có tình trạng nhiễm khuẩn đối với bệnh nhân phẫu thuật là 88,4%.

3.2. Thực trạng sử dụng kháng sinh

3.2.1. Chỉ định kháng sinh trong điều trị

Bảng 4: chỉ định sử dụng kháng sinh trong nhóm bệnh nhân phẫu thuật

Đặc điểm		BN có phẫu thuật	
		n	%
Sử dụng kháng sinh điều trị	Có	172	100
	Không	0	0
Thời điểm sử dụng kháng sinh	Trước phẫu thuật	58	33,72
	Trong phẫu thuật	0	0
	Sau phẫu thuật	114	66,28

Nhận xét: Ở nhóm có phẫu thuật sử dụng kháng sinh điều trị chiếm 100% trong 172 ca có phẫu thuật. Thời điểm sử dụng kháng sinh là trước phẫu thuật chiếm 33,72% và sau phẫu thuật là 66,28%.

Bảng 5: Cách sử dụng và kết hợp kháng sinh (N=385)

Đặc điểm		n	%
Số KS được sử dụng	1 loại	162	42,1
	2 loại	152	39,5
	3 loại	59	15,3
	≥ 4 loại	12	3,1
Đường dùng KS	Đường uống	123	32,0
	Tiêm tĩnh mạch	35	9,1
	Truyền tĩnh mạch	128	33,2
	Đường tiêm bắp	99	25,7

Nhận xét: Cách sử và kết hợp kháng sinh theo khảo 385 bệnh án có 42,1% chỉ sử dụng 1 loại KS, 39,5% sử dụng 2 loại, 15,3% sử dụng 3 loại và việc sử dụng 4 loại KS hoặc nhiều hơn chỉ chiếm 3,1%. Về đường dùng kháng sinh thì chia làm 4 nhóm chính tại Bệnh viện hiện nay nhóm phổ biến nhất là truyền tĩnh mạch chậm chiếm 33,2%, nhóm thứ là đường uống dưới dạng viên chiếm 32,0%, thứ ba là tiêm bắp chiếm 25,7% và cuối cùng lf tiêm tĩnh mạch thấp nhất chiếm 9,1%.

Bảng 6: Danh mục kháng sinh được sử dụng cho bệnh nhân

Loại KS	Tên KS	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Aminoglycosid	Amikacin	94	24,4
	Tobramycin	6	1,56
	Gentamycin	11	2,86
Penicilin + chất ức chế beta-lactamase	Amox + clavuclanic	101	26,2
	Klamentin	1	0,26
Penicilin phổ kháng khuẩn trung bình	Amoxcillin	1	0,26
Cephalosporin thế hệ 2	Cefamandol	1	0,26
	Cefuroxim	56	15,4
Cephalosporin thế hệ 3	Cefixim	15	3,9
	Cefotaxim	24	6,23
	Ceftazidim	41	10,6
	Ceftriaxon	84	21,8
	ceftizoxim	2	0,52
Cephalosporin thế hệ 4	Cefepim	2	0,52
Cephalosporin thế hệ 3 + chất ức chế beta – lactamase	Cefoperazol +Sulbactam	27	7,01
Quinolon thế hệ 2 (loại 2)	Ciprofloxacin	4	1,04
	ofloxacin	2	0,52
Carbapenem	Imipenem	5	1,3
Nhóm 5-nitro-imidazol	Metronidazol	37	9,61
Quinolon thế hệ 3	Moxifloxacin	1	0,26
	Levofloxacin	1	0,26
Glycopeptid	vancomycin	1	0,26

Nhận xét: trong danh mục sử dụng kháng sinh của khoa ngoại thì những nhóm KS chính được sử dụng nhiều nhất là nhóm cephalosporin thế hệ 2, cephalosporin thế hệ 3, Penicilin + chất ức chế beta – lactamase và Aminoglycosid. Trong đó loại KS chiếm tỷ lệ sử dụng phổ biến nhất Amox + Clavuclanic chiếm 26,2% trong tổng số 385 bệnh án được nghiên cứu. Thứ hai là Amikacin chiếm 24,4% và cefriaxone 21,8%. Một số nhóm ít sử dụng như nhóm KS Quinolon, Glycopeptid và carbapenem chỉ chiếm chưa đến 2%.

Bảng 7: Thời gian sử dụng kháng sinh (N=385)

Số ngày sử dụng	n	%
≤ 3 ngày	97	25,2
4 – 5 ngày	189	49,1
6 – 7 ngày	50	13,0
≥ 8 ngày	49	12,7

Nhận xét: Kết quả từ bảng 3.7 thời gian sử dụng kháng sinh thời gian sử dụng kháng sinh trung bình từ 4 – 5 ngày chiếm 49,1%, từ 3 ngày trở xuống chiếm 25,2%, từ 6 – 7 ngày chiếm

13,0% và thấp nhất là trên 8 ngày chiếm 12,7%.

3.2. 2 Thực trạng kháng kháng sinh của bệnh viện

- Các chủng trực khuẩn:

• Các chủng trực khuẩn có mức độ kháng cao đối với các kháng sinh: Ampicillin (97,97%); Amox-Clavulanic (72,74%); Cephalotin (58,12%); Co-trimoxazole (73,34%); Cefuroxime (67,95%); Cefotaxime (58,25%); Cefriaxone (60,51%); Ofloxacine (58,33%); Ciprofloxacine (55,45%); Gentamycin (50,65%); Cloramphenicol (51,98%).

• Các loại kháng sinh có độ nhạy cao: Amikacin (94,14%) Imipenem (80,78%); Nalidixic acid (94,32%); Cefepime (59,17%); Ceftazidime (54,62%).

- **Tụ cầu:**

• Tụ cầu có mức kháng cao đối với: Oxacillin (93,1%); Penicillin (89,69%); Erythromycin (87,02%); Polymycin B (82,82%); Clindamycin (69,96%); Gentamycin (57,63%); Co-trimoxazol (54,4%); Ciprofloxacin (53,43%).

• Tụ cầu cos độ nhạy cao đối với: Amikacin (81,37%); vancomycin (79,09%); Ripfapicin (77,87%); Chloramphenicol (61,98%).

IV. KẾT LUẬN

- 100% sử dụng KS trong phẫu thuật
- Sử dụng KS trước phẫu thuật là 33,72% và sau phẫu thuật là 66,28%
- Sử dụng 1 KS chiếm Sử dụng 42,1%, Sử dụng 2 KS chiếm 39,5%
- Sử dụng 3 KS chiếm 15,3%, Sử dụng 4 loại KS hoặc nhiều hơn chỉ chiếm 3,1%
- Đường sử dụng: Trung bình từ 4-5 ngày chiếm 49,1%
- Kháng sinh chính được sử dụng nhiều nhất là nhóm Cephalosporin thế hệ 2, cephalosporin thế hệ 3, Penicilline + ức chế bê ta- lactamase và Aminoglycocosid
- Kháng kháng sinh:

+ Các chủng trực khuẩn có mức độ kháng cao đối với các kháng sinh: Ampicillin (97,97%); Amox-Clavulanic (72,74%); Cephalotin (58,12%); Co-trimoxazole (73,34%); Cefuroxime (67,95%); Cefotaxime (58,25%); Cefriaxone (60,51%); Ofloxacine (58,33%); Ciprofloxacine (55,45%); Gentamycin (50,65%); Cloramphenicol (51,98%).

+ Tụ cầu có mức kháng cao đối với: Oxacillin (93,1%); Penicillin (89,69%); Erythromycin (87,02%); Polymycin B (82,82%); Clindamycin (69,96%); Gentamycin (57,63%); Co-trimoxazol (54,4%); Ciprofloxacin (53,43%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2016),** "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện.", pp.
2. **Nguyễn Thanh Hiền (2012),** Đánh giá việc sử dụng của kháng sinh nhóm carbapenem trên bệnh nhân điều trị tại phòng hồi sức tích cực Bệnh viện Việt Đức, Trường Đại học Dược Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Lệ Minh (2013),** Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh nhóm carbapenem tại bệnh viện Bạch Mai, Trường Đại học Dược Hà Nội.
4. **Đinh Đức Thành (2013),** Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh Imipenem tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, Trường Đại học Dược Hà Nội.
5. **Phạm Hùng Vân, Phạm Thái Bình (2013),** Kháng sinh - Đề kháng kháng sinh kỹ thuật kháng sinh đồ Các vấn đề cơ bản thường gặp, Nhà xuất bản y học, pp. 19-24.
6. **MAI PHƯƠNG MAI, PGS.TS,** BV Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật. www.bvdaihoc.com.vn.

NGHIÊN CỨU QUY TRÌNH SẢN XUẤT THỬ NGHIỆM MẪU HUYẾT THANH ỨNG DỤNG TRONG NGOẠI KIỂM TEST NHANH HELICOBACTER PYLORI DÙNG PHỔ BIẾN TẠI CÁC PHÒNG XÉT NGHIỆM

Vũ Quang Huy[1,2], Nguyễn Thị Thanh Trúc[3], Trần Thiện Trung[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Sản xuất thử nghiệm bộ mẫu huyết thanh chứa kháng thể IgG kháng H. pylori bằng phương pháp đông khô đạt tính đồng nhất và độ ổn định dùng trong ngoại kiểm test nhanh. **Phương pháp:** Các mẫu huyết thanh thu thập được đưa vào quy trình sản xuất thử nghiệm sau khi đã xác định đặc tính. Sản xuất các bộ mẫu được xử lý bằng phương pháp đông khô. Đánh giá tính đồng nhất bằng phép phân tích phương sai một yếu tố và độ ổn định bằng phép kiểm t – test trên các bộ mẫu. **Kết quả:** Các bộ mẫu được sản xuất bằng phương pháp đông khô đều đạt được tính đồng nhất (có ý nghĩa thống kê Fisher với $F_{thực\ nghiệm} < F_{lý\ thuyết}$) và đạt độ ổn định trong 4 tuần và 8 tuần ở cả 2 mức nhiệt độ -20°C và -80°C với p > 0,05. Mẫu huyết thanh ổn định ở nhiệt độ 2 – 8°C sau 3 ngày, 7 ngày với p > 0,05. **Kết luận:**

[1]Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh
[2]Trung Tâm Kiểm chuẩn Chất lượng Xét Nghiệm Y học – Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh
[3]Trường Cao Đẳng Y tế Đồng Tháp
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Huy
Email: drvuquanghuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019
Ngày duyệt bài: 30.5.2019

Nghiên cứu được quy trình sản xuất bộ mẫu huyết thanh đông khô có chứa kháng thể IgG kháng H. pylori đạt tính đồng nhất và độ ổn định có thể ứng dụng trong ngoại kiểm test nhanh. Nghiên cứu cũng cho thấy tất cả các mẫu âm tính đều âm tính ở mọi nhiệt độ; lượng kháng thể IgG có xu hướng giảm nhẹ, tuy nhiên không có mẫu dương tính nào trở nên âm tính được thực hiện trên test nhanh và ELISA.

Từ khóa: ELISA, Helicobacter pylori, Ngoại kiểm, Test nhanh.

SUMMARY

RESEARCH PROCESS OF PILOT PRODUCTION SERUM APPLY FOR HELICOBACTER PYLORI RAPID TEST EXTERNAL QUALITY ASSESSMENT GENERALLY USED IN THE LABORATORIES

Objective: To produce pilot batches of Immunoglobulin G Antibody against Helicobacter pylori on serum samples by lyophilization method obtained homogeneity and stability apply for EQA. **Methods**: Collected serum samples were inducted in the trial production process after determining characterization. Produce the batches of samples process by lyophilization method. Homogeneity and stability of post production samples were evaluated by F – test and t – test, respectively. **Results**: The panel of serum samples produced by lyophilization were homogeneous (stastically significant Fisher with với $F_{reality} < F_{critical}$) and stable in 4 weeks and 8 weeks at both temperatures -20°C and -80ºC with $p_{value} > 0,05$. Samples produced by either method were stable for 3 days and 7 days at 2 - 8°C with $p > 0,05$. **Conclusions**: Production of anti Helicobacter pylori antibodies serum samples by lyophilization were homogeneous and stable apply for External Quality Assessment for Rapid test is feasible. Stability studies also showed that all negative samples were negative at all temperatures and H. pylori – IgG levels were slight declining trends but none of the H. pylori positive samples in the batches became nonreactive on diagnostic rapid test and ELISA.

Key words*:* ELISA, Helicobacter pylori, EQA, Rapid Test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm Helicobacter pylori (H.pylori) là một trong những bệnh nhiễm khuẩn phổ biến nhất ở người, ảnh hưởng đến gần 50% dân số thế giới[3]. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO - World Health Organization) cùng Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IARC - International Agency for Research on Cancer) đã công nhận và xếp H. pylori vào nhóm 1 các tác nhân gây ung thư dạ dày.

Gần đây, sự phát triển của xét nghiệm sắc ký miễn dịch với dấu ấn CIM (Current Infection Marker), đánh dấu tình trạng đang nhiễm trùng, được xem là có ý nghĩa thiết thực cho việc phát hiện các kháng thể IgG đặc hiệu kháng H. pylori trong mẫu huyết thanh. Để hỗ trợ tốt nhất cho công tác chẩn đoán và điều trị, đòi hỏi các PXN phải tối ưu hóa chất lượng xét nghiệm (CLXN) thông qua công cụ đánh giá chất lượng từ bên ngoài – chương trình ngoại kiểm CLXN (External Quality Assessment - EQA).

Ngoại kiểm là một tiêu chí bắt buộc được quy định theo Thông tư 01/2013/TT-BYT ban hành ngày 11/01/2013 của Bộ Y tế, làm căn cứ cho việc liên thông công nhận kết quả XN cùng với Quyết định số 316/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ nhằm nâng cao năng lực hệ thống kiểm chuẩn CLXN, giảm phiền hà, chi phí cho người bệnh, đồng thời hội nhập vào mạng lưới kiểm chuẩn trong khu vực và quốc tế[1]. Đặt ra một triển vọng mới trong tương lai, chúng tôi tin rằng việc thực hiện chương trình ngoại kiểm trong chẩn đoán nhiễm H. pylori đảm bảo tính đồng nhất và độ ổn định đáp ứng tiêu chuẩn ISO 13528:2015 và ISO/IEC 17043 về Việc đánh giá sự phù hợp – Yêu cầu chung đối với thử nghiệm thành thạo là hoàn toàn hữu ích góp phần đánh giá, cải tiến, nâng cao CLXN, và hiệu quả chẩn đoán trên nền tảng kết quả test nhanh chính xác[6],[7]. *Mục tiêu nghiên cứu: Sản xuất thử nghiệm mẫu huyết thanh chứa kháng thể IgG kháng H. pylori ứng dụng trong ngoại kiểm test nhanh. Đánh giá tính đồng nhất và độ ổn định của mẫu sau sản xuất.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian thực hiện: Tháng 11/2018 – 5/2019.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Kiểm chuẩn Chất lượng Xét nghiệm Y học – Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng nghiên cứu: Mẫu huyết thanh dương tính với kháng thể IgG kháng H. pylori (IgG – H. pylori). Mẫu huyết thanh âm tính với kháng thể IgG kháng H. pylori.

Vật liệu và phương pháp nghiên cứu: Mẫu HT trộn của bệnh nhân dương tính với KT IgG kháng H. pylori (các kết quả được thực hiện bằng test nhanh với CIM), đã được sàng lọc với HBsAg, Anti HCV, Anti HIV bằng kỹ thuật XN test nhanh. Mẫu huyết thanh âm tính với KT IgG kháng H.pylori lấy từ túi huyết tương tươi đông lạnh đã qua quá trình chuyển đổi, đồng thời cho kết quả âm tính với IgG – H. pylori (được thực hiện bằng XN test nhanh với CIM).

Quy trình thực hiện: - Các mẫu huyết thanh sau khi thu thập có kết quả âm tính với với 3 tác nhân nhiễm trùng HBsAg, Anti – HCV, Anti – HIV, đồng thời được xác định đặc tính với 2 sinh phẩm test nhanh (MP Diagnostic Assure H. pylori Rapid Test, Onsite H. pylori Ab Combo Ab Rapid Test) và 1 sinh phẩm ELISA (Helicobacter pylori IgG ELISA). Tất cả các mẫu được lưu trữ ở

tủ đông - 80ºC.

- Đánh giá độ đặc hiệu của KT IgG kháng H. pylori bằng kỹ thuật ELISA.

- Phân phối huyết thanh vào các cryo tube (tube âm sâu), dán nhãn, sản xuất các bộ mẫu sau quá trình đông khô. Đánh giá độ ổn định trên từng bộ mẫu lưu trữ ở 2 mức nhiệt độ -20°C và -80ºC trong 4, 8 tuần. Đánh giá độ ổn định trong điều kiện vận chuyển giả định sau 3, 7 ngày. Quá trình đánh giá đều được đo lặp lại 2 lần trên 10 mẫu chọn ngẫu nhiên ở từng bộ mẫu, thực hiện bằng kỹ thuật ELISA (tức mỗi ống nghiệm được xét nghiệm trên 2 giếng ELISA). Giá trị mật độ quang (OD) tỷ lệ thuận với lượng kháng thể IgG trong mẫu thử.

- Đánh giá độ ổn định của mẫu bằng cách lựa chọn ngẫu nhiên 3 mẫu/bộ mẫu, thực hiện bằng kỹ thuật ELISA tương tự như quá trình đánh giá tính đồng nhất.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả xác định đặc tính mẫu: Mẫu chuẩn được xác định đặc tính bằng nhiều loại sinh phẩm khác nhau. Các sinh phẩm là những sinh phẩm chẩn đoán invitro được Bộ Y tế cấp phép lưu hành và được sử dụng phổ biến tại các phòng xét nghiệm.

Bảng 3.1. Kết quả xác định đặc tính mẫu chuẩn bằng nhiều loại sinh phẩm

Loại mẫu	ELISA ($OD_{mẫu}/OD_{Cut-off}$)			Test nhanh		Test nhanh	
	Helicobacter pylori IgG ELISA			MP Diagnostic Assure H. pylori Rapid Test		Onsite H. pylori Ab Combo Ab Rapid Test	
	Lần 1	Lần 2	Trung bình	Lần 1	Lần 2	Lần 1	Lần 2
Mẫu dương	2,70	2,80	2,75	(+)	(+)	(+)	(+)
Mẫu âm	0,30	0,27	0,29	(-)	(-)	(-)	(-)

Từ bảng 3.1 cho thấy các mẫu đều đạt tiêu chuẩn để đưa vào quá trình sản xuất thử nghiệm, cụ thể: mẫu IgG – H. pylori dương có giá trị OD trung bình là 2,75 > 1,2 (giá trị COI); mẫu IgG – H. pylori âm có giá trị OD trung bình là 0,29 < 0,8 (giá trị COI).

Các mẫu huyết thanh được phân phối vào các cryo tube (tube âm sâu) và xử lý bằng phương pháp đông khô. Chúng tôi sản xuất được 2 bộ mẫu huyết thanh đông khô: bộ mẫu dương tính (KD) và bộ mẫu âm tính với IgG – H. pylori (KA).

Kết quả đánh giá tính đồng nhất bộ mẫu đông khô

Bảng 3.2. Kết quả đánh giá tính đồng nhất bộ mẫu đông khô

Chỉ số	Bộ mẫu kd	Bộ mẫu ka
MEAN	2,72	0,26
SD	0,07	0,01
CV%	2,56	3,18
MS_b	0,01	0,00
MS_w	0,00	0,00
$F_{thực\ nghiệm}$	**2,96**	**1,39**
$F_{lý\ thuyết}$	F = 3,02, với k1 = 9, k2 = 10, α = 0,05	
Kết luận	**Mẫu đạt đồng nhất**	**Mẫu đạt đồng nhất**

Từ bảng 3.3 cho thấy bộ mẫu KD có giá trị $F_{thực\ nghiệm}$ là 2,96 < giá trị $F_{lý\ thuyết}$ là 3,02 (tra bảng phân phối F với độ tự do d.f1 = 9, d.f2 = 10); bộ mẫu KA có giá trị $F_{thực\ nghiệm}$ là 1,39 < giá trị $F_{lý\ thuyết}$ là 3,02 (tra bảng phân phối F với độ tự do d.f1 = 9, d.f2 = 10). Như vậy, ta chấp nhận giả thuyết H_0, kết luận các mẫu trong bộ mẫu KD và KA đều đạt tính đồng nhất.

Kết quả đánh giá độ ổn định của bộ mẫu mẫu đông khô

Bảng 3.3. Kết quả đánh giá độ ổn định dài hạn của bộ mẫu KD

BỘ MẪU KD	Ban đầu (T0)	4 tuần		8 tuần	
		-20°C	-80°C	-20°C	-80°C
Mean	**2,72**	2,65	2,66	2,68	2,65
SD	**0,07**	0,04	0,05	0,06	0,08
CV%	2,56	1,58	1,78	2,35	3,06
$t_{thực\ nghiệm}$		2,00	1,80	1,25	1,89
$t_{lý\ thuyết}$		1,72		2,07	
P (T ≤ t) (2-tailed)		**0,06**	**0,09**	**0,23**	**0,07**
Kết luận		**Mẫu đạt ổn định**		**Mẫu đạt ổn định**	

Từ bảng 3.3 cho thấy các mẫu huyết thanh có IgG – H. pylori dương tính lưu trữ ở -20°C đạt ổn định trong 4 tuần, 8 tuần với giá trị p = 0,06 và 0,23 tương ứng (p > 0,05); ở nhiệt độ -80°C tuy lượng kháng thể có giảm nhưng vẫn đạt được độ ổn định trong 4 tuần, 8 tuần với giá trị p = 0,09 và 0,07 tương ứng (p > 0,05).

Bảng 3.4. Kết quả đánh giá độ ổn định dài hạn của bộ mẫu KA

Bộ mẫu ka	Ban đầu (T0)	4 tuần		8 tuần	
		-20°C	-80°C	-20°C	-80°C
Mean	**0,26**	0,26	0,26	0,25	0,26
SD	**0,01**	0,01	0,01	0,01	0,01
CV%	3,18	3,66	3,29	5,43	3,01
$t_{thực\ nghiệm}$		0,90	-0,64	1,66	0,39
$t_{lý\ thuyết}$		1,72		2,07	
P (T ≤ t) (2-tailed)		**0,38**	**0,53**	**0,11**	**0,70**
Kết luận		**Mẫu đạt ổn định**		**Mẫu đạt ổn định**	

Từ bảng 3.4 cho thấy các mẫu huyết thanh có IgG – H. pylori âm tính lưu trữ ở 2 mức nhiệt độ -20°C và -80°C đều đạt ổn định trong 4 tuần, 8 tuần với các giá trị p > 0,05.

Bảng 3.5. Kết quả đánh giá độ ổn định ngắn hạn của bộ mẫu KD và KA

Chỉ số		Bộ mẫu KD			Bộ mẫu KA	
	T0	Sau 3 ngày	Sau 7 ngày	T0	Sau 3 ngày	Sau 7 ngày
Mean	**2,72**	2,65	2,66	**0,26**	0,27	0,27
SD	**0,07**	0,07	0,02	**0,01**	0,01	0,01
CV%	**2,56**	2,46	0,83	**3,18**	2,83	4,37
$t_{thực\ nghiệm}$		2,00	1,60		-2,01	-0,72
$t_{lý\ thuyết}$		2,07			2,07	
P (T ≤ t) (2-tailed)		**0,06**	**0,12**		**0,06**	**0,48**
Kết luận		**Mẫu đạt ổn định**			**Mẫu đạt ổn định**	

Từ bảng 3.6 cho thấy bộ mẫu KD và KA đều đạt ổn định (p > 0,05) ở điều kiện vận chuyển giả định (nhiệt độ 2 – 8°C) sau 3 ngày và 7 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Sản xuất thử nghiệm bộ mẫu huyết thanh chứa kháng thể IgG kháng H. pylori bằng phương pháp đông khô. Các mẫu huyết thanh dương tính với IgG - H. pylori được chiết tách từ ống máu không chống đông của bệnh nhân với thể tích nhỏ, do đó chúng tôi tiến hành trộn lại với số lương ít hơn hoặc bằng 10 mẫu huyết thanh bệnh nhân vào một ống, và được sàng lọc với các tác nhân HBsAg, Anti – HCV, Anti – HIV bằng kỹ thuật test nhanh. Tất cả các mẫu huyết thanh sau khi thu thập tại bệnh viện được lưu trữ ở nhiệt độ -80ºC cho đến khi đủ mẫu. Đối với mẫu âm tính được thu thập từ túi huyết tương đông lạnh sẽ qua quá trình chuyển đổi huyết tương thành huyết thanh và được xét nghiệm kháng thể IgG - H. pylori bằng 2 kỹ thuật XN test nhanh với CIM và ELISA.

Bên cạnh, một nghiên cứu của Yelda A. Leal và cộng sự (2008) đã chỉ ra rằng độ đặc hiệu của xét nghiệm ELISA – IgG với độ nhạy thấp 79,2% và độ đặc hiệu cao 92,4% so với xét nghiệm Western Blot có độ nhạy 91,3% và độ đặc hiệu 89%[4]. Nghiên cứu của Ogaka SK và cộng sự (2018) đã cho thấy xét nghiệm huyết thanh học ELISA không có bất kỳ phản ứng chéo nào đối với các loài vi khuẩn khác[5]. Chính vì những minh chứng trên, chúng tôi quyết định chọn xét nghiệm ELISA để đánh giá độ đặc hiệu của kháng thể IgG kháng H. pylori.

Chính vì thế, chúng tôi tiến hành sản xuất mẫu ngoại kiểm bằng cách tạo các bộ mẫu (dương tính và âm tính với IgG – H. pylori) được xử lý bằng phương pháp đông khô đảm bảo tính đồng nhất và độ ổn định đáp ứng tiêu chuẩn ISO 13528:2015 và ISO/IEC 17043 về Việc đánh giá sự phù hợp – Yêu cầu chung đối với thử nghiệm thành thạo[6], [7],[8].

Việc xác định đặc tính mẫu ban đầu là cần thiết. Chúng tôi dùng 3 loại sinh phẩm chẩn đoán invitro được Bộ Y tế cấp phép lưu hành và được sử dụng phổ biến tại các PXN, bao gồm 2 sinh phẩm nhanh được sử dụng phổ biến ở các PXN tại Việt Nam (MP Diagnostic Assure H. pylori Rapid Test, Onsite H. pylori Ab Combo Ab Rapid Test) và 1 sinh phẩm ELISA (Helicobacter pylori IgG ELISA).

Một nghiên cứu về sử dụng huyết thanh đông khô dùng làm vật liệu QC và bộ mẫu đánh giá độ thành thạo không khuyến cáo dùng mẫu dương tính yếu do quá trình XN ELISA cần pha loãng mẫu sẽ làm giảm lượng kháng thể so với ban đầu. Thêm vào đó, bộ mẫu dương tính được tạo nên từ việc trộn huyết thanh của nhiều bệnh nhân sau khi đã được sàng lọc các tác nhân nhiễm trùng và xác định đặc tính[6]. Do đó, chúng tôi cân nhắc và quyết định chỉ sản xuất bộ mẫu dương tính và âm tính thật sự, không tạo mẫu dương yếu bằng cách pha loãng.

Quá trình sản xuất mẫu sử dụng nhiều sinh phẩm khác nhau bắt đầu từ giai đoạn thu thập nguyên liệu và xác định đặc tính mẫu. Việc lựa chọn các loại sinh phẩm với những nguyên lý và số lượng khác nhau đã đáp ứng được các hướng

dẫn về sản xuất mẫu ngoại kiểm của WHO. Chúng tôi dùng xét nghiệm ELISA để đánh giá độ đặc hiệu của KT IgG kháng H. pylori.

Đánh giá tính đồng nhất và độ ổn định của mẫu đông khô sau sản xuất.

Đây là phương pháp được sử dụng phổ biến trong sản xuất mẫu ngoại kiểm. Bên cạnh, vật liệu ở trạng thái đông khô đạt độ ổn định hơn các vật liệu ở trạng thái lỏng khi đặt trong quá trình lưu trữ và vận chuyển ở hầu hết mức nhiệt độ.

Một nghiên cứu của Bharat S. Parekh và cộng sự (2010) đã cho thấy lượng kháng thể đều ổn định trong suốt quá trình lưu trữ 1 tháng ở nhiều mức nhiệt độ (4°C, 25°C, 37°C và 45°C). Tại nhiệt độ càng cao lượng kháng thể có xu hướng giảm tuy nhiên vẫn không ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm. Thêm vào đó, mẫu huyết tương đông khô cũng tương tự như các mẫu máu ở dạng đông khô an toàn, ít nguy hiểm và có lợi thế hơn huyết thanh đông lạnh (hạn chế được tác động của nhiệt độ trong quá trình vận chuyển và chi phí sản xuất)[6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được quy trình sản xuất bộ mẫu huyết thanh đông khô có chứa kháng thể IgG kháng H. pylori đạt tính đồng nhất và độ ổn định có thể ứng dụng trong ngoại kiểm test nhanh.

Trong điều kiện các PXN tại Việt Nam (bao gồm cả PXN quy mô nhỏ và các PXN thuộc tuyến huyện vẫn có thể tham gia chương trình ngoại kiểm test nhanh dễ dàng do chí phí thấp), góp phần cải tiến chất lượng xét nghiệm liên tục phục vụ vì lợi ích của cộng đồng. Ngoài ra việc sàng lọc sớm quần thể nhiễm H. pylori trong cộng đồng là hết sức cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn trong việc hỗ trợ chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2013),** Thông tư 01/2013/TT-BYT ngày 11/03/2013 về "Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám chữa bệnh.
2. **Vũ Quang Huy, Nguyễn Thị Quỳnh Nga, (2017),** "Xây dựng quy trình thử nghiệm sản xuất mẫu huyết thanh ứng dụng trong ngoại kiểm hóa sinh", Tạp chí Y học thực hành, 21 (5), Tr. 210 – 214.
3. **Trần Thiện Trung, (2008),** Bệnh dạ dày tá tràng và nhiễm Helicobacter pylori, NXB Y Học.
4. **Yelda A. Leal, Laura L. Flores, Laura B.** García – Cortés, Roberto Cedillo – Rivera and Javier Torres, (2008),"Antibody based detection tests for the diagnosis of Helicobacter pylori infection in children: A Meta – Analysis", Plos One, 3(11): e3751.
5. **Ogata SK, Camorlinga-Ponce M, Granato CFH, Rohr MRDS,** Artigiani Neto R, Kawakami E, "Development and validation of a whole-cell ELISA for serologically diagnosing Helicobacter pylori in Brazilian children and adults: a diagnostic accuracy study", (2018), Sao Paulo Med, 136(5), pp.442-448.
6. **Bharat S.Parekh, Juliana Anyanwu, HetalPatel, et al, (2010**), "Dried tube specimens: A simple and cost-effective method for preparation of HIV", Journal of Virological Methods, 163(2), 295 – 300.
7. **ISO 13528 (2015),** "Statistical methods for use in proficiency testing by interlaboratory comparisions", International Organization for Standardization, First edition.
8. **ISO/IEC 17043:2011(2011),** "Conformity assessment - General requirements for proficiency testing", International Organization for Standardization, First edition.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC GIAI ĐOẠN BỆNH Ở TRẺ EM NHIỄM HBV MẠN TÍNH

Nguyễn Đăng Hoàn[1], Nguyễn Phạm Anh Hoa[2], Phùng Thị Bích Thủy[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề. Việc điều trị kịp thời viêm gan B trong giai đoạn phản ứng miễn dịch là rất quan trọng vì chậm hoặc không điều trị trong giai đoạn này dẫn đến tăng tỷ lệ mắc bệnh xơ gan hoặc ung thư biểu mô tế bào gan ở trẻ em châu Á. **Mục tiêu**. Mô tả kiểu hình lâm sàng và giai đoạn bệnh của trẻ nhiễm HBV mạn tính. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu**. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 213 bệnh nhân tại bệnh viện Nhi trung ương và bệnh viện Saint Paul từ 01/04/2018 đến 31/03/2019. Các thông tin thu thập gồm tuổi, giới, địa chỉ, tiền sử mẹ mắc bệnh, tiền sử tiêm dự phòng ngay sau sinh, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng. **Kết quả**. Trẻ nam 59,2%, nữ 40,8% (p=0,008). Trẻ ≤ 5 tuổi 62%, >5 tuổi 38% (p<0,01). Tuổi trung bình 4,5 ± 3,5 tuổi. 84,9% mẹ bị viêm gan B trong đó 41,4% phát hiện trước sinh và 25,3% số này trẻ đã được tiêm dự phòng. 31,9% khám do mẹ bị bệnh, còn lại phát hiện do tình cờ. 70% không triệu chứng lâm sàng. 49,6% ở giai đoạn dung nạp miễn dịch, 43,9% ở giai đoạn hoạt động miễn dịch, 6,5% ở giai đoạn tái hoạt miễn dịch, đặc biệt không có bệnh nhân nào mang bệnh thể không hoạt động. Tuổi trung bình (năm), AST (UI/L), ALT (UI/L), HBV DNA (copies/mL) của giai đoạn dung nạp miễn dịch, hoạt động miễn dịch, tái hoạt miễn dịch lần lượt: 5,5±3,6, 42,7 ± 14,3, 34,7±20,9, 7,2 x 10^8± 4,1x 10^8; 4.5±3.5,

[1]Bệnh viện Saint Paul
[2]Bệnh viện Nhi trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Hoàn
Email: hoannd89@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 21.5.2019
Ngày duyệt bài: 28.5.2019

142,6 ± 122,6, 181,0±170,1, $5.1x10^8$±$4.1x10^8$; 2.6± 2.9, 291,1 ± 196,1, 355,3 ± 223,9, $3.2x10^8$±$4.2x10^8$. **Kết luận**. Phần lớn trẻ không có triệu chứng lâm sàng, phát hiện do tình cờ. Tại thời điểm phát hiện bệnh chủ yếu ở giai đoạn dung nạp miễn dịch (49,6%) và hoạt động miễn dịch (43,9%).

Từ khóa: nhiễm HBV mạn tính, trẻ em, thể lâm sàng, giai đoạn bệnh.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND STAGES OF CHRONIC HBV INFECTION IN CHILDREN

Background. Timely treatment in the immune-reactive phase is crucial as delayed or no treatment in this phase results in increased incidences of liver cirrhosis or Hepatocellular carcinoma in Asian children. **Objective**. Describe the clinical phenotypes and stages of chronic HBV infection in children. **Material and Methods.** Descriptive cross-sectional study of 213 patients at the National Pediatric Hospital and Saint Paul Hospital from April 1, 2018 to March 31, 2019. The collected informations include age, gender, address, history of maternal HBV infection and antiviral prophylaxis, clinical and subclinical symptoms. **Results**. Male 59,2%; female 40,8% (p = 0,008). ≤ 5 years old 62%; > 5 years old 38% (p <0,01). Average age is 4,5 ± 3,5 years old. 84,9% of mothers have hepatitis B, of which 41,4% found antenatal, and 25,3% of their children received prophylactic injections. 31,9% consulted because of their mother's disease, left discovered by accident. 70% without clinical symptoms. 49,6% in the immune-tolerant phase; 43,9% in the immune-reactive phase, 6.5% in the immune reactivation phase, no inactive carrier. Average age (years), AST (UI/L), ALT (UI/L), HBV DNA (copies/mL) of the immune-tolerant, immune-reactive, and immune reactivation phase respectively: 5,5±3,6, 42,7±14,3, 34,7±20,9, $7,2x10^8$±$4,1x10^8$; 4.5 ± 3.5, 142,6 ± 122,6, 181,0±170,1, $5.1x10^8$±$4.1x10^8$; 2.6 ± 2.9, 291,1 ± 196,1, 355,3±223,9, 3.2 x 10^8 ± 4.2 x 10^8. **Conclusions**. Most children do not have clinical symptoms, accidentally diagnosed. At the time of disease detection mainly in the immune-tolerant phase (49,6%) and immune- reactive phase (43,9%).

Keywords: Chronic HBV infection, children, clinical phenotype, disease phases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan B là một bệnh nhiễm trùng gây tổn thương gan có thể đe dọa tính mạng do virus viêm gan B (hepatitis B virus-HBV) gây ra. Hầu hết trẻ nhiễm HBV mạn tính không biểu hiện triệu chứng [1]. Tuy nhiên, bệnh có thể tiến triển thành viêm gan mạn hoạt động, nhất là nếu vẫn có sự nhân lên của virus. Quan niệm sai lầm phổ biến nhất của các bác sĩ là viêm gan B mãn tính (Chronic Hepatitis B-CHB) ở trẻ em có thể được theo dõi mà không cần điều trị cho đến khi trẻ trưởng thành [2]. Nguy cơ mắc ung thư tế bào gan liên quan đến HBV ở trẻ em châu Á cao hơn so với trẻ em phương Tây. Nguy cơ này có thể xảy ra khi quá trình tổn thương gan diễn ra trong thời gian dài. Do đó, điều trị kịp thời trong giai đoạn phản ứng miễn dịch là rất quan trọng để hạn chế tỷ lệ mắc bệnh xơ gan hoặc ung thư biểu mô tế bào gan khi trẻ bước vào tuổi trưởng thành [2]. Ở Hàn Quốc, tỷ lệ bệnh nhân CHB bước vào giai đoạn phản ứng miễn dịch là 11,7% ở trẻ nhỏ <12 tuổi và 39,7% ở trẻ <18 tuổi. Điều này cho thấy mọi trẻ em nhiễm HBV cần được theo dõi chặt chẽ để hạn chế tối đa các biến chứng của bệnh [2]. Cho tới nay, tại Việt Nam, còn ít các nghiên cứu về đánh giá thể lâm sàng và giai đoạn bệnh đặc biệt là trên đối tượng là trẻ em mắc bệnh mạn tính. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng và các giai đoạn bệnh ở trẻ em nhiễm HBV mạn tính" với mục tiêu: Mô tả kiểu hình lâm sàng và các giai đoạn bệnh của trẻ nhiễm HBV mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: 01/04/2018 – 31/03/2019.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Gan mật bệnh viện Nhi Trung Ương và Khoa Nhi Tiêu hóa- Dinh dưỡng - Lây bệnh viện Saint Paul.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm HBV mạn tính thỏa mãn các tiêu chuẩn: có HBsAg (+) ≥ 6tháng và người giám hộ của bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

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

2.5. Mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới, địa chỉ, tiền sử mẹ mắc bệnh, tiền sử tiêm dự phòng ngay sau sinh. triệu chứng lâm sàng, AST, ALT, các dấu ấn virus HBsAg, HBeAg, anti-HBs, anti-HBe, antiHBcIgM, antiHBc total, HBV DNA, giai đoạn bệnh. Nhiễm HBV mạn tính được phân thành bốn giai đoạn miễn dịch: giai đoạn dung nạp miễn dịch, giai đoạn hoạt động miễn dịch, giai đoạn mang bệnh không hoạt động và giai đoạn tái hoạt động [3].

2.7. Quản lý, phân tích số liệu: Kiểm tra số liệu bằng phương pháp thủ công trên bệnh án nghiên cứu và dữ liệu sau khi nhập. Nhập và phân tích số liệu bằng SPSS 16.0. Các kết quả được tính toán: tỷ lệ phần trăm, so sánh các tỷ lệ, mối tương quan giữa các biến số. Các test nghiên cứu: χ^2 test, T test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 213 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu gồm 126 bệnh nhân nam chiếm 59,2%; 87 bệnh nhân nữ chiếm 40,8%.

Bệnh nhân đến từ 27 tỉnh miền Bắc và miền Trung Việt Nam, trong đó Hà Nội chiếm nhiều nhất với 45 bệnh nhân tương ứng 21,1%; tiếp sau đó là Bắc Ninh và Nghệ An lần lượt chiếm 11,7 và 9,4%. Các tỉnh Cao Bằng, Hà Giang, Tuyên Quang, Yên Bái, Quảng Ninh, Quảng Trị, Gia Lai chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 0,5%.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n (%)				
Tuổi	≤ 5 tuổi	213	132 (62%)	Min-max 0,1-16,8	Trung bình 4,5 ± 3,5
	> 5 tuổi		81 (38%)		
Giới	Nam	213	126 (59,2%)	p=0,008	
	Nữ		87 (40,8%)		
Mẹ nhiễm HBV	Có	213	181(84,9%)		
	Không		21(9,9%)		
	Chưa xác định		11(5,2%)		
Dự phòng ngay sau sinh	Có	75	19(25,3%)		
	Không		55(73,3%)		
	Không nhớ		1(1,3%)		

Số bệnh nhân nam mắc bệnh nhiều hơn nữ (p=0,008). Bệnh nhân dưới 5 tuổi nhiều hơn trên 5 tuổi (p<0,01). Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán bệnh là 4,5 ± 3,5 tuổi.

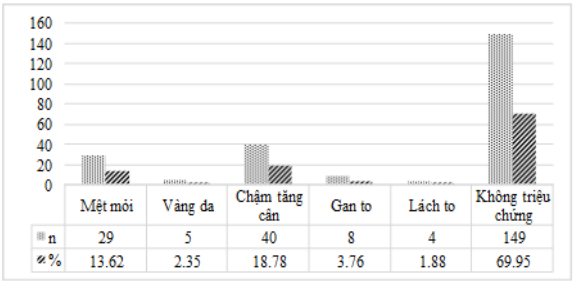
Có 181 bệnh nhân có mẹ nhiễm HBV, chiếm 84,9%. 75 người phát hiện bệnh trước sinh, trong số đó có 19 trẻ được tiêm dự phòng viêm gan B ngay sau sinh chiếm 25,3% (10,5% trong số 181 trường hợp), và có 1 trường hợp (1,3%) không rõ được tiêm hay không.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thể bệnh

Bảng 3.2. Lý do khám bệnh

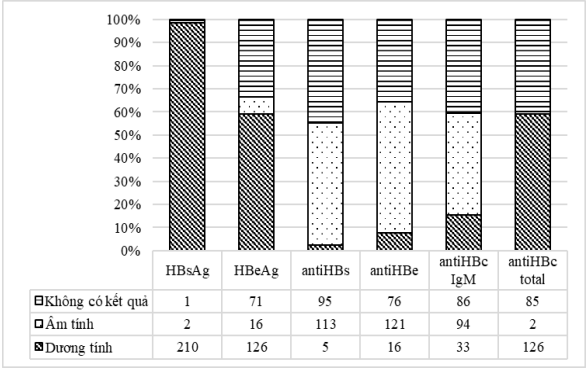
Lý do khám bệnh	n	%
Khám sức khỏe	61	28,6
Phát hiện qua sàng lọc	80	37,6
Mẹ có HBV	68	31,9
Vàng da	4	1,9
Tổng	**213**	**100**

37,6% trẻ phát hiện bệnh qua sàng lọc khi đang điều trị bệnh lý khác; 31,9% đi khám do mẹ bị bệnh trước đó; 28,6% phát hiện do kiểm tra sức khỏe; 1,9% phát hiện do vàng da.



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng

69,9% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, các triệu chứng khác gồm chậm tăng cân 18,8%, mệt mỏi 13,6%, vàng da 2,4%, triệu chứng gan to và lách to cũng gặp ở lần lượt 3,8% và 1,9%.



Biểu đồ 3.2: *Tỷ lệ các marker virus dương tính*

Có 2 trường hợp HBsAg(-). 88,7% HBeAg (+), tỷ lệ antiHBs và antiHBe (+) lần lượt là 4,2% và 11,7%. AntiHBcIgM và antiHBc total (+) lần lượt là 26% và 98,4%.

Bảng 3.3: Tỷ lệ giai đoạn bệnh tại thời điểm phát hiện bệnh

Giai đoạn	n	%	%
Giai đoạn dung nạp miễn dịch	69	32,4	49,6
Hoạt động miễn dịch	61	28,6	43,9
Tái hoạt miễn dịch	9	4,2	6,5
Mang bệnh không hoạt động	0	0	0
Không xác định	74	34,8	
Tổng	**213**	**100**	**100**

34,8% bệnh nhân không xác định được thể lâm sàng. Trong số còn lại 49,6% ở giai đoạn dung nạp miễn dịch (DNMD), 43,9% ở giai đoạn hoạt động miễn dịch (HĐMD), 6,5% ở giai đoạn tái hoạt miễn dịch (THMD), không có bệnh nhân mang bệnh thể không hoạt động.

Bảng 3.4: Đặc điểm tuổi và giới tính theo các giai đoạn bệnh

So sánh giữa các giai đoạn		Tuổi trung bình		Giới		
		Mean (năm)	p	Nam	Nữ	p
DNMD		5,5±3,6		35	34	0,904
	HĐMD	4,5±3,5	0,346	36	25	0,159
	THMD	2,6±2,9	0,056	7	2	0,096
HĐMD		4,5±3,5				
	DNMD	5,5±3,6	0,346			
	THMD	2,6±2,9	0,248			

Tuổi trung bình và sự khác biệt về giới của ba giai đoạn khác nhau không có ý nghĩa thống kê (p>0,05)

Bảng 3.5: Đặc điểm xét nghiệm của các giai đoạn bệnh

So sánh giữa các giai đoạn		AST		ALT		AST-ALT	HBV DNA	
		Mean (UI/L)	p	Mean (UI/L)	p	p	Mean (copies/mL)	p
DNMD		42,7±14,3		34,7±20,9		0,000	$7,2x10^8±4,1x10^8$	
	HĐMD	142,6±122,6	0,002	181,0±170,1	0,000	0,000	$5,1x10^8±4,1x10^8$	0,049
	THMD	291,1±196,1	0,000	355,3±223,9	0,000	0,001	$3,2x10^8±4,2x10^8$	0,112
HĐMD		140,7±122,4		179,1±169,6			$5,1x10^8±4,1x10^8$	
	DNMD	41,9±13,0	0,002	32,9±14,1	0,000		$7,2x10^8±4,1x10^8$	0,049
	THMD	291,3±196,2	0,018	355,2±223,9	0,001		$3,2x10^8±4,2x10^8$	0,729

Trong giai đoạn DNMD giá trị AST thường cao hơn ALT trong khi đó ở giai đoạn HĐMD và THMD giá trị ALT thường cao hơn AST, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p< 0,01). Giá trị trung bình của AST ở nhóm THMD cao hơn nhóm HĐMD (p=0,018), cả 2 nhóm đều cao hơn nhóm DNMD (p lần lượt là <0,001 và 0,002). Giá trị trung bình của ALT ở giai đoạn THMD cao hơn ở giai đoạn HĐMD, và cả 2 đều cao hơn ở giai đoạn DNMD (p<0,01). Tải lượng virus trung bình ở giai đoạn DNMD cao hơn giai đoạn HĐMD (p=0,049). Trong khi tải lượng virus (HBV DNA) trung bình ở nhóm THMD so với nhóm DNMD và HĐMD là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với lần lượt p=0,112 và p=0,729.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhi nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 213 bệnh nhân, tỷ lệ nam chiếm 59,2%, nhiều hơn bệnh nhân nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Ulaş Emre Akbulut với 64% trẻ nam [3]. Có tác giả cho rằng tỷ lệ nữ thấp hơn nam có thể do ảnh hưởng của estrogen trong bảo vệ và chống đỡ của tế bào gan đối với sự phát triển của bệnh gan mạn tính [4]. 90% trẻ sơ sinh bị phơi nhiễm sẽ trở thành CHB trong khi chỉ có 25% đến 50% nếu trẻ bị nhiễm ở độ tuổi từ 1 - 5 tuổi và tỷ lệ này giảm dần, còn < 5% ở người lớn [5]. Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán bệnh của chúng tôi là 4,5 ±3,5 tuổi, trong đó đa số là dưới 5 tuổi (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0,025). Tuổi trung bình trong nhiên cứu này thấp hơn trong một số nghiên cứu khác như Tugba Sari là 7,27 ± 3,45 tuổi [6] hay của Ulaş Emre Akbulut là 14,95 ± 2,94 tuổi [3]. Điều này có thể do tỷ lệ lưu hành HBV ở các quốc gia khác nhau nên việc khám sàng lọc bệnh viêm gan B là khác nhau ở các quốc gia. Việt Nam nằm trong khu vực dịch tễ cao với tỷ lệ nhiễm >8% trong khi hai nghiên cứu trên đều ở Thổ Nhĩ Kỳ- quốc gia nằm trong vùng dịch tễ trung bình với tỷ lệ nhiễm 6,2% [3].

Bệnh nhân trong nghiên cứu đến từ 27 tỉnh ở miền Bắc và miền Trung Việt Nam. Bệnh nhân sống ở Hà Nội chiếm nhiều nhất (21,1%); tiếp đó là Bắc Ninh và Nghệ An (lần lượt chiếm 11,7 và 9,4%). Có nhiều tỉnh thành chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 0,5%. Kết quả này chưa phản ánh được tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ em tại các địa phương do số bệnh nhân còn ít, hai bệnh viện nằm tại Hà Nội đồng thời một số tỉnh thành khác cũng quản lý nhóm bệnh này.

181 bệnh nhân của chúng tôi có mẹ nhiễm HBV, chiếm tỷ lệ 84,9%, 21 bà mẹ khác không nhiễm và 11 người chưa được xác định tình trạng nhiễm HBV, chiếm tỷ lệ lần lượt là 9,9% và 5,2%. Kết quả này cho thấy trẻ bị lây truyền HBV từ mẹ chiếm tỷ lệ khá cao. Điều này phù hợp do con đường lây nhiễm dọc từ mẹ sang con là nguồn lây nhiễm chính ở nhiều quốc gia ở vùng dịch tễ cao trong khi các con đường ngoài chu sinh là nguyên nhân chính tại các quốc gia có dịch tễ trung bình.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thể bệnh. Có 31,9% trẻ đi khám do mẹ phát hiện bị bệnh trước đó, số còn lại phát hiện bệnh

tình cờ do phát hiện tăng men gan trong khi đang điều trị bệnh lý khác hay kiểm tra sức khỏe. Điều này cho thấy cần cân nhắc kế hoạch sàng lọc bệnh lý này ở đất nước có tỷ lệ mắc bệnh cao như Việt Nam. Phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng (149/213 bệnh nhân tương ứng 70%). Kết quả này phù hợp với kết quả của Ladhani SN trên 325 trẻ bị CHB có đến 66% trẻ không có triệu chứng [1]. Chỉ 18,8% bệnh nhân của chúng tôi có chậm tăng cân; 13,6% có mệt mỏi. Đây là các triệu chứng cơ năng không đặc hiệu của bệnh. Ngoài ra vàng da gặp ở 2,3% trẻ, gan to, lách to cũng gặp ở lần lượt 3,8% và 1,9% trẻ. Không trẻ nào có các biểu hiện của suy gan, xơ gan như cổ chướng, tuần hoàn bàng hệ, sao mạch… Các triệu chứng chúng tôi gặp cũng phù hợp với tác giả Nicholas John Bennett khi nhận định các triệu chứng phổ biến bao gồm mệt mỏi, chán ăn và vàng da nhẹ [5].

Không phải tất cả bệnh nhân đều được làm tất cả các dấu ấn HBV ngay từ đầu. Có 2 trường hợp HBsAg âm tính và 1 trẻ không được xét nghiệm nhưng các trường hợp đều xác định được HBV DNA và có antiHBc dương tính. 88,7% trẻ làm HBeAg cho kết quả dương tính, tỷ lệ dương tính antiHBs và antiHBe lần lượt là 4,2% và 11,7%. Sự xuất hiện của chuyển đảo huyết thanh có thể xảy ra sớm do hầu hết các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trung bình hàng năm của chuyển đổi huyết thanh HBeAg tự phát dao động 8-15% ở trẻ em hoặc người lớn có ALT tăng. Tỷ lệ này thường dưới 2% trong 3 năm đầu và sau đó tăng lên 4-5% [7]. Trong số trẻ HBsAg(+), có 60% trẻ có HBeAg(+), tương tự nghiên cứu của Ladhani SN là 69,8% [1].

34,8% bệnh nhân chưa xác định được giai đoạn bệnh tại thời điểm chẩn đoán bệnh, phần lớn do không có đủ xét nghiệm cần thiết. Trong số xác định được giai đoạn, có 49,6% bệnh nhân thuộc giai đoạn dung nạp miễn dịch (DNMD), được xác định khi HBeAg dương tính, ALT <40 IU/L và HBV DNA > 10^5 copies/mL [8]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Ulaş Emre Akbulut với 40,7% bệnh nhân [3] hay của Tugba Sari với 37,2% bệnh nhân [6].

Nếu hệ thống miễn dịch ở giai đoạn DNMD có thể tạo ra phản ứng đầy đủ, tổn thương bắt đầu xảy ra trong các tế bào gan bị nhiễm do tương tác giữa hệ thống miễn dịch và virus [3]. Bệnh nhân bước vào giai đoạn hoạt động miễn dịch (HĐMD), được xác định là mức ALT > 40 IU/L và HBV DNA dao động [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có 43,9% bệnh nhân ở giai đoạn HĐMD. Tỷ lệ này cũng khác nhau trong các nghiên cứu khác nhau, như của Ulaş Emre Akbulut chỉ có 20% [3] hay của Tugba Sari là 30,2% [6].

Sau giai đoạn đó, men gan giảm xuống bình thường hoặc gần bình thường, bệnh chuyển sang giai đoạn mang bệnh không hoạt động [3], được xác định là mất HBeAg, ALT <40 IU/L và HBV DNA <10^4 copies/mL [8]. Tỷ lệ giai đoạn này này là 39,3% theo Ulaş Emre Akbulut [3], hay theo Tugba Sari là 32,6% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào, điều này có thể do phần lớn bệnh nhân của chúng tôi là tình cờ phát hiện bệnh do men gan tăng.

Chúng tôi thấy không có sự khác biệt về giới tính và tuổi trung bình ở cả ba giai đoạn bệnh. Điều này khác so với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác đều cho rằng giai đoạn DNMD kéo dài tới 10-40 năm. Ngay cả với trẻ nhiễm HBV từ trước sinh, việc chuyển giai đoạn cũng xảy ra sau 10 tuổi [7]. Điều này có thể do các chủng virus khác nhau giữa các nghiên cứu và do thời điểm phát hiện bệnh của chúng tôi sớm hơn. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng không phải bệnh nhân nào cũng phải trải qua cả bốn giai đoạn [7]. Để hiểu rõ hơn về diễn biến của các trẻ nhiễm HBV chúng ta cần có những nghiên cứu tiếp theo về HBV.

Trong giai đoạn DNMD giá trị AST (42,7±14,3 UI/L) thường cao hơn ALT (34,7±20,9 UI/L) trong khi đó ở giai đoạn HĐMD và THMD giá trị ALT (lần lượt là 181,0±170,1 và 355,3±223,9 UI/L) thường cao hơn AST (lần lượt là 142,6±122,6 và 291,1±196,1 UI/L), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<=0,01). Điều này có thể giải thích do ALT là chỉ số đặc hiệu hơn với tổn thương gan. Giá trị AST và ALT trung bình giữa các giai đoạn bệnh có sự khác biệt. Giá trị trung bình của AST và ALT ở nhóm THMD cao hơn nhóm HĐMD, cả 2 nhóm đều cao hơn nhóm DNMD, sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với p <0,01. Kết quả này có thể được giải thích do đây là hai giai đoạn virus hoạt động, kích hoạt hệ miễn dịch làm tổn thương tế bào gan làm tăng các men gan [3].

HBV DNA trung bình ở giai đoạn DNMD ($7,2x10^8$±$4,1x10^8$ copies/mL) cao hơn giai đoạn HĐMD ($5,1x10^8$±$4,1x10^8$ copies/mL) (p=0,049) do giai đoạn này virus tự do nhân lên không bị hệ miễn dịch của cơ thể ngăn cản [7]. Trong khi HBV DNA trung bình ở nhóm THMD ($3,2x10^8$±$4,2x10^8$ copies/mL) so với nhóm DNMD và HĐMD khác biệt không có ý nghĩa thống kê với lần lượt p=0,112 và p=0,729.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ HBV mạn tính ở trẻ nam gặp nhiều hơn nữ, nhóm trẻ phát hiện bệnh

khi dưới 5 tuổi gặp nhiều hơn trẻ trên 5 tuổi. Lây truyền chu sinh từ mẹ chiếm tỷ lệ khá cao 84,9%. Có tới 10,5% số trẻ là con của người mẹ mang HBV phát hiện trước sinh được tiêm dự phòng nhưng vẫn mắc bệnh. Có 31,9% trẻ đi khám do mẹ mắc bệnh trước đó, còn lại là phát hiện tình cờ. 70% trẻ không có triệu chứng lâm sàng. 65,2% xác định được giai đoạn bệnh khi mới phát hiện bệnh trong đó 49,6% ở giai đoạn DNMD, 43,9% ở giai đoạn HĐMD, 6,5% ở giai đoạn THMD, không có bệnh nhân mang bệnh thể không hoạt động. ALT cao hơn AST ở giai đoạn giai đoạn HĐMD và THMD. AST và ALT ở nhóm THMD cao hơn nhóm HĐMD và đều cao hơn nhóm DNMD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ladhani, S.N., et al.,** Epidemiology and clinical features of childhood chronic hepatitis B infection diagnosed in England. Pediatr Infect Dis J, 2014. **33**(2): p. 130-5.
2. **Choe, B.H.,** What Are the Main Differences in the Treatment of Chronic Hepatitis B between Korean Children and Adults? J Korean Med Sci, 2018. **33**(8): p. e69.
3. **Akbulut, U.E. and M.** Cakir, Long-term prognosis of chronic hepatitis B virus infection in the childhood. Turk Pediatri Ars, 2014. **49**(2): p. 117-23.
4. **Baig, S.,** Gender disparity in infections of Hepatitis B virus. J Coll Physicians Surg Pak, 2009. **19**(9): p. 598-600.
5. **Bennett, N.J.,** Pediatric Hepatitis B Clinical Presentation. https:// emedicine. medscape.com/ article/ 964662-clinical#b3, 2017.
6. **Sari, T., E. Eren, and S.T. Koruk,** Assessment of Growth and Development in Children With Hepatitis B Positivity. Gastroenterology Res, 2014. **7**(5-6): p. 131-136.
7. **Shi, Y.H. and C.H.** Shi, Molecular characteristics and stages of chronic hepatitis B virus infection. World J Gastroenterol, 2009. **15**(25): p. 3099-105.
8. **Komatsu, H., et al.,** Chronic Hepatitis B Virus Infection in Children and Adolescents in Japan. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2015. **60**(1): p. 99-104.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM VÀ HÀNH VI MUA THUỐC CỦA KHÁCH HÀNG TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Thu Thủy*, Tôn Nữ Thùy Anh*

TÓM TẮT

Để nâng cao lợi thế cạnh tranh cho nhà thuốc bên cạnh cung ứng thuốc đầy đủ và hợp lý thì nhà thuốc cần quan tâm đến đặc điểm và hành vi mua thuốc của khách hàng từ đó thu hút sự lựa chọn và xây dựng lòng trung thành của khách hàng đối với nhà thuốc. Tại Việt Nam, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu tương tự nào được thực hiện. Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện trên đối tượng khách hàng nhà thuốc trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh bằng phương pháp mô tả cắt ngang thông qua phỏng vấn khách hàng bằng bảng câu hỏi khảo sát từ tháng 3 đến tháng 6/2016. Với cỡ mẫu 392 người, nghiên cứu đã xác định được có gần 2/3 số lượng khách hàng đến nhà thuốc tối đa 2 lần/tháng, khách hàng đến nhà thuốc khi có nhu cầu về thuốc và các sản phẩm khác chứ không vì lý do tư vấn; trong đó khách hàng đến nhà thuốc để mua thuốc cho chính bản thân mình là chủ yếu (68,1%). Số lượng khách hàng trung thành với một nhà thuốc hoặc không trung thành không chênh lệch nhiều với tỷ lệ lần lượt là 57,91% và 42,09%. Tỷ lệ khách hàng trung thành với một nhà thuốc cụ thể không cao, là bằng chứng và cũng là lý do quan trọng để mỗi nhà thuốc cần chú trọng các yếu tố nhằm nâng cao lòng trung thành của khách hàng, mang lại hiệu quả kinh tế, nâng cao doanh thu nhà thuốc.

Từ khóa: khách hàng, nhà thuốc, hành vi mua thuốc, thành phố Hồ Chí Minh

SUMMARY

SURVEY CHARACTERISTICS AND BEHAVIOR OF PURCHASING MEDICINE FROM CUSTOMERS IN HO CHI MINH CITY

The effective way to enhance competitive advantage for pharmacies is not only providing adequate and appropriate drugs but also paying attention to the characteristics and behavior of purchasing drugs from consumers in order to attract customers' choice and maintain customer loyalty. Until now, there have been no formal studies about characteristics and behavior of buying medicine from customers in Ho Chi Minh. Therefore, this study was conducted on pharmacy customers in Ho Chi Minh City with cross – sectional design by interviewing customers with questionnaires from March to June in 2016. With sample size including 392 pharmacy customers in Ho Chi Minh city, the study recorded that nearly 2/3 of customers go to the pharmacy up to 2 times/month, the reason why customers come to the pharmacy is a demand for medicine and other medical products but rarely for advisory; in which most of they go to the pharmacy to buy medicine for themselves (account for 68.1%). Comparison between the number of loyal customers and remained group is not much different with 57.91% and 42.09% respectively

**Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: nguyenthuthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019

Ngày duyệt bài: 30.5.2019

that indicates the rate of loyal customers to a specific pharmacy is not high. In addition, customers rarely go to pharmacies for drug or health counseling because the consultation at pharmacies does not occur frequently and satisfy customer needs.

Keywords: customer, pharmacy, consumers' behavior to buying medicine, Ho Chi Minh city.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhà thuốc có vai trò quan trọng trong mạng lưới cung ứng thuốc nhằm mang thuốc đến tay khách hàng. Hoạt động của nhà thuốc đã đáp ứng một phần lớn nhu cầu về thuốc của người dân và đóng vai trò quan trọng vào sự phát triển chung của y tế. Tính đến năm 2013, thống kê cho thấy tại thành phố Hồ Chí Minh có khoảng 4,5 nhà thuốc trên 1.000 dân [4]. Để phát triển bền vững trong thị trường bán lẻ thuốc cạnh tranh gay gắt và đối tượng khách hàng có nhận thức hạn chế, nhà thuốc cần mở rộng khách hàng tiềm năng cũng như giữ vững lòng trung thành của khách hàng hiện có. Để làm được điều đó, cần thiết phải tìm hiểu những đặc điểm và hành vi mua thuốc của khách hàng. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu khảo sát được đặc điểm và hành vi mua thuốc của khách hàng đối với nhà thuốc ở các quốc gia như Bồ Đào Nha, Cộng đồng Malt [1], [2]. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào liên quan đến đặc điểm và hành vi mua thuốc của khách hàng được thực hiện tại Việt Nam. Vì vậy, nghiên cứu "Khảo sát đặc điểm và hành vi mua thuốc của khách hàng trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh" được thực hiện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng khảo sát: Khách hàng nhà thuốc được lựa chọn ngẫu nhiên tại 24 nhà thuốc thuộc 19 quận của thành phố Hồ Chí Minh (1-12, Gò Vấp, Tân Bình, Tân Phú, Bình Thạnh, Phú Nhuận, Thủ Đức, Bình Tân).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thông qua bảng câu hỏi khảo sát gồm 22 biến quan sát, phiếu khảo sát được phát cho người dân đến mua thuốc tại nhà thuốc ở mỗi quận với số lượng phiếu phát ra tỉ lệ tương ứng với quận năm 2014.

Cỡ mẫu: Theo Hair và các cộng sự thì quy luật tổng quát cho cỡ mẫu tối thiểu gấp 5 lần số biến quan sát. Bảng câu hỏi gồm 22 biến quan sát, nên cỡ mẫu tối thiểu là 110. Thành phố Hồ Chí Minh được chia thành 19 tầng tương ứng với 19 quận. Sự phân bố cỡ mẫu được tính toán tỷ lệ với dân số mỗi quận. Phiếu khảo sát được phát cho người dân đến mua thuốc tại NT ở mỗi quận với số lượng phiếu phát tại tỉ lệ tương ứng với dân số của quận năm 2014. Mẫu nghiên cứu được thu thập trong thời gian nghiên cứu (3-6/2016) bằng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống với tiêu chí lựa chọn và loại trừ như sau:

Tiêu chí lựa chọn: KH đến NT; Trên 18 tuổi; Đồng ý tham gia nghiên cứu; Đang sinh sống trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh

Tiêu chí loại trừ

- Không có khả năng hoàn thành phiếu khảo sát
- Không có khả năng nghe, nói, đọc, viết tiếng Việt
- Không đồng ý cung cấp đầy đủ thông tin cá nhân

Thống kê và xử lý số liệu: Dữ liệu thu thập được thống kê và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20 và Microsoft Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khảo sát đặc điểm mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 450 KH tại 24 NT, chuỗi NT ở tất cả các quận trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh. Sau khi loại bỏ các phiếu khảo sát không hợp lệ (bỏ trống, chỉ chọn 1 phương án cho tất cả câu hỏi hoặc nằm ngoài tiêu chí lựa chọn), nghiên cứu thu được 392 phiếu chính thức phục vụ cho nghiên cứu. Với cỡ mẫu là 392 người, nghiên cứu ghi nhận đặc điểm của mẫu nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. *Đặc điểm mẫu nghiên cứu*

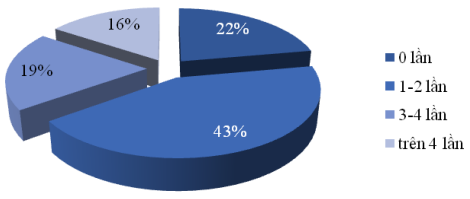
Đặc điểm		N	Tỷ lệ phần trăm (%)	Phần trăm tích lũy (%)
Giới tính	Nam	186	47,4	47,4
	Nữ	206	52,6	100,0
Tuổi	18 --> 25	140	35,7	35,7
	26-->35	132	33,7	69,4
	36-->60	120	30,6	100,0
Nghề nghiệp	Học sinh – sinh viên	71	18,1	18,1
	Nội trợ	23	5,9	24,0
	Lao động tự do	119	30,4	54,3
	Nghỉ hưu	9	2,3	56,6
	Cán bộ công nhân viên chức	45	11,5	68,1
	Nhân viên văn phòng	111	28,3	96,4

	Khác	14	3,6	100,0
Tình trạng gia đình	Độc thân	198	50,5	50,5
	Đã kết hôn	189	48,2	98,7
	Đã ly hôn	5	1,3	100,0
Trình độ học vấn	Trước ĐH-CD	138	35.2	35,2
	ĐH-CD	231	58.9	94,1
	Sau ĐH-CD	23	5.9	100,0
Công việc có liên quan đến y tế	Không	335	85,5	85,5
	Có	57	14,5	100,0
Thu nhập	Chưa có thu nhập	40	10,2	10,2
	<4 triệu	51	13,0	23,2
	4-7 triệu	126	32,1	55,4
	7-10 triệu	102	26,0	81,4
	Trên 10 triệu	73	18,6	100,0

Theo bảng 1, nghiên cứu ghi nhận đặc điểm mẫu nghiên cứu như sau: tỷ lệ nam: nữ là 1: 1,11; nhóm tuổi phân bố đều nhau ở 3 nhóm tuổi: 18-25 tuổi (35,7%); 26-35 tuổi (33,7%) và 35-60 tuổi (30,6%). Về nghề nghiệp, lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất (30,4%), tiếp theo là nhân viên văn phòng (28,3%), học sinh – sinh viên (18,1%) và cán bộ công nhân viên chức (11,5%); tỷ lệ nội trợ và nghỉ hưu thấp lần lượt là dưới 6% và dưới 3%. Bên cạnh đó, dân số khảo sát có mức thu nhập trung bình từ 4-7 triệu/tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (32,1%); tiếp theo là nhóm thu nhập 7 – 10 triệu/tháng (26%) và trên 10 triệu/tháng (18,6%); 10,2% chưa có thu nhập, chủ yếu tập trung ở đối tượng học sinh sinh viên. Tỷ lệ độc thân và đã kết hôn là tương đương nhau, chỉ 1,3% đã ly hôn. Tỷ lệ khách hàng có trình độ đại học, cao đẳng chiếm gần 60%, chỉ khoảng 5% ở trình độ sau đại học. Nghiên cứu còn ghi nhận có 14,5% khách hàng học tập và làm việc liên quan đến lĩnh vực chăm sóc sức khỏe.

Khảo sát hành vi mua thuốc của khách hàng trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh

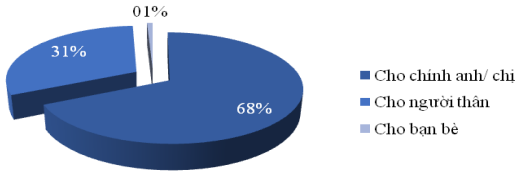
Tần suất đến nhà thuốc: Khảo sát tần suất đến nhà thuốc trong tháng của khách hàng, nghiên cứu thu được kết quả được trình bày trong hình 1.



Hình 1. *Tần suất mua thuốc của khách hàng trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh*

Theo hình 1, trong một tháng, 22% khách hàng không đến nhà thuốc và có tới 43% đến nhà thuốc 1-2 lần. Tỷ lệ đến nhà thuốc 3-4 lần và trên 4 lần chiếm tỷ lệ lần lượt là 19% và 16%. Như vậy, gần 2/3 số lượng khách hàng đến nhà thuốc tối đa 2 lần/tháng.

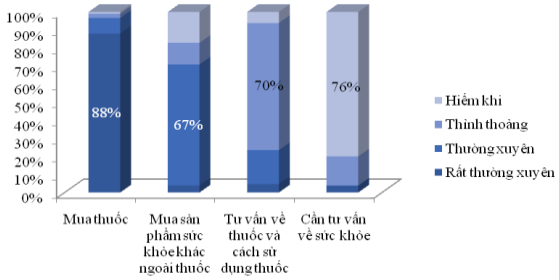
Đối tượng sử dụng: Khảo sát đối tượng sử dụng thuốc trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu ghi nhận kết quả được trình bày ở hình 2.



Hình 2. *Đối tượng mua thuốc của khách hàng trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh*

Theo hình 2, tỷ lệ khách hàng mua thuốc cho chính bản thân mình chiếm tới 68,1%; chỉ 31,1% mua thuốc cho người thân trong gia đình và dưới 1% mua thuốc cho bạn bè.

Mục đích đến nhà thuốc: Khảo sát về mục đích đến nhà thuốc của khách hàng trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu ghi nhận kết quả được trình bày ở hình 3.

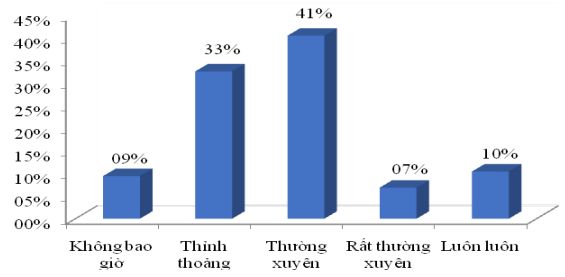


Hình 3. *Mục đích đến nhà thuốc của khách hàng trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh*

Theo hình 3, nghiên cứu ghi nhận đa số khách hàng đến nhà thuốc để mua thuốc, tiếp theo là mua các sản phẩm khác ngoài thuốc.

Khách hàng chỉ thỉnh thoảng đến nhà thuốc để tư vấn về thuốc, cách sử dụng thuốc, và hiếm khi đến nhà thuốc chỉ để hỏi về các vấn đề sức khỏe. Như vậy, người dân chỉ đến nhà thuốc khi có nhu cầu về thuốc và các sản phẩm khác chứ không vì lý do tư vấn.

Mức độ trung thành của khách hàng: Lòng trung thành của khách hàng được đánh giá bằng tần suất ghé thăm cùng một nhà thuốc cụ thể, theo thang đo 5 mức độ: không bao giờ, thỉnh thoảng, thường xuyên, rất thương xuyên và luôn luôn. Khách hàng được đánh giá là trung thành với một nhà thuốc khi tần suất ghé thăm cùng một nhà thuốc từ mức độ thường xuyên trở lên. Mức độ trung thành của khách hàng được thể hiện qua hình 4.



Hình 4. *Tần suất ghé thăm một nhà thuốc cụ thể của khách hàng*

Theo hình 4, số khách hàng trả lời thường xuyên đến cùng một nhà thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,56%; mức độ thỉnh thoảng thấp hơn với 32,65%. Tỷ lệ khách hàng trả lời không bao giờ, rất thường xuyên và luôn luôn chiếm tỷ lệ thấp (9,44%; 6,89% và 10,46%; tương ứng). Như vậy, số lượng khách hàng trung thành với một nhà thuốc hoặc không trung thành không chênh lệch nhiều với tỷ lệ lần lượt là 57,91% và 42,09%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận gần 2/3 số khách hàng chỉ đến nhà thuốc tối đa 2 lần/tháng và có gần một nửa số khách hàng không trung thành với một nhà thuốc cụ thể. Đa số khách hàng đến nhà thuốc để mua thuốc cho chính bản thân, số ít mua các thực phẩm khác ngoài thuốc như thực phẩm chức năng. Khách hàng hiếm khi đến nhà thuốc vì các mục đích như tư vấn về sức khỏe hay tư vấn về thuốc. Việc khách hàng không thường xuyên ghé nhà thuốc cũng như lòng trung thành còn hạn chế càng yêu cầu mỗi nhà thuốc cần có chiến lược để thu hút sự lựa chọn cũng như giữ vững lòng trung thành, duy trì và nâng cao doanh thu, lợi nhuận. Bên cạnh đó, việc khách hàng hiếm khi đến nhà thuốc vì mục đích tư vấn thuốc hay sức khỏe càng cho thấy sự tư vấn ở nhà thuốc hiện nay chưa đạt yêu cầu, không diễn ra thường xuyên, không thỏa mãn nhu cầu khách hàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Afonso M Cavaco, JP Sousa Dias and Ian P Bates (2005)**, "Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study", Pharmacy World and Science. **27** (1), pp. 54-60.
2. **Francesca Wirth, Francesca Tabone,** Lilian M Azzopardi, Marise Gauci, Maurice Zarb-Adami and Anthony Serracino-Inglott (2010), "Consumer perception of the community pharmacist and community pharmacy services in Malta", Journal of Pharmaceutical Health Services Research. **1** (4), pp. 189-194.
3. **J.F. Hair, R.E. Anderson, R.L.** Tatham and William C. Black (1998), Multivariate Data Analysis, Fifth Edition, Prentice-Hall Intenational, Inc
4. **Bussiness Monitor International (2013),** "Vietnam Pharmaceutical & Healthcare Report Q2 2013", pp. 87.

PHÂN TÍCH KẾT QUẢ ĐẤU THẦU THUỐC CỦA TRUNG TÂM MUA SẮM TẬP TRUNG THUỐC QUỐC GIA NĂM 2017

Hà Văn Thúy*, Nguyễn Thị Song Hà, Trần Thị Quế*****

TÓM TẮT

Đấu thầu thuốc là một hình thức mua sắm thuốc trên cơ sở cạnh tranh, công bằng và minh bạch để đảm bảo đủ thuốc có chất lượng, giá cả hợp lý cung ứng cho nhu cầu khám chữa bệnh của các cơ sở y tế. Năm 2017 là năm đầu tiên Bộ Y tế thực hiện đấu thầu tập trung cấp quốc gia. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện để phân tích kết quả đấu thầu thuốc của Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia. Nghiên cứu được tiến hành dựa trên hồi cứu số liệu trúng thầu mua thuốc tập trung năm 2017 của Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia. Kết quả cho thấy, tỉ lệ số khoản mục trúng thầu so với kế hoạch cao, chủ yếu là thuốc generic. Phần lớn giá trúng thầu của các thuốc đều giảm so với giá kế hoạch.

**Bộ Y tế*
***Đại học Dược Hà Nội*
****Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia*
Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy
Email: hvthuy@yahoo.com
Ngày nhận bài: 4.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 13.5.2019
Ngày duyệt bài: 20.5.2019

SUMMARY

ANALYSIS OF WINNING BID RESULTS FOR CONCENTRATED PROCUREMENT OF MEDICINES OF THE NATIONAL CENTRALIZED DRUG PROCUREMENT CENTER IN 2017

Drug bidding is a form of drug procurement on a competitive, fair and transparent basis to ensure adequate quality and reasonable prices of drugs to meet the treatment needs of health facilities. 2017 was the first year in which centralized national bidding was implemented. Therefore, this study was conducted to analyze the drug bidding results of the National Centralized Drug Procurement Center. The study was conducted based on retrospective data from the winning decision on concentrated medicine procurement of the National Centralized Drug Procurement Center in 2017. The results show a high ratio of winning bid items against the plan, mainly for generic drugs. Most of the winning bid prices of drugs were lower than plan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đấu thầu tập trung cấp quốc gia là phương thức mới, lần đầu tiên được quy định tại Nghị định số 63/2014/NĐ-CP của Chính phủ Việt Nam, có tầm ảnh hưởng lớn tới hệ thống khám chữa bệnh trên toàn quốc. Năm 2017 là năm đầu tiên Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia - đơn vị mới được thành lập, tổ chức đấu thầu tập trung cấp quốc gia 5 hoạt chất thuốc điều trị ung thư. Trung tâm là đơn vị tổ chức đấu thầu thuốc cung cấp cho các cơ sở y tế sử dụng. Trung tâm không trực tiếp sử dụng thuốc trúng thầu. Như vậy, trên quy mô toàn quốc, với số lượng cơ sở y tế lớn và tổng giá trị tiền thuốc đấu thầu cũng lớn, thì Trung tâm có gặp khó khăn gì khi tổng hợp nhu cầu, thực hiện tổ chức đấu thầu không? Đấu thầu tập trung cấp quốc gia có thực sự làm giảm chênh lệch giá thuốc giữa các khu vực và vùng miền hay không?

Để giải đáp các câu hỏi trên, chúng tôi thực hiện đề tài này để phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu và giá thuốc trúng thầu của Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia năm 2017, từ đó đưa ra các ý kiến đề xuất nhằm nâng cao hiệu quả của công tác đấu thầu thuốc của Trung tâm trong những năm tiếp theo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Danh mục thuốc trúng thầu của Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia năm 2017.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu dữ liệu từ kết quả trúng thầu của Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia năm 2017.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Các biến số nghiên cứu được thu thập bằng các biểu mẫu.

2.4. Mẫu nghiên cứu: Toàn bộ 64 khoản mục thuốc trúng thầu của Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia năm 2017.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo biệt dược gốc/generic

Dựa trên dữ liệu thu thập, kết quả phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo biệt dược gốc/ generic được thể hiện trong Bảng 1.

Bảng 1. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo biệt dược gốc/generic

TT	Nhóm tiêu chí kỹ thuật	Số khoản mục		Giá trị (triệu đồng)	
		SKM	Tỉ lệ (%)	Giá trị	Tỉ lệ (%)
1	Biệt dược gốc và tương đương điều trị	5	7,8	1.602.455,6	68,7
2	Generic	59	92,2	731.558,4	31,3
	Tổng	**64**	**100,0**	**2.334.014,0**	**100,0**

Thuốc biệt dược gốc có tỉ lệ số khoản mục trúng thầu thấp 7,8%, nhưng tỉ lệ giá trị trúng thầu cao 68,7%, bởi vì giá thuốc biệt dược gốc vẫn ở mức cao tạo gánh nặng cho quỹ Bảo hiểm y tế và Ngân sách Nhà nước.

3.2. Phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tiêu chí kỹ thuật. Theo Thông tư số 11/2016/TT-BYT ngày 11/5/2016 của Bộ Y tế Quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập, thuốc generic được phân chia thành 5 nhóm tiêu chí kĩ thuật. Kết quả phân tích cơ cấu thuốc generic trúng thầu theo nhóm tiêu chí kỹ thuật được thể hiện trong Bảng 2.

Bảng 2. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tiêu chí kỹ thuật

TT	Nhóm tiêu chí kỹ thuật	Số khoản mục		Giá trị (triệu đồng)	
		SKM	Tỉ lệ (%)	Giá trị	Tỉ lệ (%)
1	Generic nhóm 1	20	33,9	619.835,8	84,7
2	Generic nhóm 2	16	27,1	50.933,8	7,0
3	Generic nhóm 3	8	13,6	25.490,1	3,5
4	Generic nhóm 5	15	25,4	35.298,6	4,8
	Tổng	**59**	**100,0**	**731.558,3**	**100,0**

Generic nhóm 1 có tỉ lệ số khoản mục cao nhất (33,9%) và tỉ lệ giá trị là 84,7%. Generic nhóm 3 có tỉ lệ số khoản mục và tỉ lệ giá trị trúng thầu thấp nhất (13,6% và 3,5%) là do có 3 hoạt chất không có thuốc nhóm 3 trong danh mục kế hoạch đấu thầu của Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia.

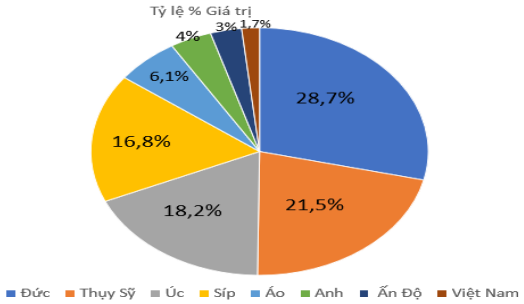
3.3. Phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo gói thầu. Để đảm bảo thu hút các nhà cung cấp có năng lực tham gia, tạo sự cạnh tranh lành mạnh, bình đẳng và minh bạch trong toàn bộ quá trình đấu thầu, Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia đã phân chia 5 gói thầu gồm: 1 gói thầu biệt dược gốc và 4 gói thầu generic theo 4 vùng, miền. Kết quả phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo gói thầu được trình bày tại Bảng 3.

Gói thầu số 01 là gói thầu mua sắm thuốc biệt dược gốc hoặc tương đương điều trị nên có số khoản mục trúng thầu thấp nhất, nhưng có giá trị trúng thầu lớn nhất. Trong các gói thầu mua thuốc generic (gói 2,3,4,5), thì gói thầu số 05 có giá trị trúng thầu lớn nhất (khoảng 326 tỷ đồng, chiếm 14%) và gói thầu số 03 có giá trị trúng thầu thấp nhất (khoảng 33,6 tỷ đồng, chiếm 1,4%).

Bảng 3. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo gói thầu

Gói thầu	Tên gói thầu (gọi tắt)	Số khoản mục		Giá trị (triệu đồng)	
		SKM	Tỉ lệ (%)	Giá trị	Tỉ lệ (%)
Gói 1	Mua biệt dược gốc	5	7,8	1.602.455,6	68,7
Gói 5	Mua generic cho các tỉnh miền Nam	15	23,4	325.788,2	14,0
Gói 2	Mua generic cho các tỉnh miền Bắc (trừ trung du, miền núi)	16	25,0	261.519,5	11,2
Gói 4	Mua generic cho các tỉnh miền Trung	16	25,0	110.617,5	4,7
Gói 3	Mua generic cho các tỉnh vùng trung du, miền núi phía Bắc	12	18,8	33.633,2	1,4
Tổng		**64**	**100,0**	**2.334.014**	**100,0**

3.4. Phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo xuất xứ



Hình 1. *Cơ cấu thuốc trúng thầu theo xuất xứ*

Hình 1 trình bày kết quả phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo xuất xứ. Thuốc có xuất xứ từ Công hòa liên bang Đức có giá trị trúng thầu cao nhất (khoảng 669 tỷ đồng, chiếm 28,7%). Thuốc sản xuất tại Việt Nam có giá trị trúng thầu thấp nhất (khoảng 41 tỷ đồng, chiếm 1,7%). Thuốc có xuất xứ từ Ấn Độ có số khoản mục trúng thầu cao nhất (21 khoản mục, chiếm 32,8%).

3.5. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo công ty trúng thầu. Có 11 nhà thầu được lựa chọn trúng thầu. Kết quả phân tích thuốc trúng thầu theo công ty trúng thầu được trình bày tại Bảng 4.

Bảng 4. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo công ty trúng thầu

Công ty trúng thầu	Số khoản mục		Giá trị (triệu đồng)	
	SKM	Tỉ lệ (%)	Giá trị	Tỉ lệ (%)
Công ty Cổ phần dược phẩm thiết bị y tế Hà Nội	2	3,1	668.835	28,7
Công ty Cổ phần dược liệu TW2	8	12,5	553.326,4	23,7
Công ty TNHH một thành viên Vimedimex Bình Dương	1	1,6	500.820,5	21,5
Liên danh Công ty Văn Lang – UNI	1	1,6	179.775,1	7,7
Liên danh Công ty UNI - Văn Lang	2	3,1	142.933,8	6,1
Công ty TNHH một thành viên dược liệu TW 2	6	9,4	107.736,4	4,6
Công ty Cổ phần dược phẩm Bến Tre	5	7,8	85.640,5	3,7
Công ty Cổ phần dược phẩm TW Codupha	27	42,2	73.276,8	3,1
Công ty TNHH dược phẩm Nhất Anh	8	12,5	17.863,3	0,8
Công ty TNHH dược phẩm Vimedimex	2	3,1	3.409,0	0,1
Công ty Cổ phần y dược phẩm Vimedimex	2	3,1	397,2	0,0
Tổng	**64**	**100,0**	**2.334.014,0**	**100,0**

Công ty Cổ phần dược phẩm thiết bị y tế Hà Nội trúng thầu với 2 khoản mục (chiếm 3,1%), nhưng có giá trị trúng thầu lớn nhất (khoảng 668 tỷ đồng, chiếm 28,7%). Đứng thứ 2 về giá trị trúng thầu là Công ty Cổ phần dược liệu Trung ương 2 (553 tỷ đồng, chiếm 23,7%). Công ty Cổ phần dược phẩm Trung ương Codupha có số khoản mục trúng thầu lớn nhất (27 khoản mục, chiếm 42,2%), nhưng có giá trị trúng thầu thấp (chiếm 3,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo biệt dược gốc/generic. Thuốc biệt dược gốc có tỉ lệ số khoản mục trúng thầu thấp, nhưng tỉ lệ giá trị trúng thầu cao. Kết quả này cũng tương tự kết quả trúng thầu tại Sở Y tế Hà Nội năm 2016. Nguyên nhân là do thuốc biệt dược gốc có đơn giá cao. Ví dụ số tiền để mua một lọ oxaliplatin 100mg biệt dược gốc được sản xuất ở Đức có thể mua được 18 lọ oxaliplatin nhóm 1 được sản xuất ở Úc.

4.2. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tiêu chí kĩ thuật. Giá trị trúng thầu nhóm 1 cao nhất, kết quả này tương tự kết quả trúng thầu tại Sở Y tế Hà Nội năm 2016 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2015. Tuy nhiên, giá trị trúng thầu nhóm 3 của Sở Y tế Hà Nội năm 2016 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2015 đều đứng thứ 2, trong khi đó giá trị trúng thầu nhóm 3 của Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia thấp nhất. Lý giải cho tỉ lệ thấp nhất này là do chỉ có 2/5 hoạt chất được mời thầu nhóm 3 và thuốc nhóm 3 có đơn giá trúng thầu thấp nhất.

4.3. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo gói thầu. Gói thầu số 01 là gói thầu mua sắm thuốc biệt dược gốc hoặc tương đương điều trị nên có số khoản mục trúng thầu thấp nhất, nhưng có giá trị trúng thầu lớn nhất. Trong các gói thầu mua thuốc generic (gói 2,3,4,5), gói thầu số 05 có giá trị trúng thầu lớn nhất, vì gói thầu này mua thuốc thuộc danh mục đấu thầu tập trung cấp quốc gia cho các tỉnh miền Nam. Đây là khu vực có số lượng cơ sở y tế nhiều nhất, đặc biệt là trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh, ngoài các cơ sở y tế thành phố, còn có các cơ sở y tế thuộc các Bộ, Ngành Trung ương đóng trên địa bàn.

Gói thầu số 03 có giá trị trúng thầu thấp nhất, bởi vì gói thầu này mua thuốc thuộc danh mục đấu thầu tập trung cấp quốc gia cho các tỉnh vùng Trung du và miền núi phía Bắc. Đây là khu vực có số lượng cơ sở y tế ít, địa bàn rộng nhưng số lượng dân ít, điều kiện kinh tế còn gặp nhiều khó khăn nên ít có nhu cầu sử dụng những loại thuốc đắt tiền.

4.4. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo xuất xứ. Thuốc có xuất xứ từ Đức có giá trị trúng thầu cao nhất, vì 2 thuốc có xuất xứ từ Đức đều là biệt dược gốc và có đơn giá cho mỗi đơn vị tính cao (Eloxatin có giá gần 8,2 triệu/lọ và Taxotere có giá khoảng 10 triệu/lọ).

Thuốc sản xuất tại Việt Nam đứng thứ 2 về số khoản mục trúng thầu, nhưng có giá trị trúng thầu thấp nhất. Bởi vì, theo thang phân loại của WHO, công nghiệp dược Việt Nam mới ở gần cấp độ 3: Có công nghiệp dược nội địa, có sản xuất thuốc generic, xuất khẩu được một số dược phẩm. Còn theo thang phân loại 5 mức phát triển của UNIDO thì công nghiệp dược Việt Nam mới chỉ ở mức 3 là: "Công nghiệp dược nội địa sản xuất đa số thành phẩm từ nguyên liệu ngoại nhập".

Nhà nước đã có những giải pháp và chính sách nhằm thúc đẩy phát triển ngành công nghiệp Dược Việt Nam. Các công ty sản xuất dược phẩm trong nước đã nhập khẩu thiết bị hiện đại, mua dây chuyền công nghệ cũng như tăng cường sản xuất nhượng quyền. Tuy nhiên, các doanh nghiệp dược Việt Nam mới chú trọng vào sản xuất các hoạt chất thông dụng như nhóm thuốc kháng sinh, nhóm thuốc giảm đau chống viêm không steroid, thuốc bổ… mà chưa chú trọng đến sản xuất các thuốc đặc trị như ung thư.

4.5. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo công ty trúng thầu. Công ty Cổ phần dược phẩm thiết bị y tế Hà Nội trúng thầu với 2 khoản mục, nhưng có giá trị trúng thầu lớn nhất. Hai thuốc biệt dược gốc có đơn giá lớn nhất này đều do công ty này phân phối. Đứng thứ 2 và thứ 3 về giá trị trúng thầu là Công ty Cổ phần dược liệu Trung ương 2 và Công ty TNHH MTV Vimedimex Bình Dương. Kết quả này là phù hợp vì đây là hai công ty phân phối lớn tại Việt Nam và gần như phân phối độc quyền các thuốc cho các nhà sản xuất nước ngoài như: Astra Zeneca, Pfizer, Glaxo, Bayer, Merkc, Alcon, Roche... Các thuốc phân phối qua hai công ty này chủ yếu là các thuốc có uy tín và chất lượng, thuốc biệt dược, thuốc generic nhóm 1.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thuốc biệt dược gốc số khoản mục trúng thầu rất thấp nhưng lại có giá trị trúng thầu lớn là do đơn giá của biệt dược gốc vẫn ở mức cao, tạo áp lực cho quỹ Bảo hiểm y tế và Ngân sách Nhà nước. Mặc dù Nhà nước đã có những chính sách, giải pháp thúc đẩy thuốc sản xuất trong nước nhưng tỷ lệ giá trị trúng thầu của các thuốc được sản xuất trong nước vẫn ở mức thấp nhất.

KHUYẾN NGHỊ

- Về kỹ thuật, cần mời thầu rộng rãi để có nhiều công ty của nhiều quốc gia dự thầu. Bởi vì, nếu có nhiều mặt hàng dự thầu, thì càng có điều kiện lựa chọn được các sản phẩm phù hợp với nhu cầu sử dụng, đồng thời giá cả mới có thể giảm theo quy luật của kinh tế thị trường "tranh bán thì giảm giá".

- Cần phân loại thuốc thành nhiều nhóm khác nhau để tăng cơ hội lựa chọn được các nhóm sản phẩm phù hợp với nhu cầu sử dụng của các vùng, miền. Bởi vì các vùng, miền ở nước ta có sự chênh lệch khá lớn về phát triển kinh tế - xã hội nói chung và trình độ chuyên môn kỹ thuật y tế nói riêng, nên nhu cầu kỹ thuật cao cũng như thuốc đắt tiền cũng có sự khác nhau.

- Công nghiệp dược Việt Nam cần chủ động vươn lên, phát triển dược liệu trong nước, chiết suất hoạt chất, kết hợp với nhập thiết bị hiện đại, công nghệ tiến tiến để tự sản xuất được các loại thuốc trong đó có thuốc đắt tiền, từng bước giành lại thị phần trong nước từ các công ty nước ngoài, chủ động phục vụ người dân, góp phần thực hiện lời dạy của Bác Hồ "Nam dược trị Nam nhân" và chủ trương của Đảng "Người Việt Nam ưu tiên dùng hàng Việt Nam"./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trung tâm mua sắm tập trung thuốc Quốc gia,** Báo cáo kết quả lựa chọn nhà thầu cung cấp thuốc thuộc Danh mục đấu thầu tập trung cấp Quốc gia, 2017.
2. **Nguyễn Thị Song Hà, Hà Văn Thúy,** Nghiên cứu hoạt động đấu thầu thuốc tại một số bệnh viện trung ương năm 2009-2010. Tạp chí Dược học, 2011.
3. **Nguyễn Sơn Nam, Nguyễn Trung Hà, Nguyễn Quỳnh Hoa,** Phân tích danh mục thuốc đấu thầu năm 2018 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Dược học, 2018.
4. **Hà Văn Thúy, Nguyễn Thị Song Hà, Nguyễn Thanh Tùng,** Phân tích kết quả đấu thầu tại Sở Y tế Nam Định năm 2015. Tạp chí Dược học, 2017.
5. **Karan Chawla, Taraneh Tofighi, Arnav Agarwal, Jason Thomas and Tapas Mondal,** "A Global comparison between Brand – name and Generic Drugs". Research Gate, Canada, 2014.
6. **Tuan Anh Nguyen, et al. (2014),** Policy options for pharmaceutical pricing and purchasing: issues for low- and middle-income countries, Health Policy and Planning, pp. 1-14.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U DÂY THẦN KINH SỐ VIII TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Ngô Mạnh Hùng[1], Nguyễn Phương Thảo[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u dây thần kinh số VIII tại bệnh viện Việt đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang nhóm 35 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị u dây thần kinh số VIII. **Kết quả nghiên cứu**: Nghiên cứu gồm có 35 bệnh nhân (12 nam và 23 nữ, 34,4% và 65,7% tương ứng). Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 50,51±9,33. Ù tai là dấu hiệu thường gặp nhất (77,1%). Không có sự khác biệt về vị trí của u (bên phải và trái). 82,9% số trường hợp u đã ở giai đoạn IV theo phân loại của KOSS. Tỉ lệ phẫu thuật lấy hết u là 42,86%, lấy bỏ gần toàn bộ là 2,86% và một phần là 54,28%. Tỉ lệ liệt dây VII sau mổ là 34,3%. **Kết luận**: Phẫu thuật điều trị u dây thần kinh số VIII vẫn còn là một thách thức trong chuyên ngành phẫu thuật thần kinh. Điều trị u dây thần kinh số VIII cần sự phối hợp đa chuyên khoa: nội thần kinh, tai mũi họng, phẫu thuật thần kinh và gamma knife.

Từ khóa: u dây VIII, điều trị phẫu thuật, kết quả

[1]*Bệnh viện Việt Đức*
[2]*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Mạnh Hùng
Email: ngomanhhung2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 27.5.2019
Ngày duyệt bài: 30.5.2019

SUMMARY

A STUDY OF NEUROSURGICAL TREATMENT OF THE ACOUSTIC NEUROMA AT VIET-DUC HOSPITAL

Objective: Assessment the results of neurosurgical treatment of acoustic neuroma at Viet-Duc University Hospital. **Patients and method**: The study included 35 consecutive patients who were diagnosed and neurosurgical treated about the acoustic neuroma. **Results**: Sex distribution was 12 males and 23 female (34,4% and 65,7%, respective). The mean age was 50,51±9,33. Tinnitus was the most common sign (77,1%). No significative difference between the side's location of the tumor. 82,9% of the tumors were in KOOS's grade 4. Total removed of the tumors was performed in 42,86% while the sub-total ratio was 2,86% and the partial remove was 54,28%. Facial nerve palsy ratio post-op was 34,3%. **Conclusion:** Neurosurgical treatment of the acoustic neuroma still is a challenge. It should be managed in multi-specialist such as neurology, otology, neurosurgery, and radiotherapy.

Keywords: acoustic neuroma, surgical treatment, neurosurgical results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dây thần kinh số VIII là các khối u trong sọ, ngoài trục, xuất phát từ các tế bào schwann của thần kinh tiền đình hoặc ốc tai. U dây thần kinh

số VIII chiếm khoảng 80% tổng số u vùng góc cầu tiểu não. Mặc dù chẩn đoán và điều trị u dây thần kinh số VIII đã trở nên thường quy với các cơ sở y tế tại nước ta, tuy nhiên cho đến nay kiểm soát loại tổn thương này vẫn còn là thách thức, cả trong việc chẩn đoán sớm, cũng như tạo ra kết quả điều trị tốt. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u dây thần kinh số VIII tại bệnh viện Việt Đức hiện nay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 35 bệnh nhân đã được chẩn đoán, điều trị phẫu thuật u dây thần kinh số VIII tại trung tâm Phẫu Thuật Thần kinh, bệnh viện Việt đức, từ tháng 3.2018 đến tháng 3.2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Được chẩn đoán lâm sàng là u dây thần kinh số VIII
- Được điều trị phẫu thuật
- Có kết quả mô bệnh học là u thần kinh

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn lựa chọn.
- Bệnh nhân được chẩn đoán u xơ thần kinh nhóm II (NF 2).

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, thời gian từ khi có triệu chứng đến khi được chẩn đoán, đặc điểm chẩn đoán hình ảnh trên phim cộng hưởng từ sọ não (MRI sọ não), mức độ phẫu thuật triệt để u, biến chứng sau mổ và kết quả điều trị.

Kích thước của khối u được đo theo hai chiều. Chiều dài là kích thước u được đo theo trục của lỗ tai trong. Chiều ngang được đo bằng kích thước dài nhất của u khi đo với trục vuông góc với chiều dài. U được phân loại trên phim MRI sọ não theo phân độ KOOS (1).

Các biến số nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án riêng, số liệu được thu thập và sử lý với các thuật toán thống kê thông thường, trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ học của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

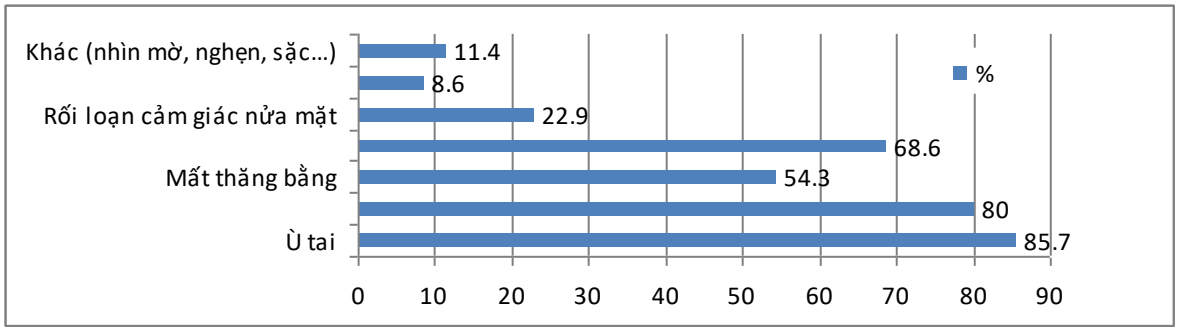
Nhóm nghiên cứu gồm 35 bệnh nhân (12 nam, 23 nữ, tương ứng với 34,4% và 65,7%). Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 50,51±9,33 (dao động từ 30 đến 70 tuổi).

Bảng 1. Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi được chẩn đoán

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dưới 6 tháng	10	28,6
6-12 tháng	6	17,1
12-18 tháng	6	17,1
18-24 tháng	5	14,3
Trên 24 tháng	8	22,9
Tổng	**35**	**100**

Triệu chứng lâm sàng. Ù tai là lý do thường gặp nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu (27 bệnh nhân, 77,1% tương ứng). Giảm và mất thính lực gặp ở 7 bệnh nhân (20%).

Khám lâm sàng bệnh nhân khi vào viện chúng tôi có biểu đồ 1 mô tả tần suất xuất hiện các triệu chứng.



Biểu đồ 1. Tần suất xuất hiện các triệu chứng

Đặc điểm hình ảnh học trên phim MRI sọ não. Nhóm 35 bệnh nhân u dây thần kinh VIII trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào có u dây VIII hai bên. Có 18 trường hợp u dây VIII bên phải (51,4%) và 17 trường hợp u ở bên trái (48,6%). Không có sự khác biệt về bên (phải, trái) trong nghiên cứu của chúng tôi (với p <0,05).

Phân độ giai đoạn tiến triển của u theo phân loại KOOS được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Phân bố giai đoạn u theo phân loại KOOS trên MRI sọ não

Giai đoạn (KOOS)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
I	0	0
II	1	2,8

III	5	14,3
IV	29	82,9
Tổng số	**35**	**100**

Có đến 97,2% số trường hợp u dây VIII trong nhóm nghiên cứu đã ở độ III và IV. Chỉ có 1 trường hợp độ II và không trường hợp nào u chỉ nằm trong lỗ tai trong (độ I).

Bảng 3. Kích thước của u trên phim MRI sọ não

Trục của u	Kích thước (mm)	
	TB ± SD	**Min-max**
Chiều dài	35± 8,45	16-54
ĐK ngang	30± 5,95	6-36

Đặc điểm phẫu thuật. 35 phẫu thuật u dây thần kinh số VIII đã được tiến hành, trong đó 31 trường hợp phẫu thuật u với đường mổ sau xoang tĩnh mạch sigma (retrosigmoid approach) (88,6%) và 4 trường hợp u dây VIII được phẫu thuật với đường mổ qua mê nhĩ (11,4%).

Bảng 4. Mức độ triệt để của phẫu thuật u dây thần kinh số VIII với các phân độ của u theo KOSS

Lấy u	Lấy bỏ toàn bộ	Lấy bỏ một phần	Tổng số
Giai đoạn II	1	0	1
Giai đoạn III	2	3	5
Giai đoạn IV	13	16	29
Tổng	**16**	**19**	**35**

Biến chứng phẫu thuật. Có 2 trường hợp dãn não thất sau mổ, điều trị bằng dẫn lưu não thất ổ bụng. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu không có các biến chứng khác như chảy máu (0 trường hợp); viêm màng não; dò dịch não tủy.

Kết quả điều trị phẫu thuật

Bảng 5. Kết quả chụp MRI sau mổ

Kết quả		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Lấy bỏ hoàn toàn		15	42,86%
Còn u tồn dư	Lấy bỏ gần toàn bộ	1	2,86%
	Lấy bỏ một phần	19	54,28%
Tổng số		**35**	**100%**

Bảng 6. Kết quả chụp MRI trước và sau mổ phân bố theo các giai đoạn

So sánh / Giai đoạn u	Trước mổ		Sau mổ	
	Số lượng	**Tỷ lệ %**	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
Hết u			16	45,7
Giai đoạn I	0	0	4	11,4
Giai đoạn II	1	2,8	10	28,6
Giai đoạn III	5	14,3	5	14,3
Giai đoạn IV	29	82,9	0	0
Tổng	**100**	**100**	**35**	**100**

Bảng 7. Chức năng dây thần kinh mặt sau mổ

Liệt mặt	Ngay sau mổ		Sau mổ 3- 6 tháng		p
	Số bệnh nhân	**Tỷ lệ %**	**Số bệnh nhân**	**Tỷ lệ %**	
Độ I	0		6	17,1	**0,00008**
Độ II	3	8,6	11	31,4	
Độ III	14	40	1	2,9	
Độ IV	1	2,9			
Độ V	0				
Độ VI	0				

Ngay sau mổ, có 51,5% số bệnh nhân có liệt mặt; sau 3 tháng, chỉ còn 34,3% số bệnh nhân có liệt mặt.

IV. BÀN LUẬN

U dây thần kinh số VIII được mô tả từ trên 200 năm (2), được nghiên cứu bởi cả các nhà phẫu thuật thần kinh, phẫu thuật tai mũi họng, nội thần kinh. Bệnh nhân thường đến khám chuyên khoa nội thần kinh hoặc tai mũi họng và thường được chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác. Vì vậy, đã có rất nhiều nghiên cứu về u dây thần kinh số VIII để hiểu rõ hơn về tiến triển tự nhiên, triệu chứng lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh lý này (3, 4).

Tuổi trung bình của bệnh nhân khi được chẩn đoán bệnh là 50,51±9,33, tương tự với các nghiên cứu đã được công bố (2, 5). 87,1% số bệnh nhân được chẩn đoán trước 24 tháng (2 năm), thấp hơn rất nhiều so với kết quả của Thapa và cộng sự (2).

Lựa chọn tiêu chuẩn trong điều trị u dây thần kinh số VIII là phẫu thuật (2). Có 3 đường tiếp cận với u dây thần kinh số VIII, đó là đường mổ dưới chẩm-sau xoang tĩnh mạch sigma; đường mổ qua mê nhĩ và đường mổ qua tầng giữa nền sọ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường mổ dưới chẩm-sau xoang tĩnh mạch sigma được sử dụng đối với các trường hợp bệnh nhân còn thính giác, trong khi đó những bệnh nhân u dây VIII đã mất thính giác được ưu tiên phẫu thuật với đường mổ qua mê nhĩ. Không có bệnh nhân nào được phẫu thuật với đường mổ qua tầng giữa nền sọ, bởi vì nó chỉ được chỉ định với các u còn trong lỗ tai trong (KOOS 0) (6).

Chiến lược điều trị phẫu thuật u dây thần kinh số VIII đã có nhiều thay đổi ở kỷ nguyên có các phương pháp điều trị xạ trị tiên tiến (7). Nếu như trước đây, phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ khối u là mục tiêu ưu tiên, thì một số tác giả hiện nay lại đặt vấn đề bảo tồn dây thần kinh mặt là mục tiêu ưu tiên, phần u tồn dư nếu có sẽ được theo

dõi và kiểm soát với các phương pháp xạ trị không xâm lấn(8). Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đã được tiến hành phẫu thuật triệt để u ở 42,86%; trong khi đó 54,17% số bệnh nhân còn u tồn dư. Chúng tôi vẫn đang tiếp tục theo dõi theo chiến lược "chờ-và-theo dõi" (wait-and-watch) (2). Đánh giá chức năng dây thần kinh mặt, ở ngay sau mổ có đến 51,5% số bệnh nhân liệt dây VIII, ở thời điểm 3 tháng, chỉ còn 34,3%, tỉ lệ này ít hơn rất nhiều so với các nghiên cứu của Thapa (2); Ankinduro (7). Trong y văn, tỉ lệ liệt mặt sau mổ u dây VIII dao động từ 70-90% (2). Chúng tôi cho rằng, chiến lược điều trị này phù hợp với hoàn cảnh thực tế tại Việt nam, nhất là khi phần tồn dư có thể được theo dõi định kỳ và/hoặc điều trị xạ phẫu với Gamma Knife (8) nhằm đảm bảo chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật được coi là phương pháp điều trị lựa chọn trong u dây thần kinh số VIII. Trong 35 bệnh nhân u dây VIII đã được điều trị phẫu thuật, 88,6% được phẫu thuật với đường mổ dưới chẩm-sau xoang sigma; 11,4% được điều trị với đường mổ qua mê nhĩ. Tỉ lệ lấy hết u là 42,68%; tỉ lệ liệt dây thần kinh VII sau mổ là 34,3%. Điều trị u dây thần kinh số VIII đòi hỏi sự phối hợp của các chuyên khoa nội thần kinh, tai mũi họng, phẫu thuật thần kinh và điều trị xạ trị hiện đại (ví dụ như gamma knife).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Koos WT, Day JD, Matula C, Levy DI.** Neurotopographic considerations in the microsurgical treatment of small acoustic neurinomas. J Neurosurg. 1998;88(3):506-12.
2. **Thapa PB, Shahi S, Jha RK, Shrestha D**. Vestibular Schwanomma: An Experience in a Developing World. World J Oncol. 2019;10(2):118-22.
3. **Stangerup SE, Caye-Thomasen P, Tos M, Thomsen J.** The natural history of vestibular schwannoma. Otol Neurotol. 2006;27(4):547-52.
4. **Lees KA, Tombers NM,** Link MJ, Driscoll CL, Neff BA, Van Gompel JJ, et al. Natural History of Sporadic Vestibular Schwannoma: A Volumetric Study of Tumor Growth. Otolaryngol Head Neck Surg. 2018;159(3):535-42.
5. **Awan MS, Qureshi HU, Sheikh AA, Ali MM.** Vestibular schwannomas: clinical presentation, management and outcome. J Pak Med Assoc. 2001;51(2):63-7.
6. **Koos WT, Spetzler RF, Lang J.** Color atlas of microneurosurgery : microanatomy, approaches, techniques. 2nd ed. Stuttgart ; New York: G. Thieme Verlag ; Thieme Medical Publishers; 1993.
7. **Akinduro OO, Lundy LB, Quinones-Hinojosa A, Lu VM,** Trifiletti DM, Gupta V, et al. Outcomes of large vestibular schwannomas following subtotal resection: early post-operative volume regression and facial nerve function. J Neurooncol. 2019.
8. **Berkowitz O, Han YY, Talbott EO, Iyer AK, Kano H, Kondziolka D, et al.** Gamma Knife Radiosurgery for Vestibular Schwannomas and Quality of Life Evaluation. Stereotact Funct Neurosurg. 2017;95(3):166-73.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI XOANG NHIỄM KHUẨN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Khánh Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang ở trẻ em tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. ***Đối tượng và phương pháp:*** Nghiên cứu mô tả trên 89 bệnh nhân ≤ 15 tuổi được chẩn đoán viêm mũi xoang và điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ 9/2015 đến 12/2016. ***Kết quả:*** Sau 10 ngày, 53,9% trường hợp viêm mũi xoang nhiễm khuẩn đạt kết quả tốt, trong đó tỉ lệ mủ nhầy chiếm 58,4% và mủ đặc là 6,7%, không có trường hợp viêm mũi xoang mạn tính nào đạt kết quả tốt. Sau 20 ngày, tỉ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt là 90,1%. ***Kết luận:*** Sau 10 ngày điều trị, tỉ lệ đạt kết quả tốt là 35,2%, trong đó 100% là viêm mũi xoang cấp. Sau 20 ngày điều trị, kết quả tốt chiếm 90,1%.

Từ khóa: Viêm mũi xoang, trẻ em, kết quả điều trị.

**Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân
Email: khanhvantmhtw@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 27.5.2019
Ngày duyệt bài: 31.5.2019

SUMMARY

TREAMENT RESULT OF BACTERIA RHINOSINUSITIS IN CHILDREN IN CENTRAL E.N.T HOSPITAL

Objectives: To study clinical characteristics, bacteriology and to assess treatment results in children with rhinosinusitis. ***Objects and methods:*** Descriptive study in 89 patients with aged ≤ 15 years, 61.8% of male and 38.2% of female, 70.8% with age from 6 to 15, diagnosed with rhinosinusitis and treated at the National Hospital of Otolaryngology from 9/2015 to 12/2016. ***Results:*** After 10 days, 53,9% cases of acute sinusitis achieved good results, in which the percentage of mucopus is 58,4% % and thick pus is 6,7%, no case of chronic sinusitis gets a good result. After 20 days, the proportion of patients who achieved good results was 93,3%. ***Conclusions:*** After 10 days of treatment, the ratio of good results is

53,9%, of which 100% is acute rhinosinusitis. After 20 days of treatment, good results accounted for 93,3%.

Key words: Rhinosinusitis, children, treatment result.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang là một bệnh lý thường gặp ở trẻ em. Bệnh thường xuất hiện sau một đợt nhiễm trùng hô hấp trên cấp tính với sự trở nặng và kéo dài của các triệu chứng. Bệnh có khả năng tái phát nhiều lần hay chuyển thành mạn tính. Ước tính có khoảng 6,6% bệnh nhi đến khám tại bệnh viện mắc bệnh viêm mũi xoang, tập trung chủ yếu ở trẻ dưới 6 tuổi. Dựa theo thời gian mắc bệnh, viêm mũi xoang được chia thành viêm xoang cấp hay mạn tính: thời gian mắc bệnh dưới 12 tuần là viêm mũi xoang cấp và thời gian mắc bệnh trên 12 tuần là viêm mũi xoang mạn tính.

Ở trẻ em, viêm mũi xoang cấp thường xuất hiện sau một đợt viêm đường hô hấp trên cấp tính. Sau 5-7ngày các triệu chứng của viêm nhiễm đường hô hấp có khuynh hướng nặng hơn với biểu hiện như sốt cao, hơi thở hôi, ho nhiều (nhất là vào ban đêm), chảy mũi nhiều, nước mũi xanh hoặc vàng đặc như mủ, nhức đầu, đau sau ổ mắt, cảm giác nặng vùng mặt, đau răng, đau họng… Trong trường hợp viêm xoang mạn tính, triệu chứng kéo dài trên 12 tuần nhưng mức độ ít rầm rộ hơn. Trẻ có thể sốt hâm hấp từng đợt, đau họng tái phát, khàn tiếng, ho kéo dài, ngạt mũi, sổ mũi, giảm hoặc mất khả năng ngửi mùi, ù tai, đau tai…

Mặc dù không ảnh hưởng đến tính mạng của trẻ, nhưng nếu không được điều trị triệt để, viêm mũi xoang có thể gây ra nhiều biến chứng như viêm màng não, nhiễm trùng huyết, giảm thị lực hay mù mắt do tổn thương dây thần kinh thị, giảm thính lực do viêm tai giữa tái đi tái lại, viêm họng, viêm amiđan, viêm thanh quản, viêm phế quản, rối loạn tiêu hóa…

Phương thức điều trị sẽ tùy theo nguyên nhân, mức độ và thời gian mắc bệnh. Đối với viêm xoang cấp thời gian điều trị khoảng 7-14 ngày; trong trường hợp viêm xoang mạn tính có thể kéo dài 4- 6 tuần. Bên cạnh việc điều trị tích cực cần phải giải quyết các vấn đề khác có thể làm cho tình trạng viêm mũi xoang nặng hơn hoặc gây thường xuyên tái phát như trào ngược dạ dày thực quản, dị ứng, bất thường cấu trúc giải phẫu vùng mũi… Xuất phát từ thực tế đó, để góp phần vào việc chẩn đoán và điều trị Viêm mũi xoang ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang nhiễm khuẩn ở trẻ em tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 9/2015 đến 12/2016".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 89 bệnh nhân ≤ 15 tuổi được khám, chẩn đoán viêm mũi xoang và điều trị tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 9/2015 đến tháng 12/2016 tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương.

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

2.3. Đánh giá kết quả điều trị theo kháng sinh đồ: Sau 10 ngày và 20 ngày

Kết quả tốt: các trường hợp không chảy mũi và ngạt mũi; không đau đầu, ho, khụt khịt..; nội soi khe giữa không có mủ, niêm mạc bình thường.

Kết quả trung bình: các trường hợp chảy mũi nhầy; ngạt mũi nhẹ; có thể có đau nhức nhẹ, ho ít, khụt khịt ít; nội soi khe giữa còn mủ nhầy, niêm mạc phù nề ít.

Kết quả xấu: các trường hợp chảy mũi mủ nhầy, mủ đặc; ngạt mũi vừa, nặng; có thể có đau nhức, ho nhiều, khụt khịt; nội soi khe giữa mủ nhầy, mủ đặc, niêm mạc phù nề nhiều.

2.4. Xử lý số liệu: Tất cả các số liệu được xử lý theo phương pháp toán thống kê y học, thu thập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Giới

Bảng 3.1. Phân bố theo giới

Nhóm tuổi / Giới	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	55	61,8
Nữ	34	38,2
Số lượng	89	**100,0**

Bệnh gặp ở cả hai giới. Tỷ lệ nam chiếm 61,8% cao hơn nhóm nữ 38,2%, Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Có thể trẻ nam hiếu động hơn và ý thức giữ gìn vệ sinh kém hơn nữ nên tỷ lệ mắc bệnh cao hơn so với nữ. Cũng có thể do cỡ mẫu bé nên có sự chênh lệch về tỷ lệ nam nữ. Kết quả này tương tự với tác giả Nguyễn Thị Bích Hường năm 2011(62,5% nam và 37,5% nữ), Phạm Thị Bích Thủy năm 2012 (53,63% nam và 46,37% nữ).

3.2 Kết quả điều trị nội khoa theo kháng sinh đồ

3.2.1. Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau điều trị nội khoa 10 ngày

- Triệu chứng cơ năng sau điều trị 10 ngày

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng sau điều trị 10 ngày

Triệu chứng \ Tuổi	Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy mũi	58	65,2
Ngạt mũi	52	58,4
Ho	35	39,3
Đau đầu	9	10,1
Khụt khịt	55	61,8

Sau điều trị nội khoa 10 ngày, tất cả các triệu chứng cơ năng đều giảm rõ rệt. Triệu chứng chảy mũi giảm xuống còn 65,2%, ngạt mũi còn 58,4%, triệu chứng ho còn 39,3, mà sau 10 ngày điều trị khi khám nội soi đa số còn dịch nhày đọng ở vòm mũi họng chảy xuống thành sau họng và gây ho, thường còn đau nhức nhẹ. Hai triệu chứng chính là chảy mũi và ngạt mũi cũng giảm trước và giảm nhiều sau 10 ngày điều trị.

- Triệu chứng thực thể sau điều trị 10 ngày

Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể sau điều trị 10 ngày

Tình trạng khe giữa	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Niêm mạc nề	58	65,2
Mủ nhày loãng	52	58,4
Mủ nhày đặc	6	6,7

Sau 10 ngày điều trị nội khoa, triệu chứng thực thể, niêm mạc mũi còn nề và còn mủ nhày đặc hoặc nhày loãng ở khe giữa hoặc vòm mũi họng. Trong đó, các trường hợp viêm mũi xoang nhiễm khuẩn cấp tính kết quả tốt sau 10 ngày điều trị, hầu hết các trường hợp đã cải thiện sau vài ngày điều trị kháng sinh. Đối với các trường hợp viêm mũi xoang mạn tính sau 10 ngày điều trị đạt mức độ trung bình có thể vẫn còn ngạt nhẹ, chảy mũi đặc nhày, có đau nhức nhẹ. Triệu chứng thực thể: hình ảnh nội soi khe giữa ứ đọng dịch mủ nhày, niêm mạc hốc mũi còn nề, đỏ.

3.2.2. Kết quả sau điều trị 10 ngày điều trị nội khoa

Bảng 3.5. Kết quả sau điều trị 10 ngày điều trị nội khoa

Kết quả điều trị		Tốt		Trung bình		Xấu		Tổng	
		Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Sau 10 ngày	VMX cấp	31	**34,8**	17	**19,1**	0	**0,0**	48	**53,9**
	VMX mạn tính	0	**0,0**	35	**39,4**	6	**6,7**	41	**46,1**
Tổng		**31**	**34,8**	**52**	**58,5**	**6**	**6,7**	**89**	**100,0**

Kết quả tốt sau 10 ngày điều trị nội khoa đạt được 53,9%, đó là các trường hợp viêm mũi xoang nhiễm khuẩn cấp tính có thời gian mắc bệnh dưới 12 tuần. Trong đó phần lớn các trường hợp đã giảm các triệu chứng cơ năng và thực thể sau vài ngày điều trị. Kết quả trung bình sau điều trị nội khoa 10 ngày là 46,1% và kết quả xấu là 6,8%. Kết quả trung bình đa số là các trường hợp viêm mũi xoang mạn tính có thời gian mắc bệnh trên 12 tuần. Thực tế, các bệnh nhân này đã được điều trị nhiều đợt tại các bệnh viện từ địa phương đến trung ương, bệnh nhân được điều trị 1 tuần đỡ một vài ngày lại tái phát. Với những trường hợp viêm mũi xoang mạn tính nếu điều trị 10 ngày thì mới chỉ đạt kết quả trung bình, có nghĩa là bệnh chưa khỏi.

3.3. Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau điều trị nội khoa 20 ngày

3.3.1.Triệu chứng cơ năng sau điều trị 20 ngày

Bảng 3.6 Triệu chứng cơ năng sau điều trị 20 ngày

Triệu chứng \ Tuổi	Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy mũi	6	6,7
Ngạt mũi	0	0,0
Ho	0	0,0
Đau đầu	0	0,0
Khụt khịt	3	5,4

Sau điều trị nội khoa 20 ngày, các triệu chứng cơ năng hầu như đã hết, chỉ còn 6 trường hợp với 6,7% chảy mũi và 3 trường hợp khụt khịt.

3.3.2 Triệu chứng thực thể sau điều trị 20 ngày

Bảng 3.7. Triệu chứng thực thể sau điều trị 20 ngày

Tình trạng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Niêm mạc nề	0	0,0
Mủ nhày loãng	6	6,7
Mủ nhày đặc	0	0,0

Sau 20 ngày điều trị nội khoa, các triệu chứng thực thể cũng đã cải thiện tốt còn 6 trường hợp chiếm 6,7% mủ nhày loãng.

3.3.3 Đánh giá kết quả sau điều trị nội khoa 20 ngày

Kết quả điều trị		Tốt		Trung bình		Xấu		Tổng	
		Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Sau 20	VMX cấp	48	53,9	0	0,0	0	0,0	48	53,9

ngày	VMX mạn tính	35	39,4	6	6,7	0	0,0	41	46,1
Tổng		**83**	**93,3**	**6**	**6,7**	**0**	**0,0**	**89**	**100**

Kết quả tốt đạt tới 93,3% và chỉ còn 6 trường hợp trung bình với 6,7%. Thời gian điều trị cũng phù hợp với hướng dẫn của hội mũi xoang châu Âu là từ 3 đến 4 tuần điều trị với viêm mũi xoang mạn tính. Tuy nhiên ở nước ta việc tuân thủ điều trị với thời gian từ 3 đến 4 tuần là rất khó thực hiện. Hầu như trong bệnh sử của các bệnh nhân trong nghiên cứu này đã được điều trị nhiều đợt, mỗi đợt từ 7 đến 10 ngày bệnh đỡ một chút là người nhà bệnh nhân cho ngừng điều trị, với quan điểm của họ là không muốn dùng thuốc nhiều và hậu quả là bệnh nhân phải dùng thuốc kéo dài hơn nhiều so với mong muốn của họ. Việc giải thích và hướng dẫn người nhà người bệnh nhi tuân thủ điều trị là một việc làm rất quan trọng trong thành công của điều trị viêm mũi xoang ở trẻ em.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị viêm mũi xoang nhiễm khuẩn ở trẻ em: sau 10 ngày điều trị, tỉ lệ đạt kết quả tốt là 53,9%, trong đó 100% là viêm mũi xoang cấp. Sau 20 ngày điều trị, kết quả tốt chiếm 93,3%, kết quả trung bình là 6,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Dinh (2005**), Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học học sinh một số trường tại Hà Nội, Hội nghị khoa học ngành Tai Mũi Họng, Hà Nội.
2. **Lê Công Định (1993),** Bước đầu tìm hiểu tình hình viêm xoang trẻ em tại viện Tai Mũi Họng Trung Ương 1987-1993, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Lê Thị Hoa (2001),** Nghiên cứu độ nhạy cảm với kháng sinh của vi khuẩn phân lập từ họng mũi trẻ em dưới 5 tuổi ở một số cộng đồng dân cư sống xa đô thị, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Bích Hường (2011),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn trong viêm mũi xoang trẻ em tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Phạm Thị Bích Thủy (2012).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và chụp cắt lớp vi góp phần chẩn đoán viêm xoang mạn tính trẻ em từ 5-15 tuổi, Luận văn tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Chan J, Hadley J (2001),** The microbiology of chronic rhinosinusitis: results of a community surveillance study, Ear, Nose, and Throat Journal, 80(3), 143-145.
7. **Ellen R.W, Kimberly E.A, Clay B, et al. (2013).** Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years. AAP (American Academy of Pediatrics).
8. **Patorn P, Pornthep K, Supawan L, et al. (2013),** "Chronic rhinosinusitis and emerging treatment options", IJGM(International Journal of General Medicine).

THỰC HÀNH XỬ TRÍ TRƯỚC VÀ SAU KHI TRẺ MẮC BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH TẠI THỊ XÃ GÒ CÔNG, TỈNH TIỀN GIANG, NĂM 2017

Nguyễn Tuyết Xương*, Phạm Thế Hiền**

TÓM TẮT

Qua khảo sát 176 trường hợp mắc bệnh TCM, từ phiếu thông tin ca bệnh của những bệnh nhân mắc TCM từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017, trên địa bàn thị xã Gò Công, kết quả:

Thực hành xử trí trước khi trẻ mắc bệnh TCM: Tỷ lệ thực hành xử trí phòng, chống bệnh TCM của người chăm sóc chính, trước khi trẻ mắc bệnh đạt là 36.4%, *Cụ thể là:* Thực hành rửa tay của người chăm sóc trẻ là 8.5%; Thực hành rửa tay cho trẻ là 18.8%; Thực hành lau rửa đồ chơi của trẻ là 22.2%; Thực hành lau chùi sàn nhà, nơi chơi đùa của trẻ là 52.8%; Thực hành vệ sinh ăn uống cho trẻ là 17.6%; Thực hành xử lý phân của trẻ là 89.8%.

Về thực hành xử trí sau khi trẻ mắc bệnh TCM: Tỷ lệ thực hành xử trí phòng, chống bệnh TCM của người chăm sóc chính, sau khi trẻ mắc bệnh đạt là 48%, cụ thể là: Cách ly, không cho trẻ tiếp xúc với trẻ khác là 66.5%. Thực hiện vệ sinh bàn tay sau khi chăm sóc, tiếp xúc với trẻ là 63.6%; Vệ sinh đồ chơi, đồ dùng/ nơi trẻ đã tiếp xúc là 51.7%; Dùng riêng vật dụng ăn uống của trẻ là 50%; Thông báo tình trạng bệnh của trẻ cho cán bộ y tế là 35.5% và có 38,7% không thực hiện thời gian cách ly nghỉ học theo hướng dẫn của ngành Y tế.

Từ khóa: Tai chân miệng, Trung tâm Y tế

**Bệnh viện Nhi Trung Ương*
***Trường Đại học Trà Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuyết Xương
Email: nguyenxuongnhp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019
Ngày duyệt bài: 30.5.2019

SUMMARY

PRACTICE AND BEHAVIOUR CONDUCTED FIRST AND AFTER TO YOUNG CHILDREN

AFFECTED WITH THE HAND, FOOT, MOUTH DISEASE PERFORMED BY THE MAIN CAREGIVER IN GONG CONG TOWNLET, TIEN GIANG PROVINCE IN 2017

Through the survey of 176 cases of Hand-Foot-Mouth disease (Chiropody-Stomatosis- Sachs) , analysed from case information sheets of patients with H/F/M disease from January 2017 to December 2017, in Go Cong townlet, the results found as follows:

Practice and behaviour handled first before children affected by H/F/M disease: The rate of practicing management, control and protection of HFMD among primary caregivers is recorded **36.4%,** namely: Hand washing practices of child care providers are 8.5%; Hands washing for children: 18.8%; Practice cleaning children's toys: 22.2%; Practice cleaning floor, children's play area: 52.8%; Practicing hygiene and feeding for children: 17.6%; Practicing childreen feces treatment reaches 89.8%.

Practice and behaviour handled after children having been affected by H/F/M disease: The rate of practicing management of prevention and control of HFMD of primary caregivers counted for 48%, particularly: Isolation, not exposed with/to other children: 66.5%. Performing hand hygiene after care and contact with children: 63.6%; Give spring-clean for toys, utensils/places where children have got in touch: 51.7%; Personal use of children's eating utensils: 50%; Notify the child's disease status to health workers: 35.5% and there are 38.7% who do not carry out the isolation time in compliance with the guidance of the health sector.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình hình mắc tay chân miệng tại thị xã Gò Công từ 2013-2017 diễn biến phức tạp; theo báo cáo Trung tâm Y tế thị xã Gò Công năm 2017 số ca mắc TCM là 210 ca cao gấp 2,4 lần so với năm 2016 [4]. Để kiểm soát hiệu quả, công tác thông tin TTGDSK thay đổi hành vi, vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường, đặc biệt lại các vùng bệnh lưu hành cần tiếp tục tăng cường thì việc rửa tay bằng xà phòng thường xuyên được "xem như là liều "vắc – xin" hiệu quả được các chuyên gia của WHO cũng như Cục Y tế dự phòng Bộ Y tế khuyến nghị [2].

Thị xã Gò Công chưa có nghiên cứu nào về thực hành chăm sóc của bệnh TCM, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "thực hành xử trí trước và sau khi trẻ mắc bệnh tay chân miệng của người chăm sóc chính tại thị xã gò công, tỉnh tiền giang, năm 2017 với mục tiêu : Mô tả thực hành xử trí trước và sau khi trẻ mắc bệnh tay chân miệng của người chăm sóc chính tại thị xã Gò Công, tỉnh Tiền Giang, năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- *Phương pháp nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang.
- *Đối tượng nghiên cứu:* Người chăm sóc chính của trẻ từ 0 tuổi đến 15 tuổi các ca mắc TCM tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017 trên địa bàn thị xã Gò Công.
- *Địa điểm nghiên cứu:* Tại thị xã Gò Công tỉnh Tiền Giang.
- *Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 12/2017 đến tháng 08/2018.
- Cỡ mẫu của nghiên cứu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n: Số người chăm sóc chính cần nghiên cứu.

p: Tỷ lệ người chăm sóc chính thực hành đúng về phòng bệnh tay chân miệng.

Chọn p= 0,7. Theo Phan Thanh Sơn (2).

- Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu n = 176
- Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 và SPSS 20.0.
- Cách đánh giá thực hành chăm sóc bệnh TCM của bà mẹ có đạt hay không dựa vào thang điểm của Phiếu phỏng vấn thực hành chăm sóc trẻ bị bệnh TCM.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực hành xử trí Phòng bệnh TCM trước khi trẻ mắc bệnh

3.1.1.Thực hành rửa tay của người chăm sóc trẻ

Bảng 1. Thực hành rửa tay của người chăm sóc trẻ

Thực hành rửa tay của người chăm sóc trẻ		Tần số (n=)	Tỷ lệ (%)
Thời điểm rửa tay của ĐTNC	Trước khi nấu ăn	95	54
	Trước khi cho trẻ ăn	66	37.5
	Trước khi chăm sóc, tiếp xúc với trẻ	34	19.3
	Sau khi đi vệ sinh	153	86.9
	Sau khi làm vệ sinh, chăm sóc, cho trẻ	153	86.9
	Sau khi xì mũi, ho hoặc hắt hơi vào tay	99	56.3
	Khi thấy tay mình bẩn	173	98.3
	Không nhớ/không trả lời	02	1.1
Khi rửa tay có sử dụng xà phòng, dung dịch sát	Thường xuyên sử dụng	98	55.7
	Thỉnh thoảng sử dụng	77	43.8

khuẩn	Hiếm khi sử dụng	01	0.6
	Không bao giờ sử dụng	0	0
Đánh giá thực hành rửa tay của người chăm sóc trẻ	Đạt	15	8.5
	Không đạt	161	91.5

Nhận xét: Tay bẩn chiếm 98.3%, Sau khi đi vệ sinh và trước khi chăm sóc trẻ cùng 86.9%, Sau khi xì mũi, ho hoặc hắt hơi vào tay là 66.3%, rửa tay trước khi nấu ăn là 54%, rửa tay Trước khi cho trẻ ăn là 37.5%, thấp nhất là rửa tay trước khi chăm sóc/ tiếp xúc với trẻ chỉ 19.3%, và việc thường xuyên sử dụng xà phòng, dung dịch sát khuẩn khi rửa tay là 55.7%; Đánh giá thực hành rửa tay của người chăm sóc trẻ có điểm thực hành đạt là 8.5% và không đạt là 91.5%.

3.1.2. Thực hành rửa tay cho trẻ

Bảng 2. Thực hành rửa tay cho trẻ

Thực hành rửa tay cho trẻ		Tần số (n=176)	Tỷ lệ (%)
Thời điểm để rửa tay cho trẻ	Trước khi cho trẻ ăn	105	59.7
	Sau khi trẻ vui chơi ngoài trời	52	29.5
	Sau khi trẻ đi vệ sinh	136	77.3
	Sau khi trẻ chơi, tiếp xúc với đồ dùng	53	30.1
	Sau khi trẻ ngủ dậy	29	16.5
	Sau khi xì mũi, ho hoặc hắt hơi vào tay	74	44.9
	Khi thấy tay trẻ bẩn	173	98.3
	Không để ý	02	1.1
Đánh giá thực hành rửa tay cho trẻ	Đạt	33	18.8
	Không đạt	143	81.2

Nhận xét: Tay trẻ bẩn chiếm 98.3%, Sau khi đi vệ sinh 77.3%, trước khi cho trẻ ăn là 59.7%, Sau khi xì mũi, ho hoặc hắt hơi vào tay là 44.9%, Sau khi trẻ chơi, tiếp xúc với đồ dùng là 30.1%, Sau khi trẻ vui chơi ngoài trời 29.5% và thấp nhất là sau khi trẻ ngủ dây là 16.5%

Đánh giá thực hành rửa tay cho trẻ của người chăm sóc chính đạt là 18.8% và không đạt là 81.2

3.1.3. Thực hành lau rửa đồ chơi của trẻ

Bảng 3. Thực hành lau rửa đồ chơi của trẻ

Thực hành lau rửa đồ chơi của trẻ		Tần số (n = 176)	Tỷ lệ (%)
Thời điểm lau rửa đồ chơi cho trẻ	Trước khi trẻ chơi	34	19.3
	Sau khi trẻ chơi xong	32	18.2
	Khi thấy đồ chơi bẩn	152	86.4
	Định kỳ một lần	26	15.4
Tần suất lau rửa đồ chơi của trẻ	Hàng ngày	22	12.5
	Hàng tuần	70	34.8
	Hang tháng	27	15.3
	Vài tháng một lần	52	29.5
	Không bao giờ	05	2.8
Sử dụng xà phòng khi lau rửa đồ chơi trẻ	Thường xuyên	89	50.6
	Thỉnh thoảng	80	45.5
	Hiếm khi	07	4
	Không bao giờ	0	0
Đánh giá Thực hành lau rửa đồ chơi của trẻ	Đạt	39	22.2
	Không đạt	137	77.8

Nhận xét: Đồ chơi bẩn 86.4%, trước khi trẻ chơi là 19.3%, sau khi trẻ chơi là 18.2% và thấp nhất là định kỳ lau rửa một lần 15.4%; Về tần xuất lau rửa đồ chơi của trẻ thì nhiều nhất là lau rửa hàng tuần với 34.8% và thấp nhất là lau rửa hàng ngày với 12.5%; Việc thường xuyên dung xà phòng khi lau rửa đồ chơi của trẻ là 50.6%; Đánh giá Thực hành lau rửa đồ chơi của trẻ đạt là 22.2% và không đạt là 77.8%.

3.1.4. Thực hành lau chùi sàn nhà, nơi chơi đùa của trẻ

Bảng 4: Thực hành lau chùi sàn nhà, nơi chơi đùa của trẻ

Thực hành lau chùi sàn nhà, nơi chơi đùa của trẻ		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lau chùi sàn nhà, nơi trẻ chơi đùa	Trước khi trẻ chơi	44	25.0
	Sau khi trẻ chơi	23	13.1

	Khi thấy bẩn	151	85.5
Tần suất lau chùi sàn nhà, nơi chơi đùa của trẻ bằng xà phòng	Hàng ngày	99	56.3
	Hàng tuần	77	43.8
	Hàng tháng	0	0
	Không để ý	0	0
Sử dụng xà phòng lau rửa sàn nhà	Thường xuyên	109	61.9
	Thỉnh thoảng	64	36.4
	Hiếm khi	02	1.1
	Không bao giờ	0	0
Đánh giá thực hành lau chùi sàn nhà, nơi chơi đùa của trẻ	Đạt	93	52.8
	Không đạt	83	47.2

Nhận xét: Kết quả cho thấy thời điểm lau chùi sàn nhà, nơi chơi đùa của trẻ nhiều nhất là khi thấy bẩn 85.5%, trước khi trẻ chơi là 25% và thấp nhất là sau khi trẻ chơi 13.1%; Về tần xuất lau lau chùi sàn nhà nơi chơi đùa của trẻ thì lau chùi hàng ngày là 56.3%, lau chùi hàng tuần là 43.8% và việc thường xuyên dung xà phòng khi lau chùi sàn nhà nơi trẻ chơi trẻ là 61.9%. Đánh giá thực hành lau chùi sàn nhà, nơi chơi đùa của trẻ đạt là 52.8% và không đạt là 47.2%.

3.1.5. Thực hành vệ sinh ăn uống cho trẻ

Bảng 5: Thực hành vệ sinh ăn uống cho trẻ

Thực hành vệ sinh ăn uống cho trẻ		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mớm thức ăn cho trẻ	Thường xuyên	51	29
	Thỉnh thoảng	42	23.3
	Hiếm khi	32	18.2
	Không bao giờ	51	29
Cho trẻ bốc thức ăn, mút tay, ngậm mút đồ chơi	Có	20	11.4
	Thỉnh thoảng	34	19.3
	Hiếm khi	42	23.9
	Không bao giờ	80	45.5
Nấu chín, đậy kín thức ăn của trẻ	Thường xuyên	139	79
	Lúc đậy lúc không	37	21
	Không bao giờ	0	0
Đánh giá thực hành vệ sinh ăn uống cho trẻ	Đạt	31	17.6
	Không đạt	145	82.4

Nhận xét: Kết quả thường xuyên mớm thức ăn cho trẻ là 29% Thường xuyên cho tre ăn bốc, mút tay, ngậm đồ chơi là 11.4%, Thức ăn của trẻ nấu chin được đậy kín thường xuyên là 79%. Đánh giá Thực hành vệ sinh ăn uống cho trẻ đạt là 17.6% và không đạt là 82.4%.

3.1.6. Thực hành xử lý phân của trẻ

Bảng 6. Thực hành xử lý phân cho trẻ

Thực hành xử lý phân cho trẻ		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cách cho trẻ đi vệ sinh	Luôn luôn đi vào bô hoặc nhà vệ sinh	159	90.3
	Lúc sử dụng bô/ nhà vệ sinh lúc không	13	7.4
	Không hề sử dụng bô/ nhà vệ sinh	1	0.6
	Không nhớ	03	1.7
Xử lý phân của trẻ	Đổ vào nhà vệ sinh chung của gia đình	170	96.6
	Đổ vào nơi chứa rác sinh hoạt của gia đình	2	1.1
	Vườn cây	1	0.6
	Mương ao, hồ	3	1.7
Đánh giá Thực hành xử lý phân của trẻ	Đạt	158	89.8
	Không đạt	18	10.2

Nhận xét: Thực hành xử lý phân của trẻ thì có 90.3% người tham gia nghiên cứu trả lời luôn luôn đi vào bô hoặc nhà vệ sinh và có 96.6% người xử lý phân bằng cách đổ vào nhà vệ sinh chung của gia đình, 0.6% đổ phân ở vườn cây và 1.7% đổ ra mương-ao-hồ. Đánh giá Thực hành xử lý phân của trẻ đạt là 89.8% và không đạt là 10.2%.

Dựa vào Tổng số điểm phần thực hành chăm sóc trước khi trẻ nhập viện là 34 điểm: - Điểm thực hành chăm sóc đạt từ 23 đến

34 điểm

- Điểm thực hành chăm sóc không đạt < 23 điểm

Kết quả: Đánh giá thực hành chung trước khi trẻ mắc bệnh của người chăm sóc chính: Tỷ lệ thực hành xử trí chung phòng chống bệnh TCM của người chăm sóc chính trước khi trẻ mắc bệnh, cho thấy thực hành đạt là 36.4% và thực hành không đạt là 63.6%.

3.2. Mô tả thực hành xử trí sau khi trẻ mắc bệnh

Bảng 7. Thực hành xử trí sau khi mắc bệnh

Thực hành xử trí sau khi trẻ mắc bệnh		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nơi khám điều trị ban đầu cho trẻ	Trạm y tế	33	18.8
	Phòng khám/ bệnh viện	123	69.9
	Y tế tư nhân	17	9.7
	Tự mua thuốc	03	1.7
Thông báo tình trạng bệnh của trẻ	Thông báo cho gia đình	106	60.2
	Thông báo cho cán bộ y tế	62	35.5
	Thông báo cho thầy/cô giáo	8	4.5
Vệ sinh bàn tay sau khi chăm sóc/ tiếp xúc với trẻ	Thường xuyên	112	63.6
	Thỉnh thoảng/khi dính bẩn	64	36.4
	Không	0	0
Vệ sinh đồ chơi, đồ dùng/ nơi trẻ đã tiếp xúc	Ngay sau khi trẻ tiếp xúc	91	51.7
	Thỉnh thoảng/khi dính bẩn	85	48.3
	Không	0	0
Cách ly, không cho trẻ tiếp xúc với trẻ khác	Có	117	66.5
	Không	59	33.5
Dùng riêng vật dụng ăn uống của trẻ	Có	88	50
	Không	88	50
Cho trẻ nghỉ học	Nghỉ học theo hướng dẫn của y tế	108	61.4
	Đi học ngay sau khi khỏi bệnh	61	34.7
	Đi học bình thường	07	4.0
Đánh giá Thực hành xử trí sau khi trẻ mắc bệnh	Đạt	74	42
	Không đạt	102	58

Nhận xét: Kết quả trả lời Nơi khám điều trị ban đầu cho trẻ khi trẻ mắc bệnh là phòng khám hoặc bệnh viện chiếm tỷ lệ cao nhất 69.9% và có 1.7% người tự mua thuốc uống; Việc thông báo tình trạng bệnh của trẻ cho gia đình là 60.2%, cho cán bộ y tế là 35.5%, thông báo cho thầy cô giáo là 4.5%; Thực hiện vệ sinh bàn tay sau khi chăm sóc, tiếp xúc với trẻ là 63.6%; Vệ sinh đồ chơi, đồ dùng/ nơi trẻ đã tiếp xúc là 51.7%; Cách ly, không cho trẻ tiếp xúc với trẻ khác là 66.5%; Dùng riêng vật dụng ăn uống của trẻ là 50%; Cho trẻ nghỉ học theo hướng dẫn của ngành y tế là 61.4%. Đánh giá chung thực hành xử trí sau khi trẻ mắc bệnh đạt là 42% và không đạt là 58%

Dựa vào tổng số điểm phần thực hành chăm sóc sau khi trẻ xuất viện là 16 điểm.

- Điểm thực hành chăm sóc đạt từ 11 đến 16 điểm
- Điểm thực hành chăm sóc không đạt < 11 điểm

Kết quả: Đánh giá Thực hành xử trí sau khi trẻ mắc bệnh của người chăm sóc chính: Tỷ lệ thực hành xử trí chung phòng chống bệnh TCM của người chăm sóc chính sau khi trẻ mắc bệnh, cho thấy Thực hành đạt chiếnm 42% và thực hành không đạt là 58%.

IV. KẾT LUẬN

1. Thực hành xử trí trước khi trẻ mắc bệnh TCM. Tỷ lệ thực hành xử trí phòng, chống bệnh TCM của người chăm sóc chính, trước khi trẻ mắc bệnh đạt là 36.4%, Cụ thể là: Thực hành rửa tay của người chăm sóc trẻ là 8.5%; Thực hành rửa tay cho trẻ là 18.8%; Thực hành lau rửa đồ chơi của trẻ là 22.2%; Thực hành lau chùi sàn nhà, nơi chơi đùa của trẻ là 52.8%; Thực hành vệ sinh ăn uống cho trẻ là 17.6%; Thực hành xử lý phân của trẻ là 89.8%.

2. Về thực hành xử trí sau khi trẻ mắc bệnh TCM. Tỷ lệ thực hành xử trí phòng, chống bệnh TCM của người chăm sóc chính, sau khi trẻ mắc bệnh đạt là 48%, cụ thể là: Cách ly, không cho trẻ tiếp xúc với trẻ khác là 66.5%. Thực hiện vệ sinh bàn tay sau khi chăm sóc, tiếp xúc với trẻ là 63.6%; Vệ sinh đồ chơi, đồ dùng/ nơi trẻ đã tiếp xúc là 51.7%; Dùng riêng vật dụng ăn uống của trẻ là 50%; Thông báo tình trạng bệnh của trẻ cho cán bộ y tế là 35.5% và có 38,7% không thực hiện thời gian cách ly nghĩ học theo

hướng dẫn của ngành Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Kim Tiến (2011),** "Đặc điểm dịch tễ học - Vi sinh học bệnh tay chân miệng tại khu vực phía Nam, 2008-2010, " Tạp chí Y học thực hành. 6(767), tr. 3-6.
2. **Phan Thanh Sơn (2013),** "Khảo sát kiến thứ thái độ thực hành về phòng bệnh tay chân miệng ở bà mẹ có con dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại phường Châu Văn Liêm, Quận Ô Môn, Thành phố Cần Thơ".
3. **Thái Quang Hùng (2017)**, Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Đắk Lắk và các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh năm 2017, chủ biên, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược Huế.
4. **Trung tâm Y tế thị xã Gò Công (2017),** Báo cáo công tác y tế năm 2017, chủ biên.
5. **Edmond Ma (2010),** "Changing epidemiology of hand, foot, and mouth disease in Hong Kong, 2001-2009", Jpn.J.Infect.Dis. 63, tr. 442-426.
6. **Yu Wang, Zijan Feng và Yang Yang (2011)**, "Hand, Foot and Mouth Disease in China: Patterns of Spread and Transmissibility during 2008-2009", Epidemiology. 22(6), tr. 781-792.

ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ TÁC DỤNG PHỤ CỦA PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CISPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHẾ QUẢN PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III – IV

Ngô Thị Tính*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và một số tác dụng phụ ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel-Cisplatin tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên từ năm 2014-2018. **Đối tượng và phương pháp**: Bằng phương pháp mô tả trên 67 bệnh nhân ung thư phế quản phổi được điều trị phác đồ Paclitaxel – Cisplatin từ 2014 - 2018. ***Kết quả:*** Tỷ lệ bệnh nhân có thuyên giảm các triệu chứng cơ năng chiếm 67,2%, trong đó có 7,5% bệnh nhân hết hoàn toàn các triệu chứng cơ năng. Có 28 trường hợp đáp ứng một phần chiếm 41,8%. Bệnh giữ nguyên chiếm 29,8%, bệnh tiến triển chiếm 28,4%. Nồng độ CEA trung bình trước điều trị bằng 151,4 ng/ml. Sau điều trị 3 chu kỳ nồng độ trung bình là 93,3 ng/ml. Sau 6 chu kỳ nồng độ CEA trung bình là 81,6ng/ml. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 (giữa trước và sau 3, 6 chu kỳ), không có ý nghĩa khi so sánh sau 3 và 6 chu kỳ. Giai đoạn bệnh có liên quan tới đáp ứng điều trị của đối tượng nghiên cứu (p < 0,001), xu hướng N1,2 đáp ứng tốt hơn N3 với p=0,058. Giảm huyết sắc tố chiếm cao nhất với 83% ở độ 1, 2. Giảm bạch cầu hạt chiếm 34,2% trong đó giảm độ 1 chiếm 20,8%. Buồn nôn và nôn thường gặp chiếm 82,1% chủ yếu gặp độ 1,2. Độc tính trên hệ thần kinh ngoại biên gặp chiếm 43,3% ở độ 1,2. Rụng tóc thường gặp (95,5%) trong đó rụng độ 2 chiếm 85,1%. **Kết luận:** Ung thư phế quản phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III – IV được hóa trị bằng phác đồ Paclitaxel – Cisplatin cho tỷ lệ đáp ứng tốt, độc tính chủ yếu độ1; 2 và có thể kiểm soát được.

Từ khóa: Ung thư phế quản phổi; Ung thư phổi; phác đồ paclitaxel – Cisplatin

**Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Tính
Email: tiensingothitinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019
Ngày duyệt bài: 29.5.2019

SUMMARY

RESPONSE TREATMENT AND SOME EFFECTS OF SIDE-EFFECTS OF PACLITAXEL - CISPLATIN ON PATIENT- LUNG CANCER NON SMALL CELL IN STAGE III – IV

Objectives: Evaluate treatment response and some side effects of non-small cell lung cancer stage IIIB-IV treated with Paclitaxel-Cisplatin regimen at Thai Nguyen Oncology Center in 2014-2018. **Objects and method**s: By the method described in 67 patients with pulmonary bronchial cancer treated with Paclitaxel - Cisplatin regimen from 2014-2018. **Results**: The proportion of patients with remission of functional symptoms accounted for 67, 2%, of which 7.5% of patients completely ceased functional symptoms. There were 28 cases of partial response accounting for 41.8%. The disease remains unchanged, accounting for 29.8%, disease progression accounts for 28.4%. Pre-treatment average concentration of CEA was 151.4 ng/ml. After 3 cycles, the average concentration is 93.3 ng/ml. After 6 cycles, the average concentration of CEA is 81.6ng/ml. The difference is statistically significant with p <0.001 (between before and after 3, 6 cycles), not significant when comparing after 3 and 6 cycles. The stage of the disease is related to the treatment response of the study subjects (p <0.001), N1,2 trend better than N3 with p = 0.058. Reduced hemoglobin accounts for 83% in degrees 1 and 2. Granulocytopenia accounts for 34.2% of which decrease in level 1 accounts for 20.8%, decreases in degree 2. Nausea and vomiting often accounts for 82.1% mainly meets level 1,2. Peripheral nervous system toxicity met 43.3% at level 1.2. Common hair loss (95.5%) in which level 2 loss accounts for 85.1%. **Conclusion:** Lung bronchial cancer without small cell stage III - IV was chemotherapy with Paclitaxel - Cisplatin regimen for a relatively high response rate.

Keywords: Lung cancer; Lung cancer non small cell; Paclitaxel – Cisplatin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở nhiều nước trên thế giới. Ước tính trên thế giới có khoảng 1,8 triệu trường hợp ung thư phổi mới mắc trong năm 2012, chiếm khoảng 13% trong tổng số bệnh nhân ung thư. Tại Hoa Kỳ, có khoảng 225.000 trường hợp mới mắc bệnh UTP và hơn 160.000 người chết mỗi năm [2]. Tại Việt Nam, theo Globocan 2012, tỷ lệ mắc chuẩn UTP đứng thứ nhất ở nam giới, với 38,8/100.000 dân và đứng hàng thứ ba ở nữ giới, với 10,5/100.000 dân [2], [1].

Chẩn đoán xác định UTP thường khó khăn nguyên do phổi là một cơ quan nằm trong lồng ngực. Ở giai đoạn sớm của bệnh thường không có biểu hiện lâm sàng, nếu có triệu chứng cũng không đặc hiệu dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý về phổi khác. Bệnh tiến triển âm thầm, đến khi các triệu chứng trở nên rõ rệt thì bệnh đã ở giai đoạn muộn. Trong điều trị UTP phẫu thuật triệt căn là phương pháp hiệu quả nhất nhưng chỉ khi tổn thương còn khu trú. Khi bệnh đã ở giai đoạn không mổ được, hóa trị và xạ trị là những phương pháp điều trị chính.

Trong nhiều nghiên cứu đã khẳng định paclitaxel là một dẫn chất có hiệu quả rõ rệt trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn muộn, khi dùng đơn độc hay phối hợp với nhóm platin trong các thử nghiệm lâm sàng. Tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên, phác đồ Paclitaxel-Cisplatin đã sử dụng trong điều trị UTPKTBN và trở thành phổ biến từ năm 2010, để đánh giá tổng thể về kết quả điều trị của phác đồ này, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu sau: *Đánh giá đáp ứng điều trị và một số tác dụng phụ ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel-Cisplatin tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên năm 2014-2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 67 bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, IV được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel-Cisplatin tại Trung tâm ung bướu Thái Nguyên từ tháng 01/2014 đến tháng 10/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán xác định là UTPKTBN dựa vào kết quả mô bệnh học.
- Xếp giai đoạn là giai đoạn IIIB, IV theo hệ thống xếp loại Union International Contre la Cancer (UICC- Ủy ban phòng chống ung thư quốc tế) à American Joint Committee on Cancer (AJCC - Hiệp hội ung thư Mỹ) 2010 phiên bản VII [4],[5].
- Chỉ số toàn trạng PS (Performance Status) từ 0-2 (theo thang điểm ECOG - Eastern Cooperative Oncology Group) [6].
- Tuổi từ 18 tuổi trở lên, không mắc ung thư thứ hai.
- Không có chống chỉ định điều trị hóa chất:
- Điều trị đủ 6 đợt hoá chất phác đồ Paclitaxel-Cisplatin.
- Chấp nhận tham gia nghiên cứu. Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN UTP có kết quả mô bệnh học là loại ung thư tế bào nhỏ.
- Đã được điều trị ung thư trước đó.
- Có chống chỉ định điều trị hóa chất.
- Từ chối hợp tác vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu
- Cỡ mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu toàn bộ

2.2.2. Phác đồ điều trị. Theo hướng dẫn của National Comprehensive Cancer Network (NCCN – mạng lưới Ung thư Mỹ) 2015 [8], sách điều trị nội khoa bệnh ung thư [4], và được phê duyệt bởi Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên: Paclitaxel: 175mg/m^2 da truyền tĩnh mạch ngày 1 (trên 3 giờ).

Cisplatin: 80mg/m^2 da truyền tĩnh mạch ngày 1 (1-3 giờ). Chu kỳ 21 ngày x 6 chu kỳ

2.4. Phương pháp quản lý, thống kê và xử lý số liệu: Mỗi bệnh nhân sẽ có một bộ hồ sơ riêng biệt, theo dõi trong suốt quá trình trước, trong, sau khi kết thúc điều trị và thời điểm dừng nghiên cứu. Các thông tin thu nhận được nhập vào máy tính và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Phác đồ điều trị này đã được các BV chuyên ngành ung bướu đầu ngành trong nước sử dụng và được sự đồng ý của Hội đồng y đức Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên.
- Nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện và chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và đáp ứng điều trị

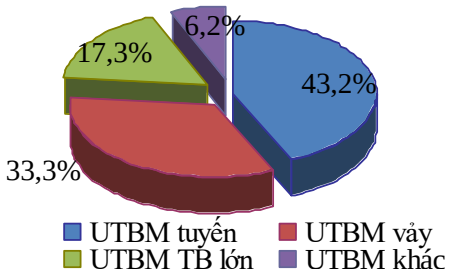
Bảng 2.1. Đặc điểm về tuổi, giới

Giới / Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %

≤50	11	19,3	1	10,0	12	17,9
51 – 60	24	42,1	3	30,0	27	40,3
61 – 70	16	28,1	5	50,0	21	31,3
>70	6	10,5	1	10,0	7	10,5
Tổng	**57**	**100**	**10**	**100**	**67**	**100**

Nhận xét: Tuổi trung bình là 58,9 ± 8,6 thấp nhất là 38, cao nhất là 77; Nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 51-60 với tỷ lệ 40,3%. Tỷ lệ nam/nữ = 5,7/1

3.2. Đặc điểm mô bệnh học



Biểu đồ 2.1. Kết quả mô bệnh học

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến cao nhất với tỷ lệ là 43,2%; tiếp sau là ung thư biểu mô vảy 33,3%; ung thư biểu mô tế bào lớn chiếm 17,3%. Còn lại là các ung thư biểu mô khác chiếm 6,2%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Đáp ứng cơ năng

Đáp ứng cơ năng	n	Tỷ lệ %
Hết hoàn toàn	5	7,5
Thuyên giảm một phần	45	67,2
Giữ nguyên	9	13,4
Nặng thêm	8	11,9
Tổng	**67**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có thuyên giảm các triệu chứng cơ năng chiếm 67,2%, trong đó có 7,5% bệnh nhân hết hoàn toàn các triệu chứng cơ năng.

Bảng 3.4. Đáp ứng thực thể sau điều trị

Đáp ứng thực thể	n	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	28	41,8
Bệnh giữ nguyên	20	29,8
Bệnh tiến triển	19	28,4
Tổng	**67**	**100**

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn sau điều trị. Có 28 trường hợp đáp ứng một phần chiếm 41,8%. Bệnh giữ nguyên chiếm 29,8%, bệnh tiến triển chiếm 28,4%.

Bảng 3.5. Sự thay đổi nồng độ Carcino Embryonic Antigan (CEA-Kháng nguyên biểu mô phôi) trước và trong và sau điều trị

CEA / Nồng độ ng/ml	CEA trước điều trị n=67 (1)	CEA sau 3CK n = 67 (2)	CEA sau 6CK n = 67 (3)
Nồng độ trung bình (min-max)	151,4 (0,5-617)	93,3 (1,2-550)	81,6 (1,3-528)
Trung vị	122,6	82,3	79,3
SD	152,6	75,9	57,9

Ghi chú: * (1) so với (2) và (1) so với (3) có giá trị p < 0,001.** (2) so với (3) có giá trị p > 0,05.

Nhận xét: Nồng độ CEA trung bình trước điều trị bằng 151,4 ng/ml. Sau điều trị 3 chu kỳ nồng độ trung bình là 93,3 ng/ml. Sau 6 chu kỳ nồng độ CEA trung bình là 81,6 ng/ml**.** Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 (giữa trước và sau 3, 6 chu kỳ), không có ý nghĩa khi so sánh sau 3 và 6 chu kỳ.

Bảng 3.6: Sự thay đổi chỉ số PS trước và sau điều trị

Chỉ số PS	Trước điều trị	Sau điều trị
1	33	40
2	34	21
3	0	6
Tổng	**67**	**67**

Nhận xét: Trước điều trị các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có chỉ số P.S bằng 1, 2. Sau điều trị bệnh nhân có xu hướng giảm nhẹ triệu chứng tuy nhiên một số bệnh nhân tiến triển đã xuất hiện P.S bằng 3.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh với đáp ứng điều trị

Các yếu tố / Đáp ứng		Có		Không		χ^2, p
		n	%	n	%	
Giai đoạn T	T1, T2	3	4,9	5	7,4	> 0,05
	T3, T4	21	30,9	38	56,8	
Giai đoạn N	$N_{1,2}$	19	25,9	22	33,3	= 0,058
	N_3	7	9,9	19	30,9	
Giai đoạn bệnh	**IIIB**	**21**	**29,6**	**5**	**7,4**	**< 0,001**
	IV	**5**	**6,2**	**36**	**56,8**	

Nhận xét: Giai đoạn bệnh có liên quan tới đáp ứng điều trị của đối tượng nghiên cứu (p < 0,001), xu hướng N1,2 đáp ứng tốt hơn N3 với p=0,058. Tách biệt giai đoạn T không có sự khác biệt

vì có nhiều trường hợp di căn xa trong nghiên cứu.

3.4. Một số tác dụng phụ không mong muốn của phác đồ

Bảng 3.9. Tác dụng phụ không mong muốn trên huyết học và gan, thận

Dòng tế bào	Độ độc tính									
	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm BCTT	43	64,2	14	20,8	9	13,4	4	6,0	2	3,0
Giảm BC	39	58,2	15	22,4	10	14,9	4	6,0	2	3,0
Giảm Hb	19	28,3	41	61,2	14	21,8	0	0	0	0
Giảm TC	63	94,0	11	16,4	2	2,9	0	0	0	0
Tăng SGOT, SGPT	55	82,1	13	19,4	5	7,4	1	1,5	0	0
Tăng Ure, Creatinin	61	91,0	12	17,9	3	4,5	0	0	0	0
Tổng số chu kỳ hóa chất 486										

Nhận xét: Độc tính trên hệ tạo huyết ít gặp chủ yếu gặp ở độ 1, 2. Giảm huyết sắc tố chiếm cao nhất với 83% ở độ 1, 2. Giảm bạch cầu hạt chiếm 34,2% trong đó giảm độ 1 chiếm 20,8%, giảm độ 2 có 9 bệnh nhân chiếm 13,4%, giảm bạch cầu chiếm 37,3% tương đồng với giảm bạch cầu hạt trong đó giảm độ 3 có 4 trường hợp (6,0%), giảm độ 4 có 2 trường hợp (3,0%). Giảm tiểu cầu ít gặp với 19,3% trong đó giảm độ 2 chiếm 2,9%.

Bảng 3.10. Một số tác dụng phụ không mong muốn khác

Tác dụng phụ	Độ độc tính									
	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nôn, buồn nôn	7	10,4	43	64,2	12	17,9	5	7,5	0	0
Quá mẫn	62	92,5	3	4,5	2	3,0	0	0	0	0
Thần kinh	38	56,7	19	28,4	10	14,9	0	0	0	0
Rụng tóc	3	4,5	7	10,4	57	85,1	0	0	0	0
Ia chảy	54	80,5	9	13,4	4	6,0	0	0	0	0
Tổng số chu kỳ hóa chất 486										

Nhận xét: Buồn nôn và nôn thường gặp chiếm 82,1% chủ yếu gặp độ 1,2. Có 5 trường hợp gặp ở độ 3 chiếm 7,5%. Phản ứng quá mẫn ít gặp chiếm 7,5%, tuy nhiên có 2 trường hợp nổi mề đay sau truyền thuốc 2 ngày Độc tính trên hệ thần kinh ngoại biên gặp chiếm 43,3% ở độ 1,2. Rụng tóc thường gặp (95,5%) trong đó rụng độ 2 chiếm 85,1%. Có 13 trường hợp bị ỉa chảy độ 2 có 4 trường hợp chiếm 6,0%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình là 58,9 ± 8,6 thấp nhất là 38, cao nhất là 77. Nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 51-60 với tỷ lệ 40,3%, Tỷ lệ nam/nữ = 5,7/1, tuổi trung bình trong NC của chúng tôi cao hơn H.T.T.Bình và cs: tuổi trung bình 53,93± 6,581, tỷ lệ nam 84,14%, nữ 15,85% [3]. Tỷ lệ bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến cao nhất với tỷ lệ là 43,2%; tiếp sau là ung thư biểu mô vảy 33,3%; ung thư biểu mô tế bào lớn chiếm 17,3%. Còn lại là các ung thư biểu mô khác chiếm 6,2%, kết quả NC của chúng tôi có sự khác biệt so với NC của H.T.T.B và cs; UTBM tuyến 67,07%; UTBM vảy 32,93%[3] Tỷ lệ bệnh nhân có thuyên giảm các triệu chứng cơ năng chiếm 67,2%, trong đó có 7,5% bệnh nhân hết hoàn toàn các triệu chứng cơ năng. Có 28 trường hợp đáp ứng một phần chiếm 41,8%. Bệnh giữ nguyên chiếm 29,8%, bệnh tiến triển chiếm 28,4%, kết quả NC của chúng tôi có tỷ lệ đáp ứng một phần cao hơn điều này có thể do đối tượng của chúng tôi có tỷ lệ giai đoạn bệnh sơm hơn, theo H.T.T.B và cs: đáp ứng một phần 24,39%, bệnh giữ nguyên 46,35%, bệnh tiến triển 18,30%. Nồng độ CEA trung bình trước điều trị bằng 151,4 ng/ml. Sau điều trị 3 chu kỳ nồng độ trung bình là 93,3 ng/ml. Sau 6 chu kỳ nồng độ CEA trung bình là 81,6ng/ml. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (giữa trước và sau 3, 6 chu kỳ), không có ý nghĩa khi so sánh sau 3 và 6 chu kỳ. Giai đoạn bệnh có liên quan tới đáp ứng điều trị của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,001$), xu hướng N1,2 đáp ứng tốt hơn N3 với p=0,058. Độc tính trên hệ tạo huyết ít gặp chủ yếu gặp ở độ 1, 2. Giảm huyết sắc tố chiếm cao nhất với 83% ở độ 1, 2. Giảm bạch cầu hạt chiếm 34,2% độ 1, trong đó giảm độ 3 có 4 trường hợp (6,0%), giảm độ 4 có 2 trường hợp (3,0%). Giảm tiểu cầu ít gặp với 19,3% trong đó giảm độ 2 chiếm 2,9%. Độc tính trong NC của chúng tôi thấp hơn NC của H.T.T.Bình và cs, giảm BC độ III 40,24% [3]. Buồn nôn và nôn thường gặp chiếm 82,1% chủ yếu gặp độ 1,2. Có 5 trường hợp gặp ở độ 3 chiếm 7,5%. Phản ứng quá mẫn ít gặp chiếm 7,5%, tuy nhiên có 2 trường hợp nổi mề đay sau

truyền thuốc 2 ngày. Độc tính trên hệ thần kinh ngoại biên gặp chiếm 43,3% ở độ 1,2. Rụng tóc thường gặp (95,5%) trong đó rụng độ 2 chiếm 85,1%. Có 13 trường hợp bị ỉa chảy trong đó độ 2 có 4 trường hợp chiếm 6,0%. Các tác dụng phụ trong NC của chúng tôi gần tương đương với NC của H.T.T.Bình và cs; rụng tóc 100% [3]

V. KẾT LUẬN

-Tỷ lệ bệnh nhân có thuyên giảm các triệu chứng cơ năng chiếm 67,2%, trong đó có 7,5% bệnh nhân hết hoàn toàn các triệu chứng cơ năng. Có 28 trường hợp đáp ứng một phần chiếm 41,8%. Bệnh giữ nguyên chiếm 29,8%, bệnh tiến triển chiếm 28,4%.

- Nồng độ CEA trung bình trước điều trị bằng 151,4 ng/ml. Sau điều trị 3 chu kỳ nồng độ trung bình là 93,3 ng/ml. Sau 6 chu kỳ nồng độ CEA trung bình là 81,6 ng/ml.

-Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 (giữa trước và sau 3, 6 chu kỳ), không có ý nghĩa khi so sánh sau 3 và 6 chu kỳ.

- Giai đoạn bệnh có liên quan tới đáp ứng điều trị của đối tượng nghiên cứu (p < 0,001), xu hướng N1,2 đáp ứng tốt hơn N3 với p=0,058.

- Độc tính trên hệ tạo huyết, trên thần kinh; buồn nôn và dụng tóc gặp hầu hết ở các bệnh nhân nhưng chủ yếu độ 1;2 và có thể kiểm soát được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al**. (2015), Global cancer statistics, 2012, CA Cancer J Clin, 65 (2), 87-108.
2. **Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al**. (2015), Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012, Int J Cancer, 136 (5), E359-86.
3. **Hàn Thị Thanh Bình, Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuần** (2013)," So sánh hiệu quả điều trị hóa chất phác đồ Palitaxel - Cisplatin và Etoposide - Cisplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn III - IV", Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 4, 2013, tr.
4. **Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai** (2010), Điều trị nội khoa bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học, 81-98.
5. **Bùi Diệu, Trần Văn Thuấn** (2014), Ung thư phổi không tế bào nhỏ. Sổ tay điều trị nội khoa ung thư, Nhà xuất bản Y học, 42-70.
6. **Buccheri G, Ferrigno D, and Tamburini M** (1996), Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: a prospective, longitudinal study of 536 patients from a single institution, Eur J Cancer, 32A (7), 1135-1141.
7. **Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al.** (1982), Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group, Am J Clin Oncol, 5 (6), 649-655.
8. **Ettinger DS, Wood DE, Akerley W, et al**. (2014), Non-small cell lung cancer, version 1.2015, J Natl Compr Canc Netw, 12 (12), 1738-1761.

CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ GÃY PHỨC HỢP GÒ MÁ THEO QUAN ĐIỂM NGƯỜI CHI TRẢ TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Thu Thủy[1], Trần Thị Mỹ Hạnh[2], Lê Diễm Quỳnh[1]

TÓM TẮT

Gãy phức hợp gò má (PHGM) là một dạng chấn thương hàm mặt phức tạp và thường gặp, chiếm trên 40% chấn thương gãy xương vùng mặt [7]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu cho thấy chấn thương hàm mặt chủ yếu do tai nạn xe hai bánh có động cơ với tư thế ngã thường nghiêng bên, vì vậy gãy PHGM chiếm tỷ lệ cao nhất so với các gãy xương khác vùng hàm mặt [2], [9]. Cho đến thời điểm hiện tại chưa có công trình nghiên cứu về chi phí điều trị gãy PHGM trên thế giới và tại Việt Nam. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang dựa trên hồ sơ bệnh án và phỏng vấn người bệnh điều trị gãy PHGM tại bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Thành phố Hồ Chí Minh với toàn bộ bệnh nhân thỏa tiêu chí lựa chọn và loại trừ điều trị tại bệnh viện được lựa chọn nghiên cứu từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017. Tất cả số liệu được thu thập vào bảng dữ liệu nghiên cứu Microsolf Excel và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS. Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 180 người bệnh chấn thương gãy PHGM với độ tuổi trung bình 34,82 ± 13,356, tỉ lệ nam: nữ 4,29:1; đa số có mức hưởng BHYT 80%; số ngày điều trị trung bình tại bệnh viện 12,22 ± 8,624; nghiên cứu ghi nhận tổng chi phí điều trị phức hợp gãy gò má có giá trị trung bình 14.697.625,2 ± 5.345.436,3 VNĐ; trong đó, chi phí trực tiếp y tế có giá trị cao nhất (7.671.077,0±3.117.023,9 VNĐ), chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi phí gián tiếp có giá trị tương đương nhau (3.608.455,6±2.341.159,7 VNĐ và 3.418.092,6 ± 1.949.537,1 VNĐ; tương ứng).

Từ khóa: Gãy phức hợp gò má, chi phí, trực tiếp y tế, trực tiếp ngoài y tế, gián tiếp

SUMMARY

TREATMENT COST OF CHEEKBONE COMPLEX

[1]*Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh*
[2]*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương TP Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy
Email: nguyenthuthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 27.5.2019
Ngày duyệt bài: 31.5.2019

FRACTURE FROM PAYERS' PERSPECTIVE AT HO CHI MINH CITY CENTRAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY

Fracture the cheekbone complex is a complex and common form of jaw injury, accounting for over 40% of facial fracture injuries [7]. In Vietnam, studies show that facial jaw injuries are mainly due to accidents with two-wheeled vehicles with an inclined side posture, so the fracture of the cheekbone complex accounts for the highest proportion compared to other fractures jaw area [2],[9]. Until now, there has been no research on the cost of treating cheekbone complexes in the world and in Vietnam. This study used a cross-sectional descriptive method based on medical records and interviewed patients who treated cheek fracture complexes at Ho Chi Minh City Central Hospital of Odonto-Stomatology. All patients, meeting the inclusion and exclusion criteria at the research hospital were selected to participate in the study from January to June 2017. All data were collected in the Microsoft Excel research data sheet and processed by the statistical software SPSS. The sample included 180 patients with traumatic fracture of the cheek complex with an average age of 34.82 ± 13,356, the rate of male: female of 4,29:1; most of them with 80% Health insurance coverage; the average number of treatment days in the hospital of 12,22 ± 8,624 days. The study recorded the total cost of treating cheek fracture complexes with an average value of VND 14,697,625,2 ± 5,345,436.3; in which, direct medical costs are of the highest value (7,671,077,0 ± 3,117,023.9 VND), direct nonmedical costs and indirect costs are equal in value (3,608. 455,6 ± 2,341,159.7 VND and 3,418,092,6 ± 1,949,537.1 VND; respectively).

Keywords: Fracture of cheekbones complex, treatment cost, direct medical cost, direct nonmedical cost, indirect cost

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các loại chấn thương do tai nạn, chấn thương vùng mặt ngày càng tăng [10], trong đó gãy phức hợp gò má (PHGM) là một dạng chấn thương hàm mặt phức tạp và thường gặp, chiếm trên 40% chấn thương gãy xương vùng mặt [7]. Với vị trí nhô và nằm giữa khuôn mặt dẫn đến việc tiếp xúc với ngoại vật trước tiên khi chấn thương hàm mặt, gãy PHGM thường gây biến dạng mặt và có thể để lại biến chứng nghiêm trọng [1], [4]. Chính vì vậy chi phí điều trị gãy PHGM ngày càng tăng trong bối cảnh chi phí thanh toán bảo hiểm y tế chưa bao gồm toàn bộ chi phí chi trả. Thêm vào đó, việc qui định giá trần các dịch vụ kỹ thuật của cơ quan nhà nước đã gây khó khăn không nhỏ cho cơ sở khám chữa bệnh trong việc lựa chọn phương pháp điều trị hợp lý với nguồn ngân sách dành cho y tế ngày càng hạn hẹp [5].

Trong những năm gần đây, chi phí điều trị các bệnh lý khác nhau đã được tiến hành nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Tuy nhiên, cho đến thời điểm hiện tại chưa có công trình nghiên cứu về chi phí điều trị gãy PHGM trên thế giới và tại Việt Nam. Vì vậy nhằm có cái nhìn tổng quan đề chi phí điều trị gãy PHGM, tạo cơ sở xem xét các cấu phần chi phí và gánh nặng của bệnh theo quan điểm của người chi trả từ đó đề ra các giải pháp nhằm giảm bớt gánh nặng cho người chi trả, nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu như sau:

1. Khảo sát đặc điểm người bệnh gãy PHGM tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Thành Phố Hồ Chí Minh

2. Khảo sát chi phí điều trị gãy PHGM theo quan điểm người chi trả tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Thành Phố Hồ Chí Minh

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân chấn thương gãy PHGM được điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật hàm mặt Bệnh viên Răng Hàm Mặt Trung Ương thuộc đối tượng BHYT từ ngày 01 tháng 1 đến ngày 01 tháng 6 năm 2017.

Bảng giá thuốc, vật tư y tế và bảng giá dịch vụ y tế của bệnh viện tại thời điểm nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang dựa trên hồ sơ bệnh án và phỏng vấn người bệnh điều trị gãy PHGM tại bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Thành phố Hồ Chí Minh. Chi phí điều trị gãy PHGM theo quan điểm người chi trả được đánh giá dựa trên công thức:

CP ĐT = CP TTYT + CP TTNYT + CP GT

Trong đó:

CP ĐT : chi phí điều trị
CP TTYT : chi phí trực tiếp y tế
CP TTNYT : chi phí trực tiếp ngoài y tế
CP GT : chi phí gián tiếp

Chi phí điều trị gãy PHGM theo quan điểm người chi trả bao gồm: chi phí trực tiếp y tế (CP TTYT) (chi phí thuốc và dịch vụ y tế - chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật, vật tư tiêu hao, ngày giường, xét nghiệm, nẹp vít); chi phí trực tiếp ngoài y tế (CP TTNYT); chi phí gián tiếp (CP GT). Trong đó chi phí trực tiếp y tế được thu thập từ dữ liệu chi phí thanh toán dựa trên hồ sơ bệnh án và phiếu thanh toán chi phí khám chữa bệnh của mỗi người bệnh, chi phí trực tiếp ngoài y tế và gián tiếp được thu thập từ dữ liệu phỏng vấn người bệnh theo phiếu khảo sát thông tin bệnh nhân nội trú tại khoa Phẫu thuật hàm mặt bệnh viện nghiên cứu.

Mẫu nghiên cứu: Toàn bộ bệnh nhân thỏa tiêu chí lựa chọn và loại trừ (bảng 1) điều trị tại khoa Phẫu thuật hàm mặt Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Thành phố Hồ Chí Minh.

Tiểu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân gãy PHGM được điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh; Bệnh nhân thuộc đối tượng BHYT; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân hoặc có các bệnh lý kèm theo khác ngoài gãy PHGM; Bệnh nhân ngắt quãng thời gian điều trị do ngưng trị hoặc bỏ trị

Thời gian khảo sát: Từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2017.

Thống kê và xử lý số liệu: Tất cả số liệu được thu thập vào bảng dữ liệu nghiên cứu Microsoft Excel và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 180 người bệnh chấn thương gãy PHGM thuộc khoa Phẫu thuật hàm mặt từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017, nghiên cứu thu được đặc điểm của mẫu nghiên cứu với kết quả được trình bày trong bảng 2.

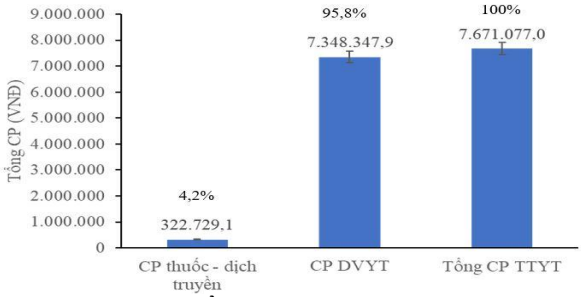
Bảng 2*. Đặc điểm mẫu nghiên cứu*

Đặc điểm	Thuộc tính	Tần số (%)/GTTB (ĐLC)	% tích lũy
Giới tính	Nam	146 (81,1%)	81,1%
	Nữ	34 (18,9%)	100%
Tuổi	Từ 12 đến 72	34,81 (13,356)	
Nghề nghiệp	Công nhân	73 (40,6%)	40,6%
	Nông dân	75 (41,7%)	82,3%
	HSSV	11 (6,1%)	88,4%
	Khác	21 (11,6%)	100,0%
Mức hưởng BHYT	32%	33 (18,3%)	18,3%
	38%	4 (2,2%)	20,5%
	40%	5 (2,8%)	23,3%
	80%	103 (57,2%)	80,5%
	95%	9 (5,0%)	85,5%
	100%	26 (14,4%)	100,0%
Chẩn đoán	Gãy hàm gò má	77 (42,8%)	42,8%
	Gãy hàm gò má với chấn thương khác	103 (57,2%)	100,0%
Thu nhập hàng tháng của bệnh nhân (VNĐ)	1.779.407,4 (1.153.718,6)		
Thu nhập hàng tháng của người chăm sóc (VNĐ)	1.638.685,2 (1.073.135,8)		
Số ngày nằm viện	12,22 (8,624)		

Theo bảng 2, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nam: nữ 4,29:1; độ tuổi trung bình là 34,81±13,36. Về nghề nghiệp, có sự phân bố không đồng đều về các nhóm nghề nghiệp trong mẫu nghiên cứu, trong đó nông dân chiếm đa số (41,7%); tiếp theo là công nhân (40,6%), nhóm nghề nghiệp khác (11,7%) và chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm HSSV (6,1%). Về mức hưởng BHYT, nhóm bệnh nhân có mức hưởng BHYT 80% chiếm tỷ lệ cao nhất (57,2%); tiếp theo là nhóm bệnh nhân có mức hưởng BHYT 32% và 100% với tỷ lệ lần lượt là 18,3% và 14,4%; các nhóm còn lại chiếm tỷ lệ nhỏ và dao động từ 2,2% đến 5%. Về chẩn đoán, 42,8% được chẩn đoán gãy hàm gò má và 57,2% được chẩn đoán gãy hàm gò má với các chấn thương khác vùng hàm mặt. Nghiên cứu ghi nhận thu nhập hàng tháng của bệnh nhân và người chăm sóc có giá trị trung bình tương đương (1.779.407,4 ± 1.153.718,6 VNĐ và 1.638.685,2 ± 1.073.135,8 VNĐ; tương ứng). Số ngày nằm viện trung bình của người bệnh là 12,22 ± 8,624 ngày.

Chi phí trực tiếp y tế trong điều trị gãy PHGM

Tổng chi phí trực tiếp y tế: Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 180 hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017, nghiên cứu ghi nhận kết quả phân tích tổng giá trị chi phí TTYT trong điều trị gãy PHGM và trình bày trong hình 1.

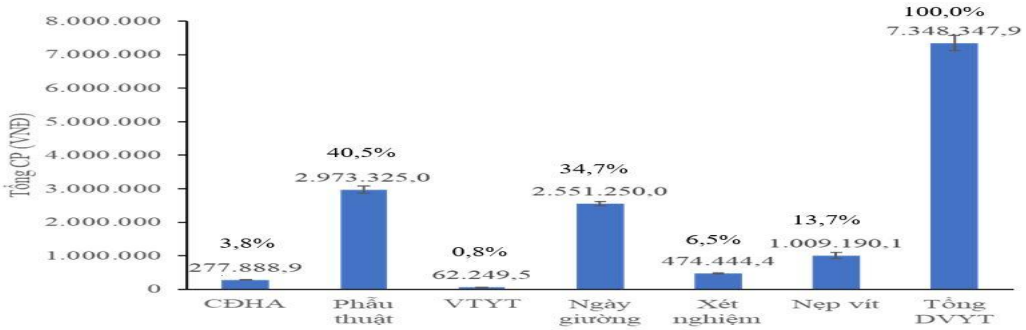


Hình 1*. Tổng chi phí trực tiếp y tế*

Theo hình 1, tổng chi phí điều trị gãy PHGM trung bình trên mỗi bệnh nhân có giá trị 7.671.077,0 ± 3.117.023,9 VNĐ trong đó chi phí dịch vụ y tế chiếm ưu thế với 7.348.347,9 ± 3.002.758,0 VNĐ; chi phí thuốc - dịch truyền có giá trị không đáng kể (322.729,1 ± 201.439,8 VNĐ). Như vậy, trong cấu trúc chi phí TTYT điều trị gãy PHGM chi phí DVYT chiếm 95,8% và cao gấp 22,8 lần so với tỷ lệ chi phí thuốc – dịch truyền (4,2%).

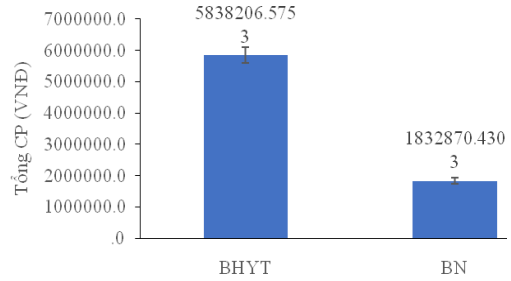
Chi phí dịch vụ y tế theo loại dịch vụ: Khảo sát chi phí dịch vụ y tế theo loại dịch vụ, nghiên cứu ghi nhận kết quả trình bày trong hình 2.

Theo hình 2, các dịch vụ y tế trong điều trị gãy PHGM bao gồm: chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật, vật tư y tế, ngày giường, xét nghiệm và nẹp vít. Trong đó chi phí phẫu thuật có giá trị trung bình cao nhất với 2.973.325,0 ± 1.380.294,5 VNĐ; tiếp theo là chi phí ngày giường (2.551.250,0 ± 925.885,2 VNĐ). Các chi phí còn lại có giá trị trung bình giảm dần theo thứ tự: chi phí nẹp vít (1.009.190,1 ± 1.229.092,2 VNĐ), chi phí xét nghiệm (474.444,4 ± 156.724,0 VNĐ), chi phí chẩn đoán hình ảnh (277.888,9 ± 143.214,5 VNĐ) và chi phí vật tư y tế (62.249,5 ± 51.601,4 VNĐ). Như vậy, trong cấu trúc chi phí dịch vụ y tế của điều trị gãy PHGM, chi phí phẫu thuật và ngày giường chiếm tỷ lệ cao nhất và tương đương nhau (40,5% và 34,7%; tương ứng), tiếp theo là chi phí nẹp vít (13,7%). Các chi phí còn lại bao gồm chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, vật tư y tế chiếm tỷ lệ không đáng kể (6,5%; 3,8% và 0,8%; tương ứng).



***Hình 2**. Chi phí dịch vụ y tế*

Chi phí trực tiếp y tế theo đối tượng chi trả: Khảo sát cấu trúc chi phí TTYT trong điều trị gãy PHGM theo đối tượng chi trả, nghiên cứu thu được trình bày trong hình 3.

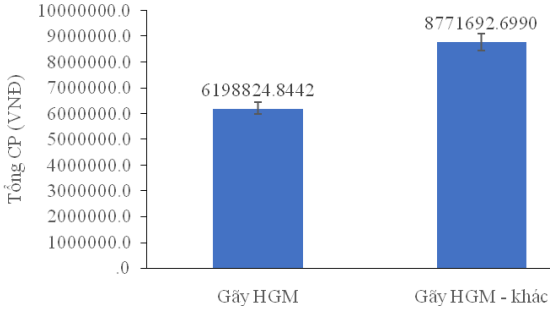


***Hình 3.** Chi phí trực tiếp y tế theo đối tượng chi trả*

Ghi chú: BHYT–Bảo hiểm y tế, BN–Bệnh nhân

Theo hình 3, theo đối tượng chi trả nghiên cứu ghi nhận chi phí bảo hiểm y tế thanh toán cao gấp 3,2 lần chi phí do người bệnh chi trả (5.838.206,6 ± 3.299.809,5 VNĐ so với 1.832.870,4 ± 1.486.537,4 VNĐ; tương ứng). Như vậy với tỷ lệ thanh toán bảo hiểm y tế từ 80% trở lên; bao hiểm y tế đã thanh toán phần lớn chi phí trực tiếp y tế cho người bệnh.

Chi phí trực tiếp y tế theo chẩn đoán: Khảo sát cấu trúc chi phí trực tiếp y tế trong điều trị gãy PHGM theo chẩn đoán, nghiên cứu ghi nhận kết quả được trình bày trong hình 4.

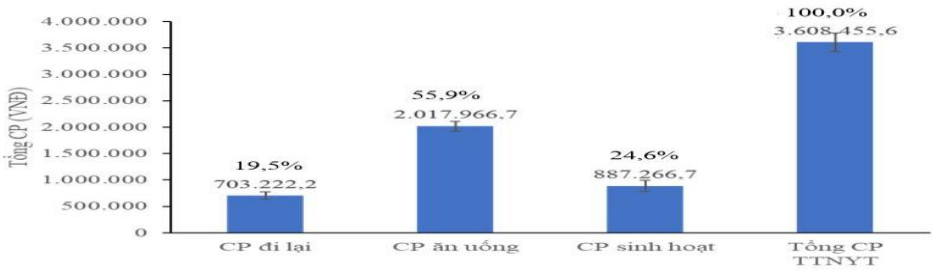


***Hình 4.** Chi phí trực tiếp y tế theo chẩn đoán*

Theo hình 4, nghiên cứu ghi nhận chi phí gãy hàm gò má kết hợp với chấn thương khác có giá trị cao hơn 1,4 lần so với chi phí gãy hàm gò má (8.771.692,7 ± 3.344.533,9 VNĐ so với 6.198.824,8 ± 2.008.218,2 VNĐ; tương ứng).

Chi phí trực tiếp ngoài y tế: Chi phí trực tiếp ngoài y tế là những chi phí do người bệnh chi trả được khảo sát dựa trên phỏng vấn người bệnh bằng phiếu khảo sát. Khảo sát 180 người bệnh điều trị gãy PHGM tại Bệnh viện Răng Hàm

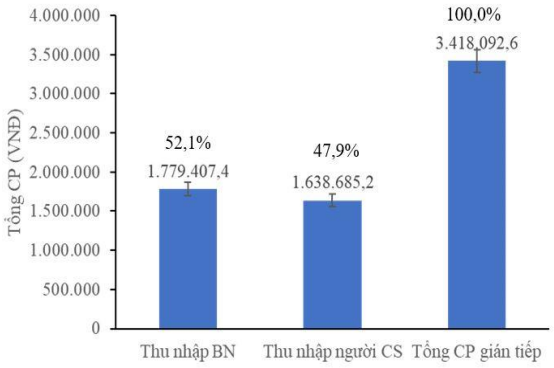
Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017, nghiên cứu thu được 180 phiếu khảo sát hợp lệ và tiến hành thu thập dữ liệu dựa trên các phiếu khảo sát này và ghi nhận kết quả chi phí trực tiếp ngoài y tế được trình bày trong hình 5.



Hình 5. *Chi phí trực tiếp ngoài y tế*

Theo hình 6, tổng chi phí trực tiếp ngoài y tế của bệnh nhân có giá trị trung bình 3.608.455,6 ± 2.341.159,7 VNĐ bao gồm chi phí đi lại, chi phí ăn uống, chi phí sinh hoạt phát sinh trong quá trình điều trị. Trong chi phí trực tiếp ngoài y tế, chi phí ăn uống có giá trị cao nhất (2.017.996,7 ± 1.249.768,6 VNĐ), tiếp theo là chi phí sinh hoạt (887.266,7 ± 1.371.739,8) và chi phí vận chuyển đến bệnh viện (703.222,2 ± 964.098,9 VNĐ). Như vậy trong cấu trúc CP trực tiếp ngoài y tế, CP ăn uống chiếm tỷ lệ cao nhất (55,9%); tiếp theo là chi phí sinh hoạt (24,6%); chi phí đi lại chiếm tỷ lệ thấp nhất (19,5%).

Phân tích chi phí gián tiếp: Khảo sát chi phí gián tiếp trong điều trị gãy PHGM, nghiên cứu ghi nhận kết quả được trình bày trong hình 6.



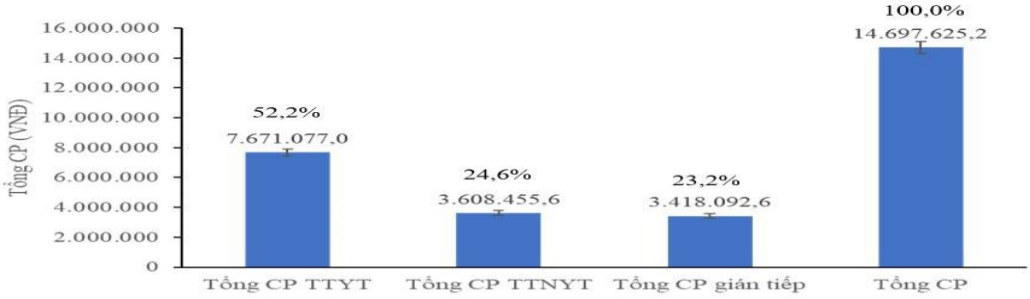
Hình 6. *Thu nhập mất đi do điều trị*

Theo hình 6, tổng chi phí gián tiếp trong điều trị PHGM có giá trị 3.418.092,6 ± 1.949.537,1 VNĐ; trong đó, thu nhập mất đi do nằm viện từ người bệnh có giá trị cao hơn không đáng kể so với thu nhập mất đi do nằm viện từ người chăm sóc (1.779.407,4 ± 1.153.718,6 so với 1.638.685,2±1.073.135,8 VNĐ; tương ứng). Như vậy trong cấu trúc chi phí gián tiếp, thu nhập mất đi từ người bệnh và từ người chăm sóc tương đương nhau (52,1% và 47,9%; tương ứng).

Tổng chi phí điều trị gãy PHGM

Khảo sát tổng chi phí điều trị gãy PHGM bao gồm chi phí trực tiếp y tế, chi phí trực tiếp ngoài y tế, chi phí gián tiếp, nghiên cứu ghi nhận kết quả được trình bày trong hình 7.

Theo hình 7, tổng chi phí điều trị phức hợp gãy gò má có giá trị trung bình 14.697.625,2 ± 5.345.436,3 VNĐ; trong đó, chi phí trực tiếp y tế có giá trị cao nhất (7.671.077,0 ± 3.117.023,9 VNĐ), chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi phí gián tiếp có giá trị tương đương nhau (3.608.455,6 ± 2.341.159,7 VNĐ và 3.418.092,6 ± 1.949.537,1 VNĐ; tương ứng). Như vậy, trong cấu trúc tổng chi phí trong điều trị gãy PHGM; 52,2% chi phí dành cho chi phí trực tiếp y tế và chiếm tỷ lệ cao nhất, chi phí trực tiếp ngoài y tế và gián tiếp có tỷ lệ tương đương nhau (24,6% và 23,2%; tương ứng). Điều đó cho thấy trong tổng chi phí điều trị gãy PHGM, chi phí không liên quan đến y tế chiếm gần 50%.



Hình 7. *Tổng chi phí điều trị gãy PHGM*

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Phẫu thuật hàm mặt Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Thành phố Hồ Chí Minh. Tỉ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ trong gãy PHGM của nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Bắc Hải với tỉ lệ nam: nữ là 11,7:1, nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng với 10,2:1 [8], nghiên cứu của Lê Tấn Hùng với 3.3:1 [3] và nghiên cứu của Trần Ngọc Quảng Phi với 7,77:1 [6].

Phân tích giá trị cũng như cấu trúc chi phí trực tiếp y tế điều trị gãy PHGM, nghiên cứu ghi nhận chi phí dịch vụ y tế chiếm ưu thế trong tổng chi phí điều trị, trong đó chi phí phẫu thuật có giá trị trung bình cao nhất và thấp nhất là chi phí vật tư y tế. Đây là điểm khác biệt so với chi phí điều trị các bệnh mạn tính với chi phí thuốc chiếm ưu thế, chi phí điều trị gãy PHGM với việc sử dụng các dịch vụ thủ thuật, phẫu thuật là chủ yếu nên chi phí dịch vụ y tế có giá trị cao.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát trên 180 người bệnh chấn thương gãy PHGM thuộc khoa Phẫu thuật hàm mặt bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/2017 đến 06/2017, nghiên cứu ghi nhận tổng chi phí điều trị phức hợp gãy gò má có giá trị trung bình 14.697.625,2 ± 5.345.436,3 VNĐ; trong đó, chi phí trực tiếp y tế có giá trị cao nhất, chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi phí gián tiếp có giá trị tương đương nhau. Trong chi phí trực tiếp y tế, chi phí dịch vụ y tế chiếm 95,8% trong đó trên 80% là dành cho phẫu thuật và ngày giường. Trong chi phí trực tiếp ngoài y tế, chi phí ăn uống chiếm trên 50%. Trong chi phí gián tiếp, thu nhập mất đi từ người bệnh và người thân là tương đương nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ellis E. et al. (1996),** "Analysis of treatment for isolated zygomaticomaxillary complex fractures". **54** (4), pp. 386-400.
2. **Lâm Ngọc Ấn và cộng sự (2000),** "Chấn thương vùng mặt do nguyên nhân thông thường (1976-1993)", Kỷ yếu công trình khoa học 1975 - 1993, Viện Răng Hàm Mặt Thành Phố Hồ Chí Minh, pp. 127-133.
3. **Lê Tuấn Hùng (2010),** Sử dụng Miniplate trong điều trị gãy xương gó má-cung tiếp, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học, khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP.HCM.
4. **Rohrich R. et al. (1992),** "Optimizing the management of orbitozygomatic fractures". **19** (1), pp. 149-165.
5. **Thông tư liên tịch** số 37/2015/TTLT-BYT-BTC (ngày 22/10/2015).
6. **Trần Ngọc Quảng Phi (2011),** Nghiên cứu phân loại và điều trị gãy PHGM- cung tiếp, Luận án tiến sĩ, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
7. **Trần Ngọc Quảng Phi N. T. S. (2015),** "Gãy PHGM: Từ phân loại đến điều trị", Nhà xuất bản Y học, pp. 110-119.
8. **Trương Mạnh Dũng N. D. T. (2012),** "Nghiên cứu điều trị gãy xương gò má- cung tiếp bằng nẹp vít tự tiêu tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương và Bệnh viện Việt Nam-Cu Ba", Tạp chí Y học thực hành, Bộ Y Tế. **số 1 (804)**, pp. 38-41.
9. **Trương Mạnh Dũng T. V. T. (2001),** "Nhận xét kết quả điều trị gãy xương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội từ 1988 - 1998", Y học Việt Nam, Số 10/2001 (chuyên đề Răng Hàm Mặt), pp. 26 – 35.

TRIỂN KHAI VĂN HOÁ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH VÀ NHỮNG RÀO CẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

Nguyễn Đức Thành[1], Phạm Quốc Tuấn[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: An toàn người bệnh luôn luôn là tâm điểm của hoạt động cải thiện chất lượng trong chăm sóc sức khoẻ. Do đó, việc thiết lập và triển khai văn hoá an toàn trong bệnh viện đóng vai trò nền tảng quan trọng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát về văn hoá an toàn người nhằm đánh giá thực trạng về mức độ hiểu biết, nhận thức cũng như thái độ, hành vi của nhân viên y tế, cũng như xác định những rào cản trong việc triển khai văn hoá an toàn người bệnh. **Phương pháp:** Khảo sát 208 nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang bằng phương pháp cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 7 năm 2018. **Kết quả:** Tỷ lệ trung bình số nhân viên có đáp ứng tích cực về văn hoá an toàn người bệnh là 80.7%. Phỏng vấn sâu ghi nhận nhân viên y tế còn có nhiều rào cản, ảnh hưởng đến thực trạng văn hoá an toàn người bệnh: (1)Chính sách; (2) Văn hoá tổ chức; (3) Quy định, quy trình báo cáo sự cố; (4) Thưởng và phạt; **Kết luận:** Lãnh đạo khoa, bệnh viện cần tạo môi trường khuyến khích nhân viên phát biểu các ý kiến cải thiện an toàn người bệnh; Lãnh đạo bệnh viện cần xây dựng chính sách khuyến khích báo cáo sai sót tự nguyện, hệ thống báo cáo sự cố thưởng và phạt hợp lý; Triển khai các giải pháp nhằm giảm áp lực quá tải công việc ở một số khoa.

[1]*Trường Đại học Y tế Công cộng*
[2]*Bệnh viện đa khoa Đức Giang, Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thành
Email: ndt@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 13.5.2019
Ngày duyệt bài: 20.5.2019

Từ khoá: bệnh viện đa khoa Đức Giang; văn hoá an toàn người bệnh

SUMMARY

IMPLEMENTING SAFETY CULTURE AND BARRIERS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL

Background: Safety of patients is always the focus of quality improvement in health care. Therefore, the establishment and deployment of safety culture in hospitals plays an important foundation. We conduct research on human safety culture to assess the situation of the level of understanding and awareness as well as attitudes and behaviors of medical staff, as well as identify barriers to developing. declare the safety culture of patients. **Methods:** Survey of 208 health workers at Duc Giang General Hospital by analytical cross-sectional method, combining quantitative and qualitative research during the period from March to July 2018. **Results:** The average rate of employees who responded positively to the patient safety culture was 80.7%. In-depth interviews recorded medical staff also had many barriers, affecting the state of patient safety culture: (1) Policy; (2) Organizational culture; (3) Regulations and procedures for reporting incidents; (4) Rewards and penalties; **Conclusion:** Faculty leaders and hospitals need to create a working environment to encourage employees to express ideas to improve patient safety; Hospital leaders need to develop policies to encourage voluntary reporting of errors, reasonable reporting system of rewards and penalties; Implement solutions is to reduce work overload pressure in some faculties.

Keywords: Duc Giang general hospital; patient safety culture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Văn hóa an toàn người bệnh (ATNB) là văn hóa mà ở đó mỗi thành viên trong tổ chức bất chấp ở cương vị nào, đều thể hiện vai trò chủ động trong phòng ngừa sai sót, và vai trò của từng cá nhân nhân này được sự hỗ trợ của tổ chức [1]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) cứ 10 người bệnh nhập viện thì có một bệnh nhân gặp phải sự cố y khoa, và cứ 300 sự cố xảy ra thì có một sự cố đặc biệt nghiêm trọng [3]. Đối với các nước đang phát triển tỷ lệ này còn cao hơn [4]. Tổng hợp dữ liệu từ các công trình nghiên cứu về sai sót – sự cố y khoa ở các bệnh viện cho thấy tỉ lệ tai biến điều trị tính trên tổng số bệnh nhân nhập viện dao động từ 3,2% đến 16,6% trong đó hơn 50% các sự cố là có thể ngăn ngừa được [5].

Các nghiên cứu về ATNB trước đây đề cập đến việc xác định các tỉ lệ nguy cơ, sự cố ATNB hay tìm hiểu xác định nguyên nhân đưa đến các sự cố và đề ra các giải pháp [2], [6]. Tuy nhiên có nhiều ý kiến của các chuyên gia cho rằng chỉ có thực hiện nghiên cứu đó chưa đầy đủ để ổn định ATNB vững chắc nếu không phân tích và giải quyết nguyên nhân gốc rễ.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về VHATN [5], [8] đã phác thảo bức tranh toàn cảnh về thực trạng an toàn người bệnh trong các bệnh viện và lý giải các yếu tố tác động đến an toàn người bệnh theo bộ phiếu khảo sát nhằm giúp nâng cao an toàn người bệnh của nhân viên y tế. Thách thức lớn nhất để hướng đến một hệ thống y tế an toàn chính là sự thay đổi từ nền văn hóa trừng phạt cá nhân phạm lỗi thành nền văn hóa an toàn; trong đó lỗi không được xem là thất bại của cá nhân mà là cơ hội để cải tiến hệ thống và phòng ngừa hậu quả [8]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát về văn hoá an toàn người nhằm đánh giá thực trạng về mức độ hiểu biết, nhận thức cũng như thái độ, hành vi của nhân viên y tế, cũng như xác định những rào cản trong việc triển khai văn hoá an toàn người bệnh tại BV ĐK Đức Giang. ***Mục tiêu nghiên cứu:*** *(1) Mô tả thực trạng văn hóa an toàn người bệnh ở một số khoa lâm sàng tại bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2018. (2) Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến văn hóa an toàn người bệnh ở một số khoa lâm sàng tại bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Khảo sát 208 nhân viên y tế tại Sản, Nhi, Gây mê hồi sức, Nội tổng hợp và Cấp cứu của Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

***Tiêu chuẩn lựa chọn.** Cán bộ y tế: Gồm lãnh đạo bệnh viện, Trưởng phòng Quản lý chất lượng, trưởng phòng Điều dưỡng, bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, dược sỹ và hộ lý.

***Tiêu chuẩn loại ra.** Bộ câu hỏi hoàn toàn không điền. Trên 50% câu hỏi không trả lời. Tất cả câu trả lời đều giống nhau. Người trả lời không phải là bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên, dược sỹ, hộ lý. Người không có mặt tại địa bàn nghiên cứu trong thời gian tiến hành nghiên cứu. Trong những lĩnh vực có 2 câu trả lời mâu thuẫn đối lập nhau thì những câu trả lời này sẽ không tính vào kết quả.

2.2 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắtngang với phương pháp định lượng nhằm mô tả thực trạng an toàn người bệnh tại bệnh viện đa khoa Đức Giang và phương pháp định tính được thực hiện nhằm thu thập thông tin sâu hơn để góp phần mô tả thực trạng an toàn người bệnh và phân tích một số yếu tổ ảnh hưởng đến thực trạng an toàn người bệnh.

- Thực trạng an toàn người bệnh được khảo sát xuyên suốt qua 42 câu hỏi gồm 12 lĩnh vực, sử dụng thang đo linkert 5 giá trị do cơ quan chất lượng và nghiên cứu sức khỏe Hoa Kỳ (AHRQ) xây dựng, và đã được triển khai tại 66

quốc gia trên thế giới.

- Số liệu định lượng được xử lý bằng phần mềm Stata, chọn lọc và phân tích dưới dạng các bảng biểu theo mục tiêu nghiên cứu. Số liệu định tính được xử lý và phân tích theo nội dung phỏng vấn sâu, phân tích dữ liệu theo từng chủ đề.

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng Y đức trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tình hình văn hoá ATNB tại BVĐK Đức Giang

***Đặc điểm của các đối tượng khảo sát.** Phần lớn đối tượng khảo sát tập trung vào nhóm có thâm niên từ 1 - 10 năm theo vị trí công việc tại bệnh viện; tại khoa phòng; trong chuyên ngành với tỷ lệ tương ứng: 66,3%: 73,6%: 70,7%. Thu nhập bình quân của nhóm đối tượng nghiên cứu đa phần ở mức trung bình từ 5 đến 8 triệu. Chỉ có 1,9% đối tượng được khảo sát làm công việc không tiếp xúc trực tiếp với người bệnh.

***Thực trạng văn hoá ATNB.** Đa số NVYT cho rằng lãnh đạo quan tâm đến vấn đề an toàn người bệnh với tỷ lệ đáp ứng tích cực. Khoa Nội tổng hợp có tỷ lệ đáp ứng tích cực thấp nhất là 90%. Trong đó tập trung vào vấn đề tuân thủ quy trình kỹ thuật với tỉ lệ đáp ứng tích cực là 72%. Tỷ lệ đáp ứng tích cực về vấn đề thông tin và phản hồi các sai sót của các khoa phòng tương đối tốt. Trong đó Khoa Nhi có trung bình tỉ lệ đáp ứng tích cực cao nhất là 95.4%. Khoa Nội tổng hợp có trung bình tỉ lệ đáp ứng tích cực thấp nhất là 77%. Có 25% nhân viên khoa Nội TH cho rằng: NV không được thông tin phản hồi về những thay đổi dựa trên các báo cáo sai sót.

Trung bình tỉ lê đáp ứng tích cực của NVYT về lĩnh vực không trừng phạt ở mức tương đối thấp. Văn hóa trừng phạt vẫn còn len lỏi trong bệnh viện. Khoa Nhi có trung bình tỷ lệ đáp ứng tích cực cao nhất là 88.3%. Tuy vậy, có 31,25% NVYT khoa Nhi lo sợ các sai lầm bị lưu vào hồ sơ cá nhân. Khoa Gây mê hồi sức, Nội tổng hợp và Cấp cứu có trung bình tỷ lệ đáp ứng tích cực thấp nhất tương ứng là 55.5%: 57,3%: 60,6%.

Hoạt động cải tiến và thực hiện có hệ thống các biện pháp ATNB tại khoa cũng tương đối tốt. Khoa Nội tổng hợp có trung bình tỷ lệ đáp ứng tích cực thấp nhất là 81,3%. Hầu hết các ý kiến đều cho thấy hoạt động nhóm của khoa phòng rất tốt. Khoa Nhi có trung bình tỷ lệ đáp ứng tích cực cao nhất là 99.3%.

Tỷ lệ trung bình số nhân viên có đáp ứng tích cực về văn hoá an toàn người bệnh là 80.7%.

3.2 Các yếu tố ảnh hưởng đến văn hoá ATNB

***Chính sách của bệnh viện.** Bệnh viện chưa có chính sách khen thưởng cho nhân viên y tế có những thành tích tốt, báo cáo đầy đủ, đúng quy trình về báo cáo sự cố y khoa, mà chỉ có chế tài xử phạt khi vướng những khuyết điểm, lỗi trong quá trình công tác.

"Mọi người thưởng là sợ bị thưởng phạt khi gặp sự cố nhưng mà chúng ta cũng phải động viên họ nếu họ làm đúng thì nên thưởng bởi vì đằng sau sự cố đấy là 1 việc cho những người sau cái đấy mới là cần thiết chứ nếu che giấu thì sẽ gặp ở những lần sau nhiều hơn." – Trưởng khoa Gây mê hồi sức.

***Văn hoá tổ chức.** Nhân viên Y tế chưa có nhận thức đầy đủ về các vấn đề an toàn người bệnh, chưa có kiến thức đầy đủ về sự cố y khoa. Điều này do nhân viên y tế chưa chú trọng vào việc báo cáo các yếu tố nguy cơ, sự cố trong quá trình làm việc và các lớp tập huấn về nhận diện sự cố còn hạn chế.

"Tuy nhiên số lượng sự cố y khoa được báo cáo so với đơn vị khác cùng ngành thì bệnh viện cũng còn ít. Vì có thể mọi người chưa báo cáo hết hoặc chưa nhận thức được đó là các yếu tố nguy cơ mất an toàn." PVS – Trưởng phòng Điều Dưỡng.

***Quy định, quy trình báo cáo sự cố.** Quy trình, quy định về báo cáo sự cố y khoa còn rườm rà phức tạp, nhiều nội dung mà nhân viên y tế chưa nắm được. Điều này làm nhân viên y tế còn nghi ngại, cảm thấy tốn thời gian nên chủ yếu là tự xử lý chứ không báo cáo. Ngoài ra sự phản hồi lại các báo cáo sự cố y khoa còn chậm.

"Hiện tại thì công tác phản hồi vẫn còn hạn chế và phải có những hoạt động can thiệp gì sau những cái đó để làm giảm thiểu những nguy cơ đó đi hiện tại thì phòng quản lý chất lượng với cái vai trò đó là đầu mối đã có phân tích nguyên nhân gốc rễ. Tuy nhiên kết quả phân tích nguyên nhất gốc rễ đó đã phản hồi đến những người trực tiếp báo cáo chưa? Thứ 2 đó là triển khai và thông báo rộng rãi đến các nhân viên khác như thế nào để tránh lặp lại cái sự cố y khoa đó đã tốt chưa? Hiện tại theo tôi ở bệnh viện công tác này vẫn triển khai chưa toàn diện." PVS – P.Giám đốc bệnh viện.

***Thưởng, phạt.** Nhân viên y tế lo sợ bị trừng phạt, buộc tội, ảnh hưởng đến khoa phòng, ảnh hưởng đến công việc bản thân trong tương lai. "Tôi nghĩ rằng bệnh viện vẫn còn văn hóa buộc tội, khi nào chúng ta vẫn còn văn hóa buộc tội thì rào cản ấy vẫn còn rất lớn. chúng ta phải làm sao để thay đổi được câu hỏi ai là người gây ra sự cố bằng cái gì gây ra sự cố thì tôi nghĩ là rào cản sẽ giảm đi và họ sẽ tự nguyện. chế độ đối với những người gây ra sự cố". PVS – Phó trưởng khoa Nhi.

Phỏng vấn sâu ghi nhận nhân viên y tế còn có nhiều rào cản, ảnh hưởng đến thực trạng văn hoá an toàn người bệnh: (1) Chính sách; (2) Văn hoá tổ chức; (3) Quy định, quy trình báo cáo sự cố; (4) Thưởng và phạt;

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số NVYT cho rằng lãnh đạo quan tâm đến vấn đề an toàn người bệnh với tỷ lệ đáp ứng tích cực trung bình trên 95%. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cưu trong nước: Cẩm Hằng (2012) 80%; Như Anh (2015) 88,35% [5], [8]. Có lẽ do văn hóa trong tổ chức, cơ quan mà nhân viên vẫn có những nhận xét về lãnh đạo cao hơn so với thực tế.

Nghiên cứu cho thấy hoạt động cải tiến và thực hiện có hệ thống các biện pháp ATNB tại khoa khá tốt với tỷ lệ đáp ứng trung bình trên 90%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu tại bệnh viện Từ dũ năm 2015: 90,4%.

Tuy nhiên, kết quả cũng cho thấy trung bình tỷ lệ đáp ứng tích cực ở khoa Nội TH chỉ đạt 81,3%. Điều này tập trung ở 2 biến quan sát cần quan tâm cải thiện: Qua các sai sót đã đưa đến những thay đổi tích cực (76%) và Đánh giá hiệu quả các thay đổi để cải thiện ATNB (72%). Điều đó có nghĩa là vẫn còn 24% nhân viên không đồng ý các sai sót đưa đến những thay đổi tích cực tại khoa của họ và 28% nhân viên cho rằng các biện pháp cải thiện ATNB của khoa không được đánh giá hiệu quả.

Trong số những sự cố được báo cáo thì nhóm điều dưỡng có tỷ lệ báo cáo sự cố cáo nhất: 62.1%. Điều này hoàn toàn phù hợp bởi nhóm này chiếm phần lớn nhân lực trong khoa và thường xuyên tiếp xúc người bệnh. Các nghiên cứu khác như của Nguyễn Cẩm Hằng (2012) và Trần Nguyễn Như Anh (2015) cho thấy nhóm điều dưỡng có tỷ lệ báo cáo sự cố nhiều hơn [5], [8].

Hạn chế của nghiên cứu: Bộ câu hỏi trong quả trình dịch thuật có những câu khó hiểu nên phải mất nhiều thời gian giải thích. Nhân viên ngại cung cấp thông tin do nể nang hoặc ngại lãnh đạo nên phiếu khảo sát không ghi thông tin người được khảo sát.

V. KẾT LUẬN

Lãnh đạo khoa, bệnh viện cần tạo môi trường khuyến khích nhân viên phát biểu các ý kiến cải thiện an toàn người bệnh; Lãnh đạo bệnh viện cần xây dựng chính sách khuyến khích báo cáo sai sót tự nguyện, hệ thống báo cáo sự cố thưởng và phạt hợp lý; Triển khai các giải pháp nhằm giảm áp lực quá tải công việc ở một số khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AHRQ (2004) Patient Safety.** National Healthcare Quality Report. Agency for Healthcare Research and Quality.
2. **Donaldson, M. S. (2008)** An Overview of To Err is Human: Re-emphasizing the Message of Patient Safety. IN Nurses, P. S. a. Q. A. E.-B. H. f. (Ed.) To err is human: Building a Safer Health System. Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD).
3. **Nieva, V. F. & Sorra, J. (2003),** "Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations", Qual Saf Health Care, 12 Suppl 2pp. ii17-23.
4. Donaldson, S. L. (2009), "WHO Patient Safety Research", pp. 4-7.
5. **Trần Nguyễn Như Anh (2015**), Nghiên cứu văn hóa an toàn người bệnh tại bệnh viện Từ Dũ, Luận văn thạc sỹ kinh tế, Đại học kinh tế Hồ Chí Minh.
6. **Stoelting, R. K. (2006),** Safety during Patient-Controlled Analgesia, American society of Anesthesiologists NEWSLETTER, ASA Monitor.
7. **Rockville, M. & Sorra, J. (2016),** Surveys on Patient Safety Culture, IN Services, U. S. D. o. H. a. H. (Ed.) eng ed. Agency for Healthcare Research and Quality.
8. **Nguyễn Cẩm Hằng (2012),** Văn hóa an toàn người bệnh tại bệnh viện đa khoa Đồng Tháp năm 2012, Luận văn chuyên khoa I, Đại học Y tế công cộng.

ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH PHONG LÊN CHẤT LƯỢNG SỐNG NGƯỜI BỆNH: NGHIÊN CỨU TẠI KHU ĐIỀU TRỊ PHONG BẾN SẮN TỈNH BÌNH DƯƠNG

Nguyễn Thị Thu Thủy[1], Nguyễn Thị Thùy Nhung[2], Nguyễn Thị Liêm Thanh[1]

TÓM TẮT

Đánh giá ảnh hưởng của bệnh lên CLS của người bệnh phong đã được tiến hành nghiên cứu tại nhiều quốc gia tuy nhiên hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu tương tự tại Việt Nam. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu thu thập từ phỏng vấn người bệnh bằng bảng câu hỏi Dermatology Life Quality Index (DLQI) (Phiên bản Tiếng Việt). Toàn bộ người bệnh phong điều trị tại khu điều trị bệnh phong Bến Sắn, tỉnh Bình Dương thỏa tiêu chí lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu

[1]Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh
[2]Khu điều trị phong Bến Sắn tỉnh Bình Dương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy
Email: nguyenthuthuy@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 7.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 27.5.2019
Ngày duyệt bài: 31.5.2019

(07/2016 – 07/2017) được lựa chọn. Thống kê mô tả và thống kê phân tích được thực hiện với độ tin cậy 95% bằng phần mềm SPSS 20.0. Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 197 người bệnh phong với độ tuổi trung bình 67,1 ± 12,51, tỉ lệ nam: nữ đồng đều (1: 1,118); đa số đã kết hôn (56,9%); thời gian mắc bệnh phong trung bình 41,91 ± 13,87 năm; nghiên cứu ghi nhận mức độ ảnh hưởng của bệnh lên CLS của người bệnh ở mức trung bình với giá trị 9,58 ± 6,432 (trên thang điểm 30), trong đó khía cạnh triệu chứng và tình cảm bị ảnh hưởng nhiều nhất, tiếp đến là khía cạnh giải trí. Các yếu tố liên quan đến mức độ ảnh hưởng của bệnh lên CLS bao gồm trình độ học vấn, số năm mắc bệnh, sự hiện diện của bệnh lý kèm theo.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, bệnh phong, DLQI.

SUMMARY

EFFECT OF LEPROSY ON THE QUALITY OF LIFE PATIENTS: A RESEARCH IN BEN SAN TREATMENT AREA, BINH DUONG PROVINCE

The QoL assessment of leprosy patients has been conducted in many countries but there are no related researches in Vietnam. Cross-sectional study has been conducted based on data collected from surveying patients by the Vietnamese version of DLQI (Dermatology Life Quality Index questionnaire). All leprosy patients being treated at Ben San leprosy treatment area in Binh Duong province were selected according to inclusion and exclusion criteria from July 2016 to July 2017. Descriptive and analytical statistics were performed with 95% reliability by SPSS 20.0 software. The sample consisted of 197 leprosy patients with an average age of 67.1 ± 12.51, a male: female rate of 1: 1,118; 56.9% married (56.9%); the average duration of leprosy of 41.91 ± 13.87 years. Patients has a moderate DLQI score with a value of 9.58 ± 6.432 (on a scale of 30), in which the symptomatic and emotional aspects are most affected by disease, followed by entertainment aspects. Related factors to the quality of life of leprosy patients include education level, illness duration and the accompanying pathologies.

Keywords: Quality of life, leprosy, DLQI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phong là một bệnh nhiễm trùng mạn tính, gây tổn thương chủ yếu ở da và thần kinh ngoại biên, dẫn đến những tổn thương ở các cơ quan khác như mắt, mũi, họng, viêm tinh hoàn, tổn thương xương, khớp [5]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2014 có 213.899 người bệnh phong mới được chẩn đoán với tỉ lệ phát hiện là 3,0/100.000 dân [4]. Ở Việt Nam, tỉ lệ phát hiện là 0,2/100.000 dân và tỉ lệ tàn tật độ II trên người bệnh phong mới phát hiện là 10,7% [6]. Là bệnh gây hủy hoại bề ngoài thông qua những tổn thương ở da và thần kinh ngoại biên, bệnh phong không chỉ gây ra những di chứng về thể xác mà còn để lại những tổn thương nặng nề về tinh thần ở người bệnh bởi sự kỳ thị và phân biệt đối xử của những người xung quanh. Chất lượng sống của người bệnh do đó bị ảnh hưởng đáng kể. Chính vì vậy, trong những năm gần đây, bên cạnh những mục tiêu phát hiện và điều trị bệnh sớm để giảm tàn tật và di chứng, nâng cao chất lượng sống của người bệnh phong ngày càng được đặc biệt quan tâm.

Hiện nay trên thế giới nhiều nghiên cứu đánh giá chất lượng sống của người bệnh phong đã được tiến hành ở một số quốc gia như Nepal [2], [9], Malawi [3],… Các nghiên cứu này đều cho thấy chất lượng sống của người bệnh phong thấp hơn nhiều so với nhóm người khỏe mạnh. Ở Việt Nam, năm 2012 đã có nghiên cứu chất lượng sống của người bị suy giảm chức năng do ảnh hưởng bởi bệnh phong tại Thành phố Hồ Chí Minh với kết quả cho thấy tổng điểm chất lượng sống trung bình ở người bệnh là 77,07 so với điểm tối đa cho phép 130 [7]. Tuy nhiên, hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá toàn diện mức độ ảnh hưởng của bệnh phong lên CLS của người bệnh. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với các mục tiêu sau:

1.Khảo sát đặc điểm người bệnh phong tại khu điều trị phong Bến Sắn tỉnh Bình Dương.

2.Đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh lên CLS của người bệnh tại khu điều trị phong Bến Sắn.

3.Khảo sát các yếu tố liên quan đến mức độ ảnh hưởng của bệnh lên CLS của người bệnh phong.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh phong điều trị tại khu điều trị phong Bến Sắn tỉnh Bình Dương.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu thu thập thu thập thông qua phỏng vấn người bệnh bằng phiếu khảo sát DLQI (phiên bản tiếng Việt). Thang đo DLQI gồm 10 câu hỏi, được chia thành các lĩnh vực sau: các triệu chứng và tình cảm (câu 1 và câu 2), sinh hoạt (câu 3 và câu 4), giải trí (câu 5 và câu 6), việc làm và học tập (câu 7), các mối quan hệ lâu dài (câu 8 và câu 9), điều trị (câu 10). Điểm của mỗi khía cạnh được đánh giá bằng trung bình cộng của điểm các câu hỏi (nếu có trên 1 câu hỏi). Tổng điểm CLS được đánh giá bằng trung bình cộng của tất cả các câu hỏi trong thang đó DLQI (từ câu 1 đến câu 10).

Ý nghĩa tổng điểm số ảnh hưởng lên CLS như sau:

0-2: không ảnh hưởng đến CLS của người bệnh

2-5: ảnh hưởng mức độ nhỏ đến CLS của người bệnh

6-10 : ảnh hưởng mức độ trung bình đến CLS của người bệnh

11-20: ảnh hưởng lớn đến CLS của người bệnh

21-30: ảnh hưởng nghiêm trọng đến CLS của người bệnh

Mẫu nghiên cứu: Toàn bộ người bệnh đang được điều trị tại khu điều trị phong Bến Sắn thỏa tiêu chí lựa chọn và loại trừ (bảng 1) được lựa chọn tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh phong điều trị tại khu điều trị phong Bến Sắn, tỉnh Bình Dương
- Đồng ý tham gia khảo sát
- Có thể nghe, nói và trả lời các câu hỏi trong bảng khảo sát

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có rối loạn tâm thần, câm điếc
- Người bệnh không trả lời đầy đủ phiếu khảo sát

Thời gian khảo sát: từ 7/2016 đến 7/2017

Thống kê và xử lý số liệu : Thống kê mô tả và thông kê phân tích được thực hiện bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0 với các giả thiết thống kê được kiểm định với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Từ 7/2016 đến 7/2017, tổng cộng 197 người bệnh điều trị bệnh phong đã được lựa chọn phỏng vấn cho nghiên cứu với đặc điểm mẫu nghiên cứu được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. *Đặc điểm mẫu nghiên cứu*

Đặc điểm		Tần số (%)/ GTTB (ĐLC)	Đặc điểm		Tần số (%)/ GTTB (ĐLC)
Giới tính	Nam	93 (47,2)	**Số năm mắc bệnh (năm)**		41,91 (13,87)
	Nữ	104 (52,5)	**Mức độ tàn tật**	Cò ngón tay	157 (79,7)
Học vấn	Dưới cấp 1	124 (62,9)		Cụt ngón tay	40 (20,3)
	Cấp 1-2	63 (32,1)		Cụt bàn tay	10 (5,1)
	Từ cấp 3 trở lên	10 (5,0)		Cò ngón chân	129 (65,5)
Nghề nghiệp	Lao động phổ thông	78 (39,6)		Cụt ngón chân	66 (33,5)
	Lao động trí thức	5 (2,5)		Cụt bàn chân	39 (19,8)
	Thất nghiệp	99 (50,3)		Khác	37 (18,8)
	Nghỉ hưu	15 (7,6)	**Số lượng bệnh lý kèm theo**		2,43 (1,135)
Tình trạng kinh tế	Nghèo	155 (78,7)	**Mắc bệnh mãn tính**	Có	42 (21,3)
	Không nghèo	42 (21,3)		Không	155 (78,7)
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	85 (43,1)	**Bệnh lý kèm theo cụ thể**	Đái tháo đường	38 (19,3)
	Có gia đình	112 (56,9)		Huyết áp	129 (65,5)
				Tiêu hoá	28 (14,2)
Tuổi		67,1 (12,51)		Khớp	122 (61,9)
				Khác	23 (11,7)

Theo bảng 2, tỉ lệ nam: nữ gần như tương đương (1:1,11) với độ tuổi trung bình 67,1 ± 12,51 tuổi. Về trình độ học vấn, phần lớn người bệnh tham gia khảo sát có trình độ học vấn dưới cấp I (62,9%), cấp I- II và phổ thông chiếm tỉ lệ lần lượt là 32,1% và 5,0%. Về nghề nghiệp, 50,3% người bệnh thất nghiệp, kế đến là người bệnh làm việc lao động phổ thông và đã nghỉ hưu (39,6% và 7,6%; tương ứng), chỉ có 2,5% là lao động trí thức. Về tình trạng kinh tế, tỉ lệ người bệnh thuộc hộ nghèo: người không thuộc hộ nghèo là 3,7:1 (78,7% so với 21,3%; tương ứng). Về tình trạng hôn nhân, tỉ lệ người bệnh còn độc thân thấp hơn người có gia đình (43,1% so với 56,9%; tương ứng).

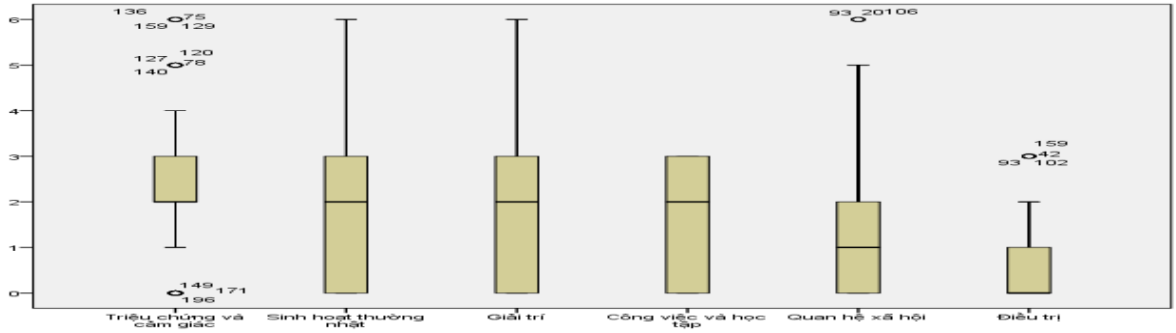
Thời gian mắc bệnh trung bình là 41,91 ± 13,87 năm, với số năm mắc bệnh cao nhất là 70 năm và thấp nhất là 6 năm, trong đó có hơn ¾ người bệnh bị cò ngón tay và 65,5% bị cò ngón chân; người bệnh bị cụt ngón tay, cụt ngón chân và cụt bàn tay chiếm tỉ lệ thấp hơn (20,3%; 19,8% và 5,1%; tương ứng). Ngoài ra 18,8%

người bệnh có những biểu hiện tàn tật khác (sập mũi, mắt thỏ…). Về bệnh mạn tính kèm theo, tỉ lệ người bệnh không có bệnh kèm theo cao gấp 3 lần so với người bệnh có bệnh kèm theo (78,7% so với 21,3%; tương ứng). Trong các bệnh kèm theo, tỉ lệ người mắc bệnh huyết áp và khớp là cao nhất tương ứng với 65,5% và 61,9%; còn lại là các bệnh về tiêu hóa, đái tháo đường và các bệnh khác.

Đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh lên CLS của người bệnh

Mức độ ảnh hưởng của bệnh lên các khía cạnh của CLS người bệnh

Mức độ ảnh hưởng của bệnh phong lên CLS được đánh giá dựa trên 6 khía cạnh: triệu chứng và tình cảm, sinh hoạt, giải trí, việc làm và học tập, các mối quan hệ lâu dài, điều trị với kết quả được trình bày trong hình 1.



Hình 1. *Mức độ ảnh hưởng của bệnh lên CLS ở các khía cạnh khác nhau*

Theo Hình 1, đề tài ghi nhận ở khía cạnh triệu chứng và cảm giác, điểm ảnh hưởng CLS dao động trong khoảng từ 0 đến 6 với giá trị trung bình 2,43 ± 1,467 và giá trị trung vị 2,00 (2,00-3,00). Đối với khía cạnh sinh hoạt thường nhật, điểm ảnh hưởng CLS dao động trong khoảng từ 0 đến 6 với giá trị trung bình 1,77 ± 1,565 và giá trị trung vị 2,00 (0,00-3,00). Đối với khía cạnh sinh hoạt thường nhật, điểm ảnh hưởng CLS dao động trong khoảng từ 0 đến 6 với giá trị trung bình 1,92 ± 1,773 và giá trị trung vị 2,00 (0,00-3,00). Đối với khía cạnh công việc và học tập, điểm ảnh hưởng CLS dao động trong khoảng từ 0 đến 3 với giá trị trung bình 1,72 ± 1,367 và giá trị trung vị 2,00 (0,00-3,00). Đối với khía cạnh công việc và học tập, điểm ảnh hưởng CLS dao động trong khoảng từ 0 đến 6 với giá trị trung bình 1,11 ± 1,359 và giá trị trung vị 1,00 (0,00-2,00). Đối với khía cạnh điều trị, điểm ảnh hưởng CLS dao động trong khoảng từ 0 đến 3 với giá trị trung bình 0,63 ± 0,812 và giá trị trung vị 0,00 (0,00-1,00).

Đánh giá tổng điểm ảnh hưởng lên CLS

Hình 2. *Tổng điểm ảnh hưởng của bệnh lên CLS*

Tổng điểm ảnh hưởng của bệnh lên CLS của người bệnh phong dựa trên 6 khía cạnh được thống kê và trình bày trong hình 2.

Theo hình 2, tổng điểm ảnh hưởng của bệnh lên CLS người bệnh phong dao động trong khoảng từ 0 đến 27 với giá trị trung bình 9,58 ± 6,432; giá trị trung vị là 9,00 (5,00 - 14,00). Như vậy tình trạng bệnh phong ảnh hưởng đến CLS của người bệnh ở mức độ từ vừa phải đến cao.

Phân tích các yếu tố liên quan đến điểm ảnh hưởng lên CLS của người bệnh: Kết quả thống kê điểm CLS của người bệnh phong theo các yếu tố liên quan được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. *Các yếu tố liên quan đến điểm ảnh hưởng lên CLS của người bệnh*

Nhóm	Phân nhóm	Giá trị trung bình (Độ lệch chuẩn)	Điểm khác biệt (KTC 95%)	p
Giới tính	Nam (n=93) so với Nữ (n=104)	9,12 ±6,579 so với 10,74 ±7,183	-1,622 (-3,565; 0,321)	0,101
Trình độ học vấn	Dưới cấp 1 (n=124) so với Cấp 1-2 (n=63)	8,85 ± 6,062 so với 11,81 ± 7,810	-2,963 (-5,45; -0,47)	**0,015**
Tình trạng hôn nhân	Độc thân (n=85) so với Kết hôn (n=112)	9,85 ±6,257 so với 10,07 ±7,433	-0,224 (-2,196; 1,748)	0,823

Bệnh lý kèm theo	Không (n=42) so với Có (n=155)	7,19 ± 6,322 so với 10,73 ± 6,919	-3,539 (-5,871; -1,206)	**0,003**
Tình trạng kinh tế	Nghèo (n=155) so với Không nghèo (n=42)	9,77 ± 6,701 so với 10,71 ± 7,778	-0,940 (-3,322; 1,441)	0,437
Yếu tố liên quan		**Yếu tố phụ thuộc**	**Hệ số tương quan Pearson**	**p**
Tuổi		Điểm ảnh hưởng lên CLS	-0,094	0,188
Số năm mắc bệnh		Điểm ảnh hưởng lên CLS	-0,185	**0,009**
Số lượng bệnh lý kèm theo		Điểm ảnh hưởng lên CLS	0,008	0,910
Mức độ tàn tật		Điểm ảnh hưởng lên CLS	-0,019	0,787

Ghi chú: KTC: Khoảng tin cậy

Theo bảng 3, phân tích mức độ ảnh hưởng lên chất lượng sống theo từng nhóm khác nhau, nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số ảnh hưởng lên CLS giữa nam so với nữ (9,12 ±6,579 so với 10,74 ±7,183; p=0,101); giữa người độc thân so với người kết hôn (9,85 ±6,257 so với 10,07 ±7,433; p=0,823); giữa người bệnh nghèo và không nghèo (9,77 ± 6,701 so với 10,71 ± 7,778; p=0,437). Về trình độ học vấn, nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ ảnh hưởng lên CLS giữa các nhóm học vấn, trong đó nhóm người bệnh có trình độ học vấn dưới cấp 1 có mức độ ảnh hưởng do bệnh thấp hơn so với trình độ học vấn cấp 1-2 với điểm khác biệt trung bình -2,963 (KTC 95%: từ -5,45 đến -0,47; p=0,015<0,05). Về bệnh lý kèm theo, nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong điểm ảnh hưởng lên CLS giữa nhóm không và có bệnh lý kèm theo, trong đó nhóm không có bệnh lý kèm theo có điểm ảnh hưởng lên CLS thấp hơn nhóm có bệnh lý kèm theo với điểm khác biệt trung bình -3,539 (KTC 95%: từ -5,871 đến -1,206; p=0,003). Nghiên cứu ghi nhận có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa số năm mắc bệnh và điểm ảnh hưởng lên CLS (r=-0,185; p=0,009<0,05). Như vậy thời gian mắc bệnh càng cao, điểm ảnh hưởng lên CLS càng thấp tương ứng với CLS càng cao. Nghiên cứu không ghi nhận mối tương quan giữa điểm ảnh hưởng lên CLS và tuổi, số lượng bệnh lý kèm theo và mức độ tàn tật.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh điều trị nội trú tại Khu điều trị phong Bến Sắn tỉnh Bình Dương. Vì vậy có nhiều đặc điểm của mẫu khác biệt so với nghiên cứu tương tự của Nguyễn Việt Thanh Phúc trên mẫu người bệnh phong đang được quản lý cư trú tại 24 quận, huyện của Tp. Hồ Chí Minh [7]. Theo nghiên cứu này tỉ lệ nam và nữ tương đồng (52,5% và 47,2%); tuổi trung bình của người bệnh là 67,1 ± 12,51 tuổi; người bệnh đang trong tình trạng thất nghiệp chiếm tỉ lệ lớn nhất (50,3%); số người bệnh thuộc hộ nghèo cao gấp 3,7 lần số người không thuộc hộ nghèo (78,7% và 21,3%). Trong khi đó, nghiên cứu của Nguyễn Việt Thanh Phúc cho thấy tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (72,5% và 27,5%; tương ứng) [7] (kết quả này tương tự với nghiên cứu tại Malaysia (74,5% và 25,5%; tương ứng) [10]), độ tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là 53,96 ± 17,12 tuổi với nhóm người bệnh ở độ tuổi lao động chiếm tỉ lệ cao nhất (58,1%); nhóm hộ không nghèo chiếm tỉ lệ cao hơn hộ nghèo (78,8% và 21,3%). Đa số người bệnh trong nghiên cứu này đều là người có gia đình (56,9%) thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Thanh Phúc (82,5%). Điều này có thể giải thích bởi những người trong nghiên cứu này đa số là người lớn tuổi, tình trạng bệnh đã nặng, đã xuất hiện các tàn tật và rụng chi do bệnh nên gây cản trở việc làm và học tập của họ; trong khi đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Việt Thanh Phúc là những người đang điều trị ngoại trú, tỉ lệ tàn tật chưa cao và có khả năng đi làm. Cũng chính vì lý do này hầu như các đánh giá về tình trạng kinh tế, tình trạng hôn nhân của nghiên cứu này cũng khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Thanh Phúc [7].

Độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu cũng khác biệt so với nghiên cứu của Brazil với độ tuổi trung bình là 48 tuổi, lớn nhất là 58 tuổi, nhỏ nhất là 37 tuổi [8]. Nghiên cứu này ghi nhận trình độ học vấn của người bệnh dưới cấp I chiếm đa số (62,9%), kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Việt Thanh Phúc (2012) [7].

Tổng điểm ảnh hưởng của người bệnh phong có giá trị 9,97 ± 6,934 trên thang điểm 30. Như vậy tình trạng bệnh phong ảnh hưởng đến CLS của người bệnh ở mức độ từ vừa phải đến cao. Trong đó khía cạnh triệu chứng và tình cảm bị ảnh hưởng nhiều nhất (2,5 ± 0,109) và khía cạnh bị ảnh hưởng ít nhất là khía cạnh điều trị (0,67 ± 0,061). Đồng thời sự hiện diện của bệnh lý kèm theo có thể gây ra các triệu chứng tệ hơn, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt và các hoạt động giải trí hàng ngày của người bệnh phong. Điều này khác biệt so với nghiên cứu tại Brazil với 5 yếu tố được ghi nhận liên quan đến CLS bao gồm: sự chẩn đoán muộn, các dạng đa bào, chẩn đoán khuyết tật độ II, định kiến của xã hội và những phản ứng bất lợi của người bệnh [1].

V. KẾT LUẬN

Khảo sát trên 197 người bệnh phong điều trị tại khu điều trị Bến Sắn tỉnh Bình Dương giai đoạn 07/2016 – 07/2017 bằng thang đo DLQI (phiên bản tiếng Việt), nghiên cứu ghi nhận điểm số ảnh hưởng lên CLS của người bệnh có giá trị 9,97 ± 6,934 (trên thang điểm 30). Bệnh phong ảnh hưởng ở mức độ trung bình lên CLS của người bệnh. Các yếu tố liên quan đến điểm số ảnh hưởng của bệnh lên CLS bao gồm trình độ học vấn, số năm mắc bệnh và sự hiện diện của bệnh lý kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lustosa A. A. et al. (2011),** "The impact of leprosy on health-related quality of life", Rev Soc Bras Med Trop. **44** (5), pp. 621-626.
2. **Brouwers C. et al. (2011),** "Quality of life, perceived stigma, activity and participation of people with leprosy-related disabilities in south-east Nepal". **22** (1), pp. 16-34.
3. **Chingu D. et al. (2013),** "The quality of life of people with leprosy-related residual impairment and disability in Malawi-is there a difference between people living in a leprosarium and those re-integrated into their communities". **84** (4), pp. 292-301.
4. **Geetha K. et al. (2015),** "A Study to Assess the Impact of Leprosy on Quality of Life Among Leprosy Patients in Government Rehabilitation Home at Paranur". **31** (45), pp. 13.
5. **Leprosy I. F. et al (2001)**, "Learning Guide one: How to diagnose and treat leprosy".
6. **Nguyễn Việt Dương (2017)**, "Nghiên cứu thực trạng dị hình tàn tật ở người mắc bệnh phong và hiệu quả một số biện pháp phục hồi chức năng tại ba tỉnh Bắc Trung Bộ (2015-2017)", Luận văn tiến sỹ Y Học.
7. **Nguyễn Việt Thanh Phúc (2012)**, "Chất lượng cuộc sống của người suy giảm chức năng do ảnh hưởng bởi bệnh phong tại Tp.HCM", Luận văn thạc sỹ Y học.
8. **Santos V. S. et al. (2015)**, "Functional activity limitation and quality of life of leprosy cases in an endemic area in Northeastern Brazil". **9** (7), pp. e0003900.
9. **Yamaguchi N. et al. (2013),** "Health-related quality of life, depression, and self-esteem in adolescents with leprosy-affected parents: results of a cross-sectional study in Nepal". **13** (1), pp. 22.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ XUẤT HUYẾT NÃO TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Văn Hướng*, Nguyễn Thi Hồng Phấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả, đánh giá đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân xuất huyết não trên người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp**: 30 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán xuất huyết 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 70,1 ± 4,3. Nam giới chiếm 65%, nữ chiếm 35%. Về triệu chứng lâm sàng: 100% bệnh nhân có biểu hiện đau đầu; đa số bệnh nhân có liệt nửa người chiếm tới 93,3%, liệt VII chiếm 83,3%. Rối loạn ý thức chiếm trên 50%. Dấu hiệu rối loạn cơ tròn chỉ gặp ở 23,3% số bệnh nhân. Yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid máu chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 80% và 83,3%. Các bệnh nhân có dị dạng mạch máu não chỉ chiếm 23,3%. Có 30% bệnh nhân có nghiện rượu. Bệnh nhân có bệnh tim mạch đang điều trị thuốc chống đông có tỷ lệ ít nhất, chỉ 13,3%. **Kết luận**: Xuất huyết não hay gặp ở các bệnh nhân cao tuổi và gặp nhiều hơn ở giới nam. Các triệu chứng lâm sàng thường là đau đầu, liệt nửa người, rối loạn cảm giác nửa người và rối loạn ý thức. Các yếu tố nguy cơ của xuất huyết não hay gặp nhất trong nghiên cứu này là tăng huyết áp và rối loạn lipid máu. Các yếu tố nguy cơ khác như dị dạng mạch máu não, bệnh tim mạch ít gặp hơn 2 yếu tố trên.

Từ khóa: Xuất huyết não, yếu tố nguy cơ

**Trường Đại học Y Hà nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hướng
Email: vanhuong73@hotmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF PATIENTS WITH CEREBRAL HEMORRHAGE IN THE ELDERLY

Objective: The study aims to describe and assess the clinical characteristics and risk factors of patients with cerebral hemorrhage in the elderly. **Subjects and methods**: 30 patients aged 60 and older were diagnosed clinically based on cerebral hemorrhage 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 70.1 ± 4.3. Men account for 65%, women account for 35%. About clinical symptoms: 100% of patients show headache; The majority of patients with hemiplegia accounted for 93.3%, paralysis VII accounted for 83.3%. Conscious disorders account for over 50%. The signs of round muscular disorder were found only in 23.3% of patients. Risk factors: hypertension, disorders of blood lipid metabolism accounted for 80% and 83.3%, respectively. Patients with cerebrovascular malformations account for only 23.3%. 30% of patients have alcohol. Patients with cardiovascular disease who are receiving anticoagulants have the lowest rate, only 13.3%. **Conclusion**: Brain hemorrhage is common in elderly patients and more common in men. Clinical symptoms are often headaches, hemiplegia, disorders of half-human sensation and disturbance of consciousness. The most common risk factors for cerebral haemorrhage in this study were hypertension and dyslipidemia. Other risk factors such as cerebrovascular malformation, cardiovascular disease are less common than the above two factors.

Keywords: Brain hemorrhage, 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. Theo thống kê của tổ chức y tế thế giới, tỷ lệ mắc chung trên thế giới của TBMN là 500-800/100.000 dân. 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 TBMN tăng từ 1,7 đến 2,5 lần trong thời kỳ 3-5 năm [1]. Bệnh cảnh lâm sàng TBMN 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. Bệnh gây ảnh hưởng lớn tới sức khỏe, thể chất, tâm thần và chất lượng cuộc sống người bệnh. TBMMN có 2 thể bệnh chính đó là Nhồi máu não chiếm gần 80% và chảy máu não chiếm 20%. Chảy máu não là đột quỵ não có thể diễn biến rất khó lường và hậu quả có tỷ lệ tử vong trong những ngày đầu cũng như tuần đầu cao hơn rất nhiều so với thể nhồi máu não đã được nhiều nghiên cứu chứng minh và chảy máu não triệu chứng lâm sàng thường nặng nề hơn nhồi máu não. Một triệu chứng lâm sàng thường gặp ở chảy máu não đó là đau đầu đã được nhiều tác giả trong nước và trên thế giới chứng minh [2]. Các yếu tố nguy cơ thường gặp của chảy máu não trên bệnh nhân trẻ tuổi dưới 50 tuổi thường do dị dạng mạch máu não đã được tác giả Labovitz DL, et al ghi nhận [3]. Trên cơ sở đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu *"Mô tả, đánh giá đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân xuất huyết não trên người cao tuổi"*

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 đã được chẩn đoán xác định xuất huyết não, dựa trên lâm sàng và chụp 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 nhồi máu chuyển dạng chảy máu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả,cắt ngang. Một phần hồi cứu lại các thông tin của bệnh nhân thông qua bệnh nhân hoặc người nhà.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: thuận tiện

2.2.3 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 xuất huyết não dựa trên lâm sàng và phim chụp CLVT hoặc cộng hưởng từ sọ não. **Tiêu chuẩn chẩn đoán xuất huyết 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 tăng huyết áp, dị dạng mạch máu não, rối loạn lipid máu, bệnh tim mạch đang điều trị thuốc chống đông, nghiện rượu…

+ 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.

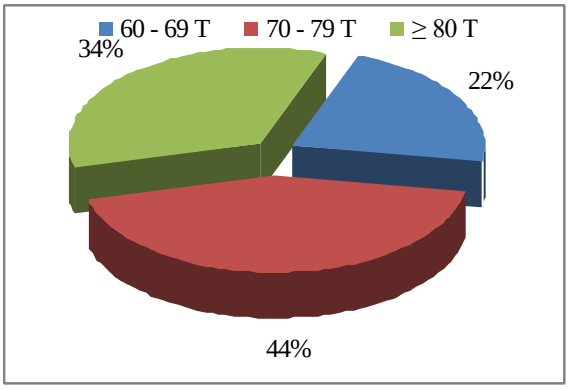
+ Triệu chứng thần kinh khu trú: biểu hiện thiếu sót chức năng vùng não bị tổn thương. Liệt nửa người, có thể kèm rối loạn cảm giác,thất ngôn,bán manh (đồng bên hoặc bán manh góc) chóng mặt, liệt các dây thần kinh sọ, hội chứng giao bên… .

-Xét nghiệm: chụp CLVT hoặc cộng hưởng từ sọ não có tổn thương xuất huyết não[2].

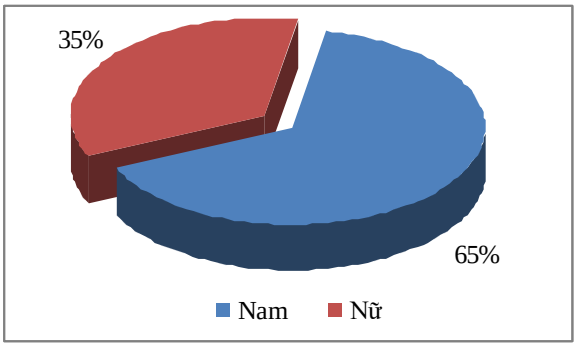
+ Chụp cắt lớp vi tính không cản quang: tổn thương xuất huyết não thể hiện bằng hình ảnh vùng tăng tỷ trọng ở nhu mô não thuộc khu vực của động mạch bị tổn thương hoặc chi phối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Về đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu, tôi thấy nhóm tuổi 70-79 chiếm 44%, tiếp đến là nhóm tuổi ≥ 80 chiếm 34%, nhóm tuổi 60-69 chiếm 22%. 65% là tỷ lệ của giới nam và 35% là giới nữ.



Biểu đồ 1: Phân bố theo nhóm tuổi của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 2: Phân bố theo giới của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1: Một số triệu chứng thần kinh thường gặp ở bệnh nhân xuất huyết não

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn ý thức	21	70
Liệt nửa người	28	93,3
Nói khó	14	46,7
Rối loạn cảm giác nửa người	28	93,3
Liệt VII TW	25	83,3
Rối loạn cơ tròn	7	23,3
Đau đầu	30	100
Có hội chứng màng não	14	46,7

Về đặc điểm lâm sàng, 100% bệnh nhân có biểu hiện đau đầu; đa số bệnh nhân có liệt nửa người, rối loạn cảm giác nửa người đều chiếm tới 93,3% và hầu như có kèm theo liệt VII trung ương, chiếm 83,3%. Rối loạn ý thức chiếm trên 50%. Các dấu hiệu như nói khó và có hội chứng màng não thì gặp ít hơn và đều chiếm 46,7%. Dấu hiệu rối loạn cơ tròn chỉ gặp ở 23,3% số bệnh nhân.

Bảng 3.2: Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến xuất huyết não

Nguy cơ	Số bệnh nhân (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử có tăng huyết áp	24	80
Dị dạng mạch máu não	7	23,3
Rối loạn lipid máu	25	83,3
Bệnh tim mạch đang điều trị thuốc chống đông	4	13,3
Nghiện rượu	9	30

Bệnh nhân bị tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid máu chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 80% và 83,3%. Các bệnh nhân có dị dạng mạch máu não chỉ chiếm 23,3%. Có 30% bệnh nhân có nghiện rượu. Bệnh nhân có bệnh tim mạch đang điều trị thuốc chống đông có tỷ lệ ít nhất, chỉ 13,3%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của tôi, các bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm tuổi từ 70 đến 79 tuổi, chiếm 44%. Kết quả này gần tương đương với kết quả của các tác giả Zahuranec DB, Gonzales NR và CS, cụ thể là bệnh nhân nằm chủ yếu trong khoảng 65 đến 82 tuổi, trung bình là 75 tuổi [4]. Có thể nói xuất huyết não gặp nhiều hơn ở nhóm tuổi cao. Tuy trong nghiên cứu của tôi, nhóm bệnh nhân trên 80 tuổi chỉ chiếm 34% nhưng có thể lý giải là do các bệnh nhân đến khám ít nằm trong nhóm tuổi này hơn. Cũng trong nghiên cứu của tác giả này, giới nam và nữ có tỉ lệ ngang nhau, đều 50%; trong khi nghiên cứu của chúng tôi nam giới nhiều hơn nữ giới. Triệu chứng lâm sàng của xuất huyết não phụ thuộc vào vị trí và kích thước ổ xuất huyết. Các triệu chứng của

xuất huyết não thường gặp là đau đầu, buồn nôn và nôn. Nhức đầu hay gặp hơn ở các bệnh nhân có khối máu tụ lớn, được cho là do co kéo các sợi cảm giác đau ở màng não hoặc tăng áp lực nội sọ. Khối máu nhỏ, ở sâu hiếm khi liên quan đến đau đầu [2]. Trong nghiên cứu của tôi 100% bệnh nhân có triệu chứng đau đầu. Ngoài ra, theo các tác giả này, bệnh nhân xuất huyết não lớn thường bị giảm ý thức do tăng áp lực nội sọ và chèn ép vùng đồi thị và thân não [2]. Có đến 70% bệnh nhân trong nghiên cứu của tôi có xuất huyết não. Bởi lẽ phần nhiều các bệnh nhân đều có khối máu tụ có kích thước lớn nên triệu chứng đau đầu và rối loạn ý thức là phổ biến. Các triệu chứng liệt nửa người, rối loạn cảm giác nửa người, liệt VII trung ương gặp rất phổ biến trong các bệnh nhân của tôi. Theo tác giả Qureshi Al và CS, các triệu chứng suy thoái thần kinh gặp rất phổ biến cả trước và trong khi nhập viện, và tăng lên khi có sự mở rộng của khối máu tụ hoặc phù não [1]. Ở các bệnh nhân xuất huyết thùy não thì có thể hay gặp các triệu chứng rối loạn chức năng vỏ não cao cấp như thất ngôn, triệu chứng thờ ơ nửa người hơn. Trong nghiên cứu của tôi, 46,7% bệnh nhân có nói khó. Trong nghiên cứu của Ariesen MJ, yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của xuất huyết não là tăng huyết áp. Xuất huyết não do tăng huyết áp thường xảy ra tại các cấu trúc não sâu và nguy cơ xuất huyết não tăng lên theo sự tăng của giá trị huyết áp [5]. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của tôi khi có tới 80% bệnh nhân có tăng huyết áp. Ngoài ra, nguy cơ khác của xuất huyết não là bệnh lý mạch máu não với đặc điểm là xuất huyết ở các thùy não [3]. Trong nghiên cứu của tôi, tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết não có dị dạng mạch não là 23,3%. Với nghiên cứu của tôi, 83,3% bệnh nhân có rối loạn lipid máu, trong đó…(lipid cao hay thấp?). Theo nghiên cứu Rotterdam, nồng độ cholesterol toàn phần trong huyết thanh thấp là yếu tố nguy cơ của xuất huyết não (ngược lại với nhồi máu não, trong đó mức cholesterol cao là nguy cơ) [6]. Thuốc chống đông đường uống được sử dụng rộng rãi như điều trị dự phòng ở bệnh nhân rung nhĩ và vài bệnh tim mạch khác. Nguy cơ xuất huyết não ở bệnh nhân dùng warfarin dao động từ 0,3 đến 1% mỗi năm, đặc biệt là với bệnh nhân có chỉ số INR> 3,5 [7]. Trong nghiên cứu của tôi, tỷ lệ này còn cao hơn, chiếm 13,3%. 30% bệnh nhân xuất huyết não trong nghiên cứu của tôi có nghiên rượu. Theo như lý giải của tác giả Badjatia N và Rosand J thì xuất huyết não trên bệnh nhân nghiện rượu là do những thay đổi cấp tính của huyết áp trong quá trình uống, sự ảnh hưởng chức năng tiểu cầu, đông máu và rối loạn chức năng nội mạc mạch máu (8).

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá trên 30% bệnh nhân xuất huyết não, tôi có thể đi đến kết luận sau: Xuất huyết não hay gặp ở các bệnh nhân cao tuổi và có vẻ gặp nhiều hơn ở giới nam. Các triệu chứng lâm sàng thường là đau đầu, liệt nửa người, rối loạn cảm giác nửa người và rối loạn ý thức. Các yếu tố nguy cơ của xuất huyết não hay gặp nhất trong nghiên cứu này là tăng huyết áp và rối loạn lipid máu. Các yếu tố nguy cơ khác như dị dạng mạch máu não, bệnh tim mạch có sử dụng thuốc chống đông hay nghiện rượu tuy ít gặp hơn 2 yếu tố trên nhưng cũng lien quan đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Qureshi AI, Mendelow AD, Hanley DF.** Intracerebral haemorrhage. Lancet. 2009 May 9; 373(9675):1632-44.
2. **Steiner T, Kaste M, Forsting M et al**. Recommendations for the management of intracranial haemorrhage - part I: spontaneous intracerebral haemorrhage. The European Stroke Initiative Writing Committee and the Writing Committee for the EUSI Executive Committee. Cerebrovasc Dis. 2006; 22(4):294-316.
3. **Labovitz DL, et al.** The incidence of deep and lobar intracerebral hemorrhage in whites, blacks, and Hispanics. Neurology. 2005;65(4):518–522.
4. **Zahuranec DB, Gonzales NR, Brown DL, et al**. Presentation of intracerebral haemorrhage in a community. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2006;**77**:340–4.
5. **Ariesen MJ, Claus SP, Rinkel GJ, Algra A**. Risk factors for intracerebral hemorrhage in the general population: a systematic review. Stroke. 2003 Aug; 34(8):2060-5.
6. **Wieberdink RG, Poels MM, Vernooij MW et al.** Serum lipid levels and the risk of intracerebral hemorrhage: the Rotterdam Study.. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2011 Dec; 31(12):2982-9.
7. **Flaherty ML.** Anticoagulant-associated intracerebral hemorrhage. Semin Neurol. 2010 Nov; 30(5): 565-72
8. **Badjatia N, Rosand J**. Intracerebral hemorrhage. Neurologist. 2005 Nov; 11(6):311-24.